



Analisis Kebijakan Kesehatan 2025:

Studi Kasus dan Tantangan Masa Depan

Herlina Yusuf, Dewi Rizki Nurmala, Nuraini Staryo, Ayu Riana Sari A.,
Arih Diyaning Intiasari, Ayulia Fardila Sari ZA., Wahjoe Handini, Globila Nurika,
Andi Ayumar, Marniati, Juanita, Alfiani Rizqy, Ayu Laili Rahmiyati,
Andi Yulia Kasma, Dewa Ngakan Gde Wahyu Mahatma Putra,
Yuyun Umniyatun, Ernawaty, Rodiyah Soekardi, Setiawan

ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN 2025: Studi Kasus dan Tantangan Masa Depan

Dra. Hj. Herlina Yusuf, M.Kes.

Dr. Dewi Rizki Nurmala, S.KM., M.Kes.

Nuraini Staryo, S.KM., M.Kes.

Ayu Riana Sari Azwari, S.KM., M.Kes.

Dr. Arih Diyaning Intiasari, S.KM, M.PH.

Ayulia Fardila Sari Z.A., S.KM., M.PH.

Wahjoe Handini, S.KM., M.Kes.

Globila Nurika, S.KM., M.KL.

Andi Ayumar, S.KM., M.Kes.

Marniati, S.KM., M.Kes.

Dr. Juanita, SE, M.Kes.

Alfiani Rizqi, S.ST., M.M.RS.

Dr. Ayu Laili Rahmiyati, SKM., MM.

Andi Yulia Kasma, S.KM., M.Kes.

Dewa Ngakan Gde Wahyu Mahatma Putra, S.ST., M.A.R.S.

Yuyun Umniyatun, SKM., MARS.

Dr. Ernawaty, drg., M.Kes.

Dra. Rodiyah Soekardi, M.Kes.

Dr. Setiawan, S.H., M.Kes.

ISBN: 978-623-473-827-8

Copyright©2025

15x23 cm; vi + 396 halaman

Cetakan pertama, November 2025

Editor: Ajeng Maharani

Tata Letak: Ajeng Maharani

Desain Cover: Ajeng Maharani

Diterbitkan oleh:

Madani Kreatif Publisher (Madani Berkah Abadi)

Anggota IKAPI No.159/DIY/2022

Depok, Sleman, D. I. Yogyakarta 55282

Telepon: (0274) 737-2012

Penerbitan: 0851-7514-8998

Percetakan: 0857-1388-8005/0851-7998-1819

 : penerbitanmadani@gmail.com

 : @madanikreatif

@percetakanmadani

@penamadani

 : Madani Berkah Abadi

 : www.madanikreatif.co.id

KATA PENGANTAR

Kebijakan kesehatan adalah jantung dari upaya pembangunan kesehatan masyarakat yang berkelanjutan. Di tengah tantangan global—mulai dari penyakit menular yang terus bermutasi, meningkatnya penyakit tidak menular, krisis iklim, hingga kesenjangan layanan kesehatan—analisis kebijakan menjadi kunci untuk merumuskan langkah strategis yang tepat sasaran, adil, dan berorientasi pada kesejahteraan seluruh lapisan masyarakat.

Buku *Analisis Kebijakan Kesehatan* ini ditulis oleh belasan dosen berpengalaman dari berbagai kampus kesehatan ternama di Indonesia. Dengan sudut pandang yang kaya dan beragam, buku ini menghadirkan pemahaman menyeluruh tentang konsep, teori, dan praktik analisis kebijakan kesehatan yang relevan di tingkat lokal, nasional, dan global.

Materi disajikan secara sistematis, mencakup:

- Landasan teori dan kerangka kerja analisis kebijakan kesehatan.
- Studi kasus aktual dari Indonesia dan negara lain.
- Pendekatan interdisipliner yang menggabungkan aspek kesehatan, sosial, ekonomi, dan politik.

Lebih dari sekadar referensi akademik, buku ini merupakan panduan praktis bagi mahasiswa, peneliti, praktisi, dan pengambil kebijakan kesehatan yang ingin membangun solusi berbasis bukti (*evidence-based policy*) untuk memperkuat sistem kesehatan masyarakat.

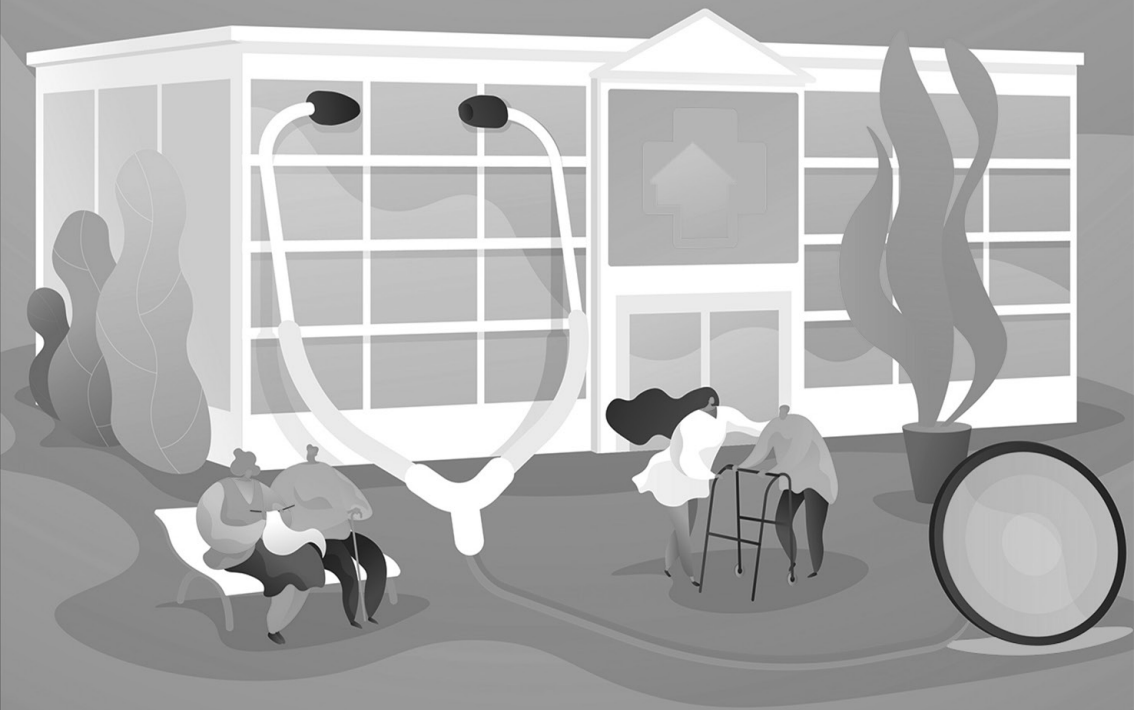
Dengan bahasa yang lugas namun mendalam, Analisis Kebijakan Kesehatan mengajak pembaca untuk melihat kebijakan kesehatan tidak hanya sebagai aturan tertulis, tetapi sebagai instrumen perubahan yang mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara universal.

— Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	v
Bab 1 Analisis Kebijakan Kesehatan Universal	1
<i>Dra. Hj. Herlina Yusuf, M.Kes.</i>	
Bab 2 Analisis Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak	27
<i>Dr. Dewi Rizki Nurmala, S.KM., M.Kes.</i>	
Bab 3 Analisis Kebijakan Vaksinasi dan Imunisasi	45
<i>Nuraini Staryo, S.KM., M.Kes.</i>	
Bab 4 Analisis Kebijakan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM)	67
<i>Ayu Riana Sari Azwari, S.KM., M.Kes.</i>	
Bab 5 Analisis Kebijakan Kesehatan Mental	91
<i>Dr. Arih Diyaning Intiasari, S.KM, M.PH.</i>	
Bab 6 Analisis Kebijakan Gizi dan Pencegahan Malnutrisi	109
<i>Ayulia Fardila Sari Z.A., S.KM., M.PH.</i>	
Bab 7 Analisis Kebijakan Pengendalian Pencegahan Penyakit Menular	127
<i>Wahjoe Handini, S.KM., M.Kes.</i>	
Bab 8 Analisis Kebijakan Akses Air Bersih dan Sanitasi	147
<i>Globila Nurika, S.KM., M.KL.</i>	
Bab 9 Analisis Kebijakan Kesehatan Lingkungan	167
<i>Andi Ayumar, S.KM., M.Kes.</i>	
Bab 10 Analisis Kebijakan Kesehatan Reproduksi	189
<i>Marniati, S.KM., M.Kes.</i>	

Bab 11 Analisis Kebijakan Pengendalian Tembakau dan Alkohol	217
<i>Dr. Juanita, SE, M.Kes.</i>	
Bab 12 Analisis Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS	235
<i>Alfiani Rizqi, S.ST., M.M.RS.</i>	
Bab 13 Analisis Kebijakan Penguatan Sistem Kesehatan Primer Fokus: Pembiayaan Tenaga Kesehatan	255
<i>Dr. Ayu Laili Rahmiyati, SKM., MM.</i>	
Bab 14 Analisis Kebijakan Pembiayaan Kesehatan	267
<i>Andi Yulia Kasma, S.KM., M.Kes.</i>	
Bab 15 Analisis Kebijakan Obat dan Teknologi Kesehatan	287
<i>Dewa Ngakan Gde Wahyu Mahatma Putra, S.ST., M.A.R.S.</i>	
Bab 16 Analisis Kebijakan Kesehatan Remaja	309
<i>Yuyun Umniyatun, SKM., MARS.</i>	
Bab 17 Analisis Kebijakan Kesehatan Daerah Terpencil	335
<i>Dr. Ernawaty, drg., M.Kes.</i>	
Bab 18 Analisis Kebijakan Kebencanaan	361
<i>Dra. Rodiyah Soekardi, M.Kes.</i>	
Bab 19 Analisis Evaluasi Hukum Kesehatan	381
<i>Dr. Setiawan, S.H., M.Kes.</i>	



BAB 1

Analisis Kebijakan Kesehatan Universal

Dra. Hj. Herlina Yusuf, M.Kes.

A. Analisis Kebijakan Kesehatan Universal

A.1. Analisis Kebijakan Kesehatan

Analisis kebijakan kesehatan adalah suatu proses yang sistematis dan komprehensif yang bertujuan untuk mengevaluasi berbagai aspek kebijakan kesehatan yang diterapkan, dengan mempertimbangkan efektivitas, efisiensi, dan sejauh mana kebijakan tersebut mampu mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Proses ini tidak hanya mencakup evaluasi terhadap kebijakan yang sudah ada, tetapi juga mempertimbangkan berbagai faktor eksternal dan internal yang mempengaruhi kebijakan, seperti kondisi sosial-ekonomi, budaya masyarakat, dan ketersediaan sumber daya. Salah satu tujuan utama dari analisis kebijakan kesehatan adalah untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan dari kebijakan tersebut serta untuk memberikan rekomendasi guna meningkatkan kinerja dan hasil yang diinginkan dari kebijakan kesehatan. Dalam hal ini, kebijakan kesehatan yang dianalisis umumnya berfokus pada pengurangan kesenjangan dalam akses layanan kesehatan, peningkatan kualitas layanan kesehatan yang dapat diakses oleh masyarakat, dan keberlanjutan jangka panjang dari sistem pelayanan kesehatan itu sendiri. Proses ini juga mencakup pemantauan dampak kebijakan yang diterapkan, baik dalam konteks jangka pendek maupun jangka panjang, guna mengetahui seberapa besar perubahan yang terjadi dalam masyarakat dan sistem kesehatan itu sendiri (Buse *et al.*, 2012; Tan & Tang, 2019).

Analisis kebijakan kesehatan adalah studi yang bertujuan untuk memahami dan mengevaluasi efektivitas dari kebijakan yang diterapkan dalam sistem kesehatan, terutama dalam konteks respons terhadap masalah kesehatan masyarakat. Dalam artikel yang diteliti oleh Aribah dan Anshari (Aribah

& Anshari, 2021), dinyatakan bahwa media memiliki peran penting dalam pemberian informasi terutama selama pandemi COVID-19. Analisis isi berita mengenai COVID-19 menunjukkan bagaimana kebijakan dilaporkan dan dipersepsikan dalam masyarakat, yang bisa mempengaruhi penerimaan dan kepatuhan publik terhadap kebijakan kesehatan.

Maisarah Maisarah (2021) menggambarkan konflik antara kebutuhan untuk melaksanakan perkuliahan tatap muka dan prioritas kesehatan publik pada masa normal baru. Hal ini menunjukkan tantangan dalam pengambilan keputusan kebijakan kesehatan yang seimbang, antara mendukung ekonomi daerah dan menjaga keselamatan masyarakat. Oleh karena itu, penting untuk melakukan analisis kebijakan yang mempertimbangkan aspek ekonomi dan kesehatan, serta dampaknya terhadap masyarakat.

Dari perspektif yang berbeda, Annida Annida (2020) meneliti kebijakan pembiayaan kesehatan di Kabupaten Banjar yang bertujuan mencapai *Universal Health Coverage* (UHC). Data yang dikumpulkan melalui wawancara mendalam menunjukkan perlunya kolaborasi antara pemerintah daerah dan lembaga sosial untuk memastikan akses layanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Penelitian ini menyoroti bagaimana pendekatan kebijakan yang holistik dan inklusif sangat diperlukan untuk mencapai tujuan kesehatan yang lebih baik.

Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Lestari dan Syakurah Lestari & Syakurah (2022) memberikan gambaran tentang pelaksanaan tes diagnostik COVID-19 di Palembang. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif untuk mengamati input, proses, dan output dari kebijakan

pengujian COVID-19, yang penting untuk mengevaluasi efektivitas kebijakan dalam situasi darurat kesehatan global. Setiap kebijakan kesehatan perlu dievaluasi berdasarkan hasil yang dicapai, dan penelitian ini memberikan wawasan tentang kebijakan yang dirancang untuk respons cepat.

Studi lain oleh Ariansyah dan Mauliansyah Ariansyah & Mauliansyah (2023) menyoroti komunikasi dalam pencegahan stunting, yang menunjukkan pentingnya strategi komunikasi dalam implementasi kebijakan kesehatan. Keberhasilan intervensi kesehatan sering bergantung pada seberapa baik informasi disampaikan kepada masyarakat. Oleh karena itu, analisis kebijakan harus mencakup dimensi komunikasi yang efektif untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat tentang isu kesehatan.

Sebagai kesimpulan, analisis kebijakan kesehatan di Indonesia menunjukkan kompleksitas yang melibatkan berbagai aktor dan faktor. Evaluasi terhadap kebijakan harus mencakup aspek sosio-ekonomi, komunikasi publik, dan efektivitas dalam penerapan di lapangan. Berbagai penelitian yang dibahas memberikan gambaran tentang tantangan dan peluang dalam merumuskan kebijakan kesehatan yang responsif dan inklusif.

A.2. Latar Belakang Kebijakan Kesehatan Universal

Kebijakan kesehatan universal atau *Universal Health Coverage* (UHC) merupakan sebuah inisiatif global yang bertujuan untuk memastikan bahwa setiap individu, tanpa terkecuali, dapat mengakses layanan kesehatan yang mereka butuhkan, tanpa terbebani oleh biaya yang tinggi atau memberatkan mereka secara finansial. Latar belakang dari penerapan kebijakan ini berasal dari

pengakuan internasional terhadap ketidaksetaraan dalam akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas. Banyak negara, terutama negara berkembang, menghadapi masalah serius dalam hal keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan dasar, yang mempengaruhi kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. PBB, melalui agenda global yang diatur dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs), secara tegas menekankan pentingnya UHC sebagai bagian dari pembangunan sosial dan ekonomi yang berkelanjutan di seluruh dunia. Oleh karena itu, berbagai negara memandang penerapan kebijakan ini sebagai langkah penting untuk mencapai kesejahteraan sosial dan mengurangi ketidaksetaraan dalam hal kesehatan. Latar belakang kebijakan kesehatan universal ini juga melibatkan perubahan mendasar dalam cara sistem kesehatan dibangun dan dikelola, dengan fokus pada akses yang setara untuk semua individu, termasuk mereka yang berada dalam kondisi ekonomi dan sosial yang kurang beruntung (*World Health Organization*, 2014; Hsiao, 2017).

A.3. Urgensi Penerapan di Indonesia dan Dunia

Penerapan *Universal Health Coverage* (UHC) sangat mendesak dan penting di seluruh dunia, baik di negara berkembang maupun negara maju. Di Indonesia, upaya untuk mencapai UHC tercermin dalam penerapan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Program ini merupakan langkah besar yang diambil oleh pemerintah Indonesia untuk memastikan bahwa seluruh warga negara dapat mengakses layanan kesehatan dasar yang mereka butuhkan tanpa adanya beban finansial yang berat. Meskipun begitu, implementasi JKN di

Indonesia menghadapi berbagai tantangan, seperti defisit dana yang cukup besar, distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, dan kesenjangan dalam kualitas layanan kesehatan di berbagai wilayah. Secara global, UHC menjadi urgensi karena masih banyak negara, terutama yang memiliki sistem kesehatan yang kurang berkembang, yang belum mampu menyediakan akses kesehatan yang setara untuk seluruh warga negara mereka. Masih terdapat kesenjangan yang signifikan dalam penyediaan layanan kesehatan di banyak negara, yang sebagian besar disebabkan oleh ketidaksetaraan dalam pembiayaan dan distribusi sumber daya kesehatan. Oleh karena itu, penerapan UHC menjadi sangat penting sebagai langkah untuk mengurangi ketidaksetaraan ini dan memastikan bahwa semua orang, tanpa terkecuali, memiliki kesempatan yang sama untuk hidup sehat dan mendapatkan layanan kesehatan yang mereka butuhkan (World Bank, 2017; Farag & Marwan, 2016).

A.4. Tujuan Analisis Kebijakan Kesehatan Universal

Tujuan utama dari analisis kebijakan kesehatan universal adalah untuk mengevaluasi seberapa efektif kebijakan yang diterapkan dalam mencapai tujuan UHC, serta untuk mengidentifikasi berbagai tantangan dan hambatan yang mungkin menghalangi pencapaian tersebut. Analisis ini bertujuan untuk mengevaluasi keberhasilan implementasi UHC dalam mengurangi ketidaksetaraan dalam akses terhadap layanan kesehatan, serta untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan memiliki kualitas yang memadai dan dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Selain itu, analisis kebijakan kesehatan ini juga bertujuan untuk mengidentifikasi berbagai faktor yang mempengaruhi

keberhasilan atau kegagalan kebijakan, seperti faktor sosial, ekonomi, dan budaya, yang dapat mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan oleh masyarakat. Dengan adanya analisis kebijakan kesehatan yang mendalam, diharapkan dapat ditemukan solusi yang tepat untuk mengatasi tantangan yang ada, serta memberikan rekomendasi yang dapat meningkatkan efektivitas kebijakan kesehatan universal di tingkat nasional maupun global (Kruk *et al.*, 2018; O'Connell & Chauvin, 2015).

B. Konsep dan Prinsip Kebijakan Kesehatan Universal

B.1. Definisi *Universal Health Coverage* (UHC)

Universal Health Coverage (UHC) adalah konsep yang mengacu pada sistem kesehatan di mana setiap orang, tanpa terkecuali, dapat mengakses layanan kesehatan yang mereka butuhkan tanpa terbebani oleh biaya yang memberatkan. UHC mencakup berbagai jenis layanan kesehatan, termasuk layanan kesehatan preventif, pengobatan, rehabilitasi, serta perawatan paliatif. Konsep ini bertujuan untuk menciptakan sistem kesehatan yang inklusif, di mana tidak ada individu yang terpinggirkan atau dikecualikan dari akses layanan kesehatan yang mereka butuhkan. UHC tidak hanya menekankan pada pemberian akses layanan kesehatan, tetapi juga pada kualitas layanan yang diberikan, serta kemampuan masyarakat untuk mengakses layanan tersebut tanpa mengalami kesulitan finansial. Penerapan UHC memerlukan pembiayaan yang efisien dan adil, serta pengelolaan sistem kesehatan yang dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat, terutama mereka yang paling membutuhkan (WHO, 2017; Veillard & Haines, 2015).

B.2. Prinsip Kesetaraan, Aksesibilitas, Kualitas, dan Keberlanjutan

Penerapan *Universal Health Coverage* (UHC) didasarkan pada beberapa prinsip dasar yang sangat penting dalam memastikan bahwa sistem kesehatan yang dibangun benar-benar inklusif dan dapat diakses oleh seluruh masyarakat, tanpa terkecuali. Prinsip pertama adalah **kesetaraan**, yang berarti bahwa setiap individu, tanpa memandang latar belakang sosial ekonomi, harus memiliki hak yang sama dalam mengakses layanan kesehatan yang berkualitas. Prinsip kedua adalah **aksesibilitas**, yang mengharuskan layanan kesehatan dapat dijangkau secara fisik, finansial, dan sosial oleh seluruh lapisan masyarakat, termasuk mereka yang tinggal di daerah terpencil dan terisolasi. Prinsip ketiga adalah **kualitas**, yang menekankan bahwa layanan kesehatan yang diberikan harus memenuhi standar medis yang tinggi dan dapat memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat. Prinsip terakhir adalah **keberlanjutan**, yang berarti bahwa sistem kesehatan yang dibangun harus mampu bertahan dalam jangka panjang, dengan sumber daya yang memadai dan pengelolaan yang efisien untuk mendukung kebutuhan masyarakat (Atun *et al.*, 2010; Hsiao, 2017).

B.3. Standar Global WHO Terkait UHC

World Health Organization (WHO) telah menetapkan standar global untuk *Universal Health Coverage* (UHC) yang mencakup berbagai aspek, mulai dari akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas hingga pembiayaan yang terjangkau bagi seluruh masyarakat. WHO menekankan bahwa untuk mencapai UHC, negara-negara harus mengembangkan sistem kesehatan yang inklusif,

berkelanjutan, dan mampu memberikan layanan kesehatan yang memadai kepada seluruh lapisan masyarakat. WHO juga memberikan panduan terkait pembiayaan kesehatan, di mana negara harus memastikan bahwa pembiayaan untuk UHC tidak membebani masyarakat, terutama mereka yang paling membutuhkan. Dalam hal ini, WHO mengajak negara-negara untuk berinovasi dalam menciptakan sistem pembiayaan kesehatan yang efisien dan adil, serta untuk terus memperbaiki kualitas layanan kesehatan yang diberikan (WHO, 2017; Kafiriri & Martin, 2016).

C. Kerangka Analisis Kebijakan

C.1. Model Analisis Kebijakan (misalnya: *Policy Triangle Framework*, *Kingdon's Multiple Streams*)

Kerangka analisis kebijakan, seperti *Policy Triangle Framework* dan *Kingdon's Multiple Streams*, digunakan untuk memahami dinamika dalam pembuatan kebijakan kesehatan dan bagaimana kebijakan tersebut dapat diterapkan secara efektif. *Policy Triangle Framework* menekankan tiga elemen penting dalam analisis kebijakan, yaitu konteks, proses kebijakan, dan aktor yang terlibat dalam kebijakan tersebut. Ketiga elemen ini harus saling berinteraksi dengan baik agar kebijakan yang dihasilkan dapat efektif dan menguntungkan masyarakat. Sedangkan *Kingdon's Multiple Streams* berfokus pada bagaimana tiga elemen yang berbeda—masalah, solusi, dan kondisi politik—bertemu dan menciptakan peluang bagi penerapan kebijakan baru. Kerangka ini sangat berguna dalam menganalisis bagaimana kebijakan-kebijakan kesehatan dapat dihasilkan dan diterima oleh para pembuat keputusan di tingkat nasional dan global (Kingdon, 1995; Berwick & Hackbarth, 2012).

Model analisis kebijakan adalah alat teoritis yang digunakan untuk memahami bagaimana kebijakan publik dikembangkan, diimplementasikan, dan dievaluasi. Dua model yang banyak dibahas dalam literatur adalah *Kingdon's Multiple Streams Framework* dan *Policy Triangle Framework*. Keduanya menawarkan cara berbeda dalam menganalisis proses pembuatan kebijakan dan faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilannya.

1. *Kingdon's Multiple Streams Framework*

Model ini, yang diperkenalkan oleh John Kingdon pada tahun 1984, menjelaskan bahwa tiga aliran (streams) – masalah, kebijakan, dan politik – perlu bertemu di jendela kebijakan untuk memunculkan kebijakan baru. Aliran masalah berfokus pada pengenalan isu yang dianggap memerlukan perhatian. Aliran kebijakan mencakup berbagai solusi yang dapat diterapkan, sedangkan aliran politik berhubungan dengan faktor-faktor politik dan konteks lingkungan. Ketika ketiga aliran ini bertemu, sebuah jendela kesempatan terbuka dan memungkinkan pengesahan kebijakan (Ridde, 2009; Cairney, 2018).

Sebagai contoh, dalam konteks kesehatan masyarakat, model ini sangat membantu dalam menganalisis kebijakan kesehatan yang rumit, dengan menunjukkan bagaimana isu kesehatan bisa mendapat perhatian jika ada kesesuaian antara masalah yang dihadapi, solusi yang tersedia, dan kepentingan politik yang ada (Hajaroh *et al.*, 2021). Penggunaan model ini dalam analisis kebijakan kesehatan, seperti dalam pengurangan kematian ibu, menunjukkan kelayakan model ini dalam menerapkan analisis berbasis bukti dan kebijakan kesehatan (Babaey *et al.*, 2019; Mhazo & Maponga, 2021).

2. *Policy Triangle Framework*

Berbeda dengan Kingdon, *Policy Triangle Framework* menekankan hubungan dinamis antara tiga elemen: problema, kebijakan, dan konteks politik. Model ini juga sering mencakup aktor-aktor yang berperan dalam proses kebijakan, seperti pembuat kebijakan, pemangku kepentingan, dan masyarakat sipil (Waldt *et al.*, 2008; Andhika, 2019).

Dalam refleksi metodologis, Widyatama menunjukkan bahwa kerangka *Policy Triangle* dapat memperkuat analisis dengan mengakui keberadaan media dalam menentukan agenda kebijakan dan memperkuat atau melemahkan jendela kesempatan kebijakan. Pendekatan ini mengakui pentingnya koalisi antara aktor yang memiliki kepentingan dan bagaimana tekanan serta dukungan politik dapat memengaruhi penerimaan kebijakan (Widyatama, 2018).

Perbandingan dan Relevansi

Kedua pendekatan ini memiliki kekuatan dan kelemahan. *Kingdon's Multiple Streams Framework* memberikan cara yang diakui untuk memahami bagaimana jendela kesempatan dapat dibuka dan ditutup, tetapi mungkin kurang dalam memerinci keterlibatan aktor dan konteks (Budimir, 2022; (Stanifer & Hahn, 2020). Sebaliknya, *Policy Triangle Framework* lebih komprehensif dalam mempertimbangkan berbagai elemen yang terlibat tetapi mungkin sulit untuk mengidentifikasi cara jendela kebijakan berdampak langsung pada keadaan tersebut.

Kedua model ini sangat relevan dalam menganalisis kebijakan kontemporer, dan penelitian seperti yang dilakukan

oleh Stanifer dan Hahn menunjukkan aplikasi praktis dari Model Multiple Streams dalam konteks kebijakan kesehatan di Kentucky, menegaskan bahwa masalah pengenalan harus diatasi agar solusi kebijakan dapat tercapai (Stanifer & Hahn, 2020).

Kingdon's Multiple Streams Framework maupun *Policy Triangle Framework* menyediakan pandangan berharga tentang proses pembuatan kebijakan dan interaksi antara berbagai faktor yang memengaruhi kebijakan publik. Mereka menawarkan pendekatan yang saling melengkapi untuk memahami kompleksitas dalam pembuatan kebijakan, terutama dalam konteks isu-isu yang mendesak.

C.2. Variabel Kunci dalam Analisis Kebijakan Kesehatan.

Dalam analisis kebijakan kesehatan, terdapat berbagai variabel kunci yang perlu dipertimbangkan untuk mengevaluasi sejauh mana kebijakan tersebut dapat berhasil. Beberapa variabel utama yang sering diperhatikan dalam analisis kebijakan kesehatan meliputi pembiayaan kesehatan, regulasi pemerintah, kondisi sosial-ekonomi, dan peran masyarakat dalam sistem kesehatan. Pembiayaan kesehatan menjadi salah satu aspek yang sangat penting karena memastikan bahwa layanan kesehatan dapat dijangkau oleh semua lapisan masyarakat tanpa harus dibebani oleh biaya yang tinggi. Selain itu, distribusi tenaga kesehatan, aksesibilitas fasilitas kesehatan, serta kualitas layanan juga merupakan faktor penting dalam menentukan keberhasilan kebijakan kesehatan (Buse *et al.*, 2012; Pavolini & Ranci, 2018).

Analisis kebijakan kesehatan memerlukan pemahaman yang komprehensif terhadap berbagai variabel yang mempengaruhi proses kebijakan. Menurut Gilson dan

Raphaely (2008), analisis kebijakan kesehatan harus mempertimbangkan empat elemen utama: aktor, konteks, proses, dan isi kebijakan. Keempat elemen ini saling berinteraksi dan mempengaruhi hasil dari kebijakan kesehatan yang diterapkan.

Aktor dalam kebijakan kesehatan mencakup berbagai pihak yang terlibat langsung atau tidak langsung dalam proses pembuatan dan implementasi kebijakan, seperti pemerintah, penyedia layanan kesehatan, masyarakat, dan sektor swasta. Konteks mencakup faktor-faktor eksternal yang mempengaruhi kebijakan, seperti kondisi ekonomi, sosial, budaya, dan politik. Proses merujuk pada tahapan-tahapan dalam pembuatan kebijakan, mulai dari perumusan hingga evaluasi. Sedangkan isi kebijakan mencakup substansi dari kebijakan itu sendiri, termasuk tujuan, strategi, dan intervensi yang direncanakan.

Selain itu, faktor-faktor lain seperti nilai-nilai yang mendasari kebijakan, struktur organisasi, dan mekanisme pembiayaan juga merupakan variabel penting dalam analisis kebijakankesehatan. Vélez *et al.* (2020) menekankan pentingnya mempertimbangkan nilai-nilai inti, nilai teknis, dan nilai tata kelola dalam mengevaluasi kinerja sistem kesehatan. Nilai-nilai ini mempengaruhi bagaimana kebijakan dirancang dan diimplementasikan, serta sejauh mana kebijakan tersebut dapat mencapai tujuan yang diinginkan. Dengan memahami dan menganalisis berbagai variabel kunci ini, para pembuat kebijakan dapat merancang kebijakan kesehatan yang lebih efektif, efisien, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Hal ini juga memungkinkan identifikasi potensi hambatan dan tantangan dalam implementasi kebijakan, serta strategi untuk mengatasinya.

C.3. Metode Evaluasi Kebijakan (Formulasi, Implementasi, Evaluasi)

Evaluasi kebijakan kesehatan dilakukan dalam tiga tahap yang saling terkait, yaitu formulasi, implementasi, dan evaluasi. Pada tahap formulasi kebijakan, proses ini melibatkan perumusan kebijakan berdasarkan bukti ilmiah, analisis kebutuhan masyarakat, serta pemahaman mengenai faktor-faktor sosial-ekonomi yang mempengaruhi keputusan tersebut. Setelah kebijakan diformulasikan, langkah selanjutnya adalah implementasi kebijakan, yang melibatkan tindakan nyata dalam pelaksanaan kebijakan di lapangan, dengan melibatkan berbagai aktor yang relevan, termasuk pemerintah, lembaga kesehatan, dan masyarakat. Terakhir, pada tahap evaluasi kebijakan, dilakukan penilaian terhadap dampak kebijakan yang telah diterapkan, baik dalam hal pengurangan ketidaksetaraan, peningkatan akses kesehatan, maupun keberlanjutan sistem yang ada (Buse *et al.*, 2012; Tan & Tang, 2019).

D. Konteks Nasional dan Global

D.1. Kebijakan Kesehatan Universal di Indonesia (JKN, BPJS Kesehatan)

Di Indonesia, kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC) diwujudkan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Program ini bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, tanpa memandang status sosial ekonomi. Penerapan JKN merupakan bagian dari upaya pemerintah untuk menciptakan sistem kesehatan yang inklusif dan dapat dijangkau oleh semua lapisan masyarakat.

Melalui JKN, masyarakat diharapkan dapat mengakses layanan kesehatan yang mereka butuhkan, mulai dari pelayanan preventif, pengobatan, hingga perawatan paliatif. Meskipun demikian, implementasi JKN tidak terlepas dari berbagai tantangan, seperti defisit dana yang sering kali menjadi kendala, terutama dengan semakin meningkatnya jumlah peserta. Selain itu, masalah distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, terutama di wilayah pedesaan, serta kualitas layanan yang bervariasi antara daerah, menjadi isu utama yang harus diatasi. Oleh karena itu, untuk mencapai tujuan UHC yang sebenarnya, penting bagi pemerintah untuk melakukan reformasi yang lebih mendalam terhadap sistem pembiayaan dan distribusi tenaga kesehatan agar pelayanan dapat lebih merata di seluruh Indonesia (Sistem JKN, BPJS Kesehatan, 2020; Pavolini & Ranci, 2018).

D.2. Perbandingan Kebijakan UHC di Negara Lain.

Negara-negara di dunia telah menerapkan berbagai kebijakan UHC dengan model yang berbeda-beda, tergantung pada konteks sosial ekonomi, infrastruktur kesehatan, dan kemampuan pembiayaan masing-masing negara. Sebagai contoh, Jepang memiliki sistem kesehatan yang sangat efisien dengan biaya yang relatif rendah, karena mereka menggabungkan pembiayaan melalui pajak dan kontribusi iuran wajib dari warga negara. Di Korea Selatan, keberhasilan sistem kesehatan universal ditopang oleh sistem asuransi kesehatan nasional yang dikelola oleh pemerintah, yang menyediakan akses layanan kesehatan untuk seluruh populasi. Sementara itu, Inggris menerapkan sistem kesehatan berbasis pajak yang dikelola oleh National Health Service (NHS), yang memberikan layanan kesehatan gratis

bagi seluruh rakyatnya. Setiap negara menghadapi tantangan yang berbeda dalam menerapkan UHC, namun inti dari kebijakan ini adalah memberikan akses yang setara kepada seluruh warga negara tanpa harus terbebani oleh biaya yang tidak terjangkau (Kutzin, 2013; Berwick & Hackbarth, 2012).

D.3. Tantangan Global terhadap Pencapaian UHC.

Meskipun tujuan UHC sangat penting, pencapaiannya di tingkat global masih menghadapi banyak tantangan besar. Salah satu tantangan terbesar adalah **pembiayaan**, yang menjadi masalah utama di banyak negara, terutama negara-negara berkembang. Banyak negara yang tidak memiliki cukup dana untuk mendanai layanan kesehatan universal, sehingga mereka bergantung pada bantuan internasional atau pinjaman untuk membiayai sistem kesehatan mereka. Selain itu, **ketidaksetaraan geografis** dalam distribusi layanan kesehatan masih menjadi masalah besar, terutama di daerah terpencil dan pedesaan, yang sering kali kekurangan fasilitas kesehatan dan tenaga medis yang berkualitas. **Kesenjangan dalam tenaga kesehatan** juga menjadi isu serius, karena banyak negara yang mengalami kekurangan tenaga medis, terutama di daerah-daerah yang tidak dapat dijangkau. Globalisasi, perubahan iklim, dan wabah penyakit juga dapat memperburuk kesenjangan dalam akses terhadap layanan kesehatan, yang menambah kompleksitas dalam upaya pencapaian UHC secara global (CSDH, 2008; Farag & Marwan, 2016).

E. Aktor dan Pemangku Kepentingan

E.1. Pemerintah Pusat dan Daerah.

Pemerintah pusat dan daerah memainkan peran yang sangat penting dalam pengembangan dan implementasi kebijakan kesehatan universal. Pemerintah pusat bertanggung jawab dalam merumuskan kebijakan kesehatan, mengalokasikan anggaran, serta menetapkan regulasi yang memastikan bahwa sistem kesehatan nasional dapat berjalan dengan baik dan merata. Di sisi lain, pemerintah daerah memiliki peran yang sangat penting dalam implementasi kebijakan di lapangan, termasuk dalam memastikan bahwa layanan kesehatan dapat dijangkau oleh masyarakat di daerah mereka. Pemerintah daerah juga bertanggung jawab dalam menyediakan fasilitas kesehatan yang memadai, melatih tenaga kesehatan, dan melakukan evaluasi terhadap kebijakan kesehatan yang sudah diterapkan di wilayah mereka (Mills, 2014; Kafiriri & Martin, 2016).

E.2. Lembaga Pembiayaan Kesehatan.

Lembaga pembiayaan kesehatan seperti BPJS Kesehatan di Indonesia memegang peran kunci dalam memastikan keberlanjutan sistem UHC. Pembiayaan kesehatan merupakan aspek vital dalam mencapai UHC, karena tanpa dana yang cukup, negara tidak dapat menyediakan layanan kesehatan yang dibutuhkan oleh seluruh rakyatnya. Oleh karena itu, lembaga pembiayaan kesehatan harus mengelola dana dengan efisien dan adil, serta memastikan bahwa iuran yang dibayar oleh masyarakat dapat digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas. Selain itu, lembaga ini juga harus mampu mengelola risiko,

mengoptimalkan penggunaan dana, dan memperkenalkan inovasi dalam sistem pembiayaan untuk menjaga agar UHC dapat tetap berkelanjutan dalam jangka panjang (Atun *et al.*, 2010; Tan & Tang, 2019).

E.3. Tenaga Kesehatan dan Organisasi Profesi, Masyarakat dan LSM

Tenaga kesehatan, baik dokter, perawat, maupun tenaga medis lainnya, merupakan pilar utama dalam keberhasilan implementasi kebijakan UHC. Mereka adalah aktor yang secara langsung memberikan pelayanan kepada masyarakat dan memastikan kualitas layanan yang diberikan sesuai dengan standar medis yang berlaku. Organisasi profesi kesehatan seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI) berperan dalam menjaga kualitas dan standar profesi serta memberikan pelatihan dan pendidikan berkelanjutan kepada tenaga kesehatan. Selain itu, masyarakat dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) juga berperan dalam memperjuangkan hak-hak kesehatan masyarakat, meningkatkan kesadaran akan pentingnya kesehatan, serta memantau dan mengevaluasi kebijakan kesehatan untuk memastikan bahwa kebijakan tersebut memenuhi kebutuhan masyarakat yang paling rentan (Buse *et al.*, 2012; Hsiao, 2017).

F. Analisis Masalah dan Tantangan

F.1. Kesenjangan Cakupan Layanan Kesehatan.

Meskipun banyak negara yang telah berusaha untuk mencapai UHC, masih terdapat kesenjangan yang signifikan dalam cakupan layanan kesehatan di banyak wilayah. Banyak daerah, terutama di negara berkembang dan daerah terpencil,

yang tidak memiliki fasilitas kesehatan yang memadai, atau jika ada, kualitas layanan yang diberikan sering kali tidak memenuhi standar. Ini menyebabkan ketidaksetaraan dalam akses terhadap layanan kesehatan, yang akhirnya berkontribusi pada kesenjangan kesehatan yang terus berkembang. Beberapa faktor yang berkontribusi pada masalah ini termasuk keterbatasan sumber daya, kurangnya tenaga kesehatan, serta masalah logistik dan infrastruktur yang buruk di daerah-daerah tertentu (WHO, 2017; Kruk *et al.*, 2018).

F.2. Hambatan Pembiayaan dan Defisit Dana Kesehatan.

Pembiayaan kesehatan menjadi salah satu tantangan terbesar dalam mencapai UHC. Banyak negara, terutama negara berkembang, yang mengalami defisit dana dalam menyediakan layanan kesehatan universal. Hal ini disebabkan oleh tingginya biaya pengobatan dan perawatan kesehatan, sementara sumber daya yang tersedia terbatas. Selain itu, sistem pembiayaan yang tidak efisien dan ketergantungan pada bantuan luar negeri membuat sistem kesehatan rentan terhadap ketidakpastian ekonomi. Oleh karena itu, negara-negara harus menemukan cara untuk meningkatkan pembiayaan kesehatan, baik melalui peningkatan kontribusi dari sektor publik maupun swasta, serta memastikan bahwa sistem pembiayaan yang ada dapat mendukung keberlanjutan layanan kesehatan jangka panjang (Kutzin, 2013; Berwick & Hackbarth, 2012).

F.3. Isu Pemerataan Tenaga Kesehatan.

Distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, terutama di daerah pedesaan dan terpencil, merupakan masalah

besar dalam sistem kesehatan global. Banyak negara yang mengalami kekurangan tenaga kesehatan di wilayah tertentu, yang mengakibatkan ketidakmerataan dalam kualitas layanan kesehatan. Untuk mengatasi masalah ini, diperlukan kebijakan redistribusi tenaga kesehatan yang adil, serta pelatihan dan pengembangan tenaga medis yang lebih terfokus pada daerah-daerah yang kekurangan tenaga kesehatan (Mills, 2014; Pavolini & Ranci, 2018).

F.4. Kualitas Pelayanan dan Kepuasan Pengguna.

Kualitas layanan kesehatan yang diberikan adalah faktor utama dalam pencapaian UHC. Meskipun akses ke layanan kesehatan semakin meningkat, kualitas layanan yang diberikan sering kali bervariasi tergantung pada lokasi, fasilitas, dan sumber daya yang tersedia. Kepuasan pengguna terhadap layanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kualitas pelayanan yang mereka terima, termasuk waktu tunggu, aksesibilitas, dan keberagaman layanan yang tersedia. Oleh karena itu, untuk mencapai UHC yang sesungguhnya, penting untuk memastikan bahwa setiap individu tidak hanya memiliki akses terhadap layanan kesehatan, tetapi juga menerima layanan yang berkualitas tinggi dan sesuai dengan standar medis yang berlaku (Kruk *et al.*, 2018; Kapiriri & Martin, 2016).

G. Strategi dan Rekomendasi Kebijakan

G.1. Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan.

Reformasi sistem pembiayaan kesehatan sangat penting dalam menciptakan sistem kesehatan yang berkelanjutan. Reformasi ini melibatkan perbaikan dalam sistem iuran,

pendanaan dari pemerintah, dan pembiayaan berbasis pajak yang adil. Selain itu, pengelolaan dana kesehatan harus lebih efisien dan transparan untuk memastikan bahwa dana yang ada digunakan dengan sebaik-baiknya dalam menyediakan layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Negara-negara juga perlu mengeksplorasi berbagai model pembiayaan inovatif untuk menciptakan sumber daya yang lebih stabil dan mencakup lebih banyak orang (Buse *et al.*, 2012; Hsiao, 2017).

G.2. Penguatan Pelayanan Primer dan Rujukan.

Pelayanan primer yang kuat sangat penting dalam memastikan bahwa setiap individu dapat mengakses layanan kesehatan yang mereka butuhkan dengan mudah dan terjangkau. Pelayanan primer yang lebih baik akan mengurangi beban pada fasilitas kesehatan tingkat lanjut dan memungkinkan sistem kesehatan berfungsi lebih efisien. Penguatan sistem rujukan juga penting untuk memastikan bahwa pasien yang membutuhkan perawatan lebih lanjut dapat dengan mudah diarahkan ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang tepat, tanpa hambatan yang berarti (Atun *et al.*, 2010; Veillard & Haines, 2015).

G.3. Pemanfaatan Teknologi Kesehatan Digital.

Pemanfaatan teknologi kesehatan digital dapat menjadi alat yang sangat efektif dalam meningkatkan efisiensi sistem kesehatan dan memperluas akses masyarakat terhadap layanan kesehatan. Teknologi digital, seperti **telemedicine**, aplikasi kesehatan mobile, dan sistem informasi kesehatan berbasis cloud, dapat mengurangi waktu tunggu, mempercepat proses diagnosa, dan menyediakan akses yang lebih mudah ke

layanan kesehatan bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil (WHO, 2018; McPake & Hanson, 2017).

G.4. Strategi Peningkatan Literasi Kesehatan Masyarakat.

Peningkatan literasi kesehatan masyarakat merupakan langkah yang penting dalam memastikan bahwa masyarakat dapat memanfaatkan layanan kesehatan dengan lebih baik. Dengan memiliki pengetahuan yang cukup mengenai kesehatan dan cara menjaga tubuh tetap sehat, masyarakat akan lebih proaktif dalam mengakses layanan kesehatan yang tersedia. Oleh karena itu, program literasi kesehatan yang menyasar berbagai kalangan masyarakat, baik di kota maupun di daerah pedesaan, harus menjadi prioritas dalam pencapaian UHC (Kruk *et al.*, 2018; Farag & Marwan, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Andhika, L. (2019). Pemodelan kebijakan publik: tinjauan dan analisis untuk risalah kebijakan pemerintah. *Jurnal Riset Pembangunan*, 2(1), 22-35. <https://doi.org/10.36087/jrp.v2i1.45>
- Annida, A. (2020). Kebijakan pembiayaan kesehatan terhadap masyarakat miskin dalam pencapaian universal health coverage di kabupaten banjar. *Jurnal Kebijakan Pembangunan*, 15(2), 219-229. <https://doi.org/10.47441/jkp.v15i2.131>
- Ariansyah, S. and Mauliansyah, F. (2023). Strategi komunikasi dinas kesehatan aceh barat daya dalam mensosialisasikan pencegahan stunting. *Sinthop Media Kajian Pendidikan Agama Sosial Dan Budaya*, 2(1), 60-70. <https://doi.org/>

10.22373/sinthop.v2i1.2943

- Aribah, G. and Anshari, D. (2021). Bagaimana media memberitakan pandemi: analisis isi berita mengenai covid-19 di detik.com dan kompas.com. *Perilaku Dan Promosi Kesehatan Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior*, 3(1), 36. <https://doi.org/10.47034/ppk.v3i1.4441>
- Atun, R., *et al.* (2010). Health System Strengthening and *Universal Health Coverage. Health Policy and Planning*, 25(1), 3-10.
- Babaey, F., Raessi, P., & Ravaghi, H. (2019). Agenda setting analysis for maternal mortality reduction: exploring influential factors using kingdon's stream model. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 25(3), 160-171. <https://doi.org/10.26719/emhj.18.025>
- Berwick, D. M., & Hackbarth, A. D. (2012). Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA*, 307(14), 1513-1516.
- Budimir, A. (2022). Environmental issues in post-conflict states and the multiple streams model. *Anali Hrvatskog Politološkog Društva*, 19(1), 159-175. <https://doi.org/10.20901/an.19.10>
- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making Health Policy*. McGraw-Hill Education.
- Cairney, P. (2018). Three habits of successful policy entrepreneurs. *Policy & Politics*, 46(2), 199-215. <https://doi.org/10.1332/030557318x15230056771696>
- Cragg, W., & Green, A. (2015). *Health Policy and Systems*. Oxford University Press.
- Farag, M., & Marwan, M. (2016). Global Health Policy and *Universal Health Coverage. Journal of Global Health*, 6(2), 45-53.

- Hajarah, M., Purwastuti, L., & Rukiyati, R. (2021). Difusi model perumusan kebijakan sekolah ramah anak di kawasan pesisir wisata. *Jurnal Kependidikan Penelitian Inovasi Pembelajaran*, 5(1), 14-30. <https://doi.org/10.21831/jk.v4i2.27238>
- Hsiao, W. C. (2017). Reforming Healthcare Financing Systems for *Universal Health Coverage*. *Health Affairs*, 36(6), 973-981.
- Kapiriri, L., & Martin, D. (2016). The Need for Sustainable Financing Models for *Universal Health Coverage* in Africa. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(3), 153-157.
- Kruk, M. E., *et al.* (2018). High-Quality Health Systems in the *Sustainable Development Goals* Era. *The Lancet Global Health*, 6(2), e143-e149.
- Kutzin, J. (2013). *Universal Health Coverage* and Health Financing: A Historical Perspective. *Health Policy and Planning*, 28(3), 133-145.
- Lestari, P. and Syakurah, R. (2022). Pelaksanaan uji diagnostik covid-19 dengan uji antingen dan rt-pcr di puskesmas multiwahana kota Palembang. *Jurnal Kesehatan*, 13(2), 97-106. <https://doi.org/10.38165/jk.v13i2.285>
- Maisarah, W. (2021). Framing advokasi perkuliahan tatap muka di masa normal baru dalam pemberitaan kedaulatan rakyat. *Jurnal Kajian Jurnalisme*, 4(2), 192. <https://doi.org/10.24198/jkj.v4i2.31300>
- McPake, B., & Hanson, K. (2017). *Universal Health Coverage* and the Role of the Private Sector. *Health Policy and Planning*, 32(1), 8-14.
- Mills, A. (2014). Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *The Lancet*, 383(9932), 413-425.

- Mhazo, A. and Maponga, C. (2021). Agenda setting for essential medicines policy in sub-saharan africa: a retrospective policy analysis using kingdom's multiple streams model. *Health Research Policy and Systems*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00724-y>
- O'Connell, M. E., & Chauvin, P. (2015). The Implementation of *Universal Health Coverage* in Low-Income Countries: Challenges and Opportunities. *Global Health Action*, 8(1), 2343-2351.
- Pavolini, E., & Ranci, C. (2018). Reforming Healthcare Systems: A Cross-National Perspective. *Health Economics, Policy and Law*, 13(2), 205-223.
- Ridde, V. (2009). Policy implementation in an african state: an extension of kingdom's multiple-streams approach. *Public Administration*, 87(4), 938-954. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2009.01792.x>
- Stanifer, S. and Hahn, E. (2020). Analysis of radon awareness and disclosure policy in kentucky: applying kingdom's multiple streams framework. *Policy Politics & Nursing Practice*, 21(3), 132-139. <https://doi.org/10.1177/1527154420923728>
- Tan, C. S., & Tang, L. (2019). Comparative Analysis of *Universal Health Coverage* and Financing in Asia. *Asian Economic Policy Review*, 14(1), 20-35.
- Veillard, J., & Haines, A. (2015). *Universal Health Coverage: Moving from Rhetoric to Action*. *The Lancet*, 386(10006), 59-62.
- Waldt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S., Brugha, R., & Gilson, L. (2008). 'doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, 23(5), 308-317. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn024>

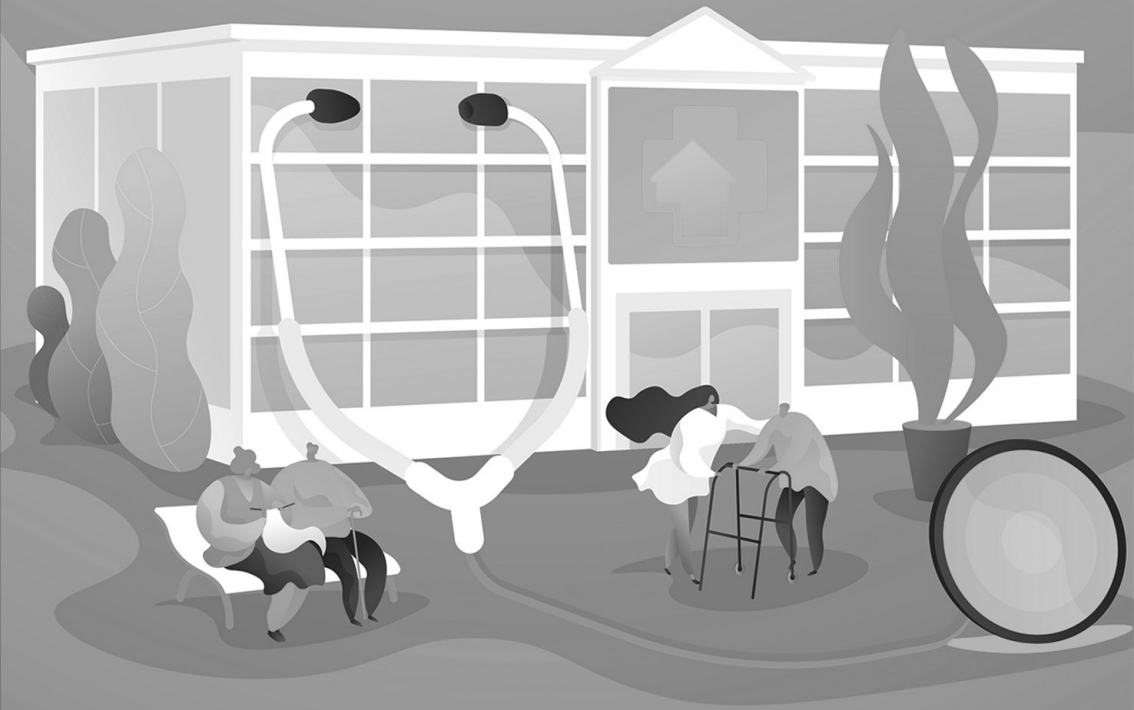
- Widyatama, B. (2018). Applying kingdon's multiple streams framework in the establishment of law no.13 of 2012 concerning the privilege of yogyakarta special region. *Journal of Government and Civil Society*, 2(1), 1. <https://doi.org/10.31000/jgcs.v2i1.643>.
- World Health Organization (WHO). (2014). *World Health Report 2014: Financing for Universal Health Coverage*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Universal Health Coverage: What It Is and Why It Matters*. World Health Organization.

BIODATA PENULIS



Dra. Hj. Herlina Yusuf, M.Kes.

Penulis tinggal di Jl. Hangtuah Lorong Bukit Shofah No. 40, Palu, RT 06/RW 02, Kelurahan Talise, Kecamatan Mantikulore, Kota Palu, Sulawesi Tengah. Email: herlinayusufump@gmail.com



Bab 2

Analisis Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak

Dr. Dewi Rizky Nurmala, S.KM., M.Kes.

Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu indikator penting dalam menilai keberhasilan pembangunan kesehatan di suatu negara. Menurunnya angka kematian ibu dan anak menjadi prioritas utama dalam banyak kebijakan kesehatan di berbagai negara, termasuk Indonesia. Hal ini tidak terlepas dari fakta bahwa kesehatan ibu dan anak yang baik adalah pondasi bagi kesehatan generasi masa depan yang lebih baik, serta berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan. Kebijakan kesehatan ibu dan anak (KIA) adalah serangkaian kebijakan yang dikeluarkan pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan ibu hamil, persalinan, serta perkembangan dan tumbuh kembang anak.

Indonesia, dengan jumlah penduduk yang besar dan keberagaman yang luas, menghadapi tantangan yang signifikan dalam meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak. Meskipun telah terjadi kemajuan dalam beberapa dekade terakhir, angka kematian ibu dan anak, meskipun menurun, masih lebih tinggi dibandingkan dengan negara-negara lain di kawasan Asia Tenggara. Berdasarkan data dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), angka kematian ibu di Indonesia masih berada pada tingkat yang cukup tinggi. Hal ini menjadi salah satu fokus utama dalam upaya mewujudkan *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya dalam tujuan ketiga, yaitu “Menjamin kehidupan yang sehat dan mempromosikan kesejahteraan untuk semua usia.”

Kebijakan kesehatan ibu dan anak di Indonesia meliputi berbagai program yang ditujukan untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak, seperti program pelayanan kesehatan berbasis masyarakat, peningkatan akses layanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas, serta penguatan sistem rujukan dan manajemen ibu hamil berisiko tinggi. Pemerintah Indonesia juga mengupayakan peningkatan kualitas tenaga kesehatan

melalui pendidikan dan pelatihan yang lebih baik, agar pelayanan kesehatan yang diberikan dapat lebih efektif dan tepat sasaran.

Namun, meskipun terdapat berbagai kebijakan yang telah dilaksanakan, tantangan besar tetap ada. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan ibu dan anak di Indonesia sangat kompleks, meliputi kondisi sosial, ekonomi, pendidikan, serta akses terhadap fasilitas kesehatan. Sebagai contoh, kesenjangan antara wilayah perkotaan dan pedesaan dalam hal akses ke fasilitas kesehatan menjadi salah satu hambatan terbesar dalam pencapaian sasaran kebijakan KIA. Di beberapa daerah, terutama di wilayah terpencil, ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai dan tenaga medis yang terlatih masih sangat terbatas.

Kebijakan kesehatan ibu dan anak juga harus dapat menyesuaikan dengan perubahan zaman, terutama dengan adanya tantangan baru seperti peningkatan prevalensi penyakit tidak menular, seperti diabetes dan hipertensi, yang juga mempengaruhi kesehatan ibu hamil. Di sisi lain, peran keluarga dan masyarakat dalam mendukung kebijakan ini juga tidak kalah penting, mengingat bahwa kesadaran akan pentingnya kesehatan ibu dan anak masih perlu diperkuat di kalangan masyarakat.

Analisis kebijakan kesehatan ibu dan anak ini bertujuan untuk mengevaluasi sejauh mana kebijakan yang telah ada berhasil mencapai tujuannya, serta untuk mengidentifikasi hambatan dan tantangan yang dihadapi dalam implementasinya. Dengan pendekatan yang komprehensif, analisis ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi yang berguna bagi perbaikan kebijakan di masa mendatang. Sehingga, diharapkan setiap kebijakan yang diterapkan dapat benar-benar memberikan dampak yang positif terhadap kesehatan ibu dan anak di Indonesia.

Kesehatan ibu dan anak (KIA) merupakan salah satu fokus utama dalam sistem kesehatan Indonesia. Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (BPS), angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) masih menjadi tantangan besar. Upaya peningkatan kualitas KIA di Indonesia tidak terlepas dari berbagai kebijakan yang diterapkan pemerintah, baik dari segi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan maupun pendidikan dan pemberdayaan masyarakat. menganalisis berbagai kebijakan yang telah diterapkan oleh pemerintah Indonesia dalam sektor kesehatan ibu dan anak, termasuk program yang telah berjalan, tantangan yang dihadapi, dan efektivitas implementasi kebijakan tersebut. Kami juga akan membahas faktor-faktor yang mempengaruhi kebijakan ini, termasuk aspek sosial, ekonomi, dan budaya masyarakat, serta perkembangan teknologi yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak.

A. Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia

Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Indonesia merupakan salah satu fokus utama dalam upaya peningkatan kualitas kesehatan nasional. Kebijakan ini bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak, serta meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau.

Salah satu kebijakan utama dalam KIA adalah Program KIA yang dilaksanakan di tingkat Puskesmas dan posyandu. Program ini mencakup pelayanan antenatal care (ANC), persalinan oleh tenaga medis terlatih, pelayanan bayi baru lahir, imunisasi, serta pemantauan tumbuh kembang anak. Pelaksanaan program ini diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu dan anak, serta meningkatkan status gizi dan kesehatan ibu dan anak secara keseluruhan.

Namun, implementasi kebijakan KIA di lapangan menghadapi berbagai tantangan. Salah satunya adalah keterbatasan sumber daya manusia, seperti tenaga medis dan bidan, terutama di daerah terpencil. Selain itu, masih terdapat kesenjangan dalam akses dan kualitas pelayanan kesehatan antara daerah perkotaan dan pedesaan. Faktor budaya dan sosial juga mempengaruhi perilaku masyarakat dalam memanfaatkan layanan kesehatan ibu dan anak.

Untuk mengatasi tantangan tersebut, diperlukan pendekatan yang komprehensif dan berbasis bukti. Penelitian oleh Armahedi (2017) menunjukkan bahwa pembiayaan yang efisien dan efektif sangat penting dalam mendukung keberhasilan program KIA. Selain itu, partisipasi aktif masyarakat dan pemberdayaan tenaga kesehatan lokal juga menjadi kunci dalam meningkatkan akses dan kualitas pelayanan KIA

Secara keseluruhan, kebijakan KIA di Indonesia telah menunjukkan kemajuan yang signifikan dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Namun, untuk mencapai hasil yang optimal, diperlukan komitmen yang kuat dari semua pihak, termasuk pemerintah, tenaga kesehatan, dan masyarakat, dalam mendukung pelaksanaan kebijakan ini secara berkelanjutan.

1. Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Pemerintah Indonesia telah meluncurkan berbagai kebijakan untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak, salah satunya adalah Program KIA. Program ini terdiri dari berbagai inisiatif, termasuk pemberian layanan kesehatan antenatal (ANC), imunisasi, serta pendidikan dan konseling bagi ibu hamil dan pasangan usia subur. Salah satu program utama yang dikembangkan adalah pelayanan kesehatan melalui Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) yang difokuskan pada pemantauan kesehatan

ibu dan anak, termasuk pemberian imunisasi rutin, pemeriksaan kesehatan ibu hamil, dan pengawasan tumbuh kembang anak. Posyandu juga berperan penting dalam mendorong peran serta masyarakat dalam menjaga kesehatan ibu dan anak.

Berdasarkan analisis dari Riswan *et al.* (2022), implementasi program ini menunjukkan hasil yang positif dalam beberapa tahun terakhir, meskipun masih ada kendala yang perlu diatasi. Misalnya, keterbatasan tenaga medis di daerah terpencil masih menjadi masalah utama dalam penyediaan layanan KIA. Disparitas antara daerah perkotaan dan pedesaan dalam akses kesehatan juga memperburuk keadaan, dengan angka AKI dan AKB yang lebih tinggi di daerah-daerah tertentu.

2. Program Keluarga Berencana (KB)

Program Keluarga Berencana (KB) yang digagas oleh pemerintah Indonesia bertujuan untuk mengatur jarak kelahiran anak serta jumlah anak yang ideal bagi setiap keluarga. KB memiliki dampak langsung terhadap kesehatan ibu dan anak, karena jarak kelahiran yang terlalu dekat dapat meningkatkan risiko kematian ibu dan anak. Kebijakan ini dijalankan melalui layanan kontrasepsi yang disediakan secara gratis oleh pemerintah, termasuk pelayanan implan, suntik, pil, dan kondom. Penelitian oleh Hanum *et al.* (2023) menunjukkan bahwa keberhasilan program KB sangat bergantung pada tingkat kesadaran masyarakat dan ketersediaan layanan di berbagai daerah.

3. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan menjadi salah satu kebijakan pemerintah yang berperan dalam meningkatkan akses masyarakat terhadap

pelayanan kesehatan, termasuk kesehatan ibu dan anak. Melalui JKN, masyarakat dapat memperoleh akses kepada layanan kesehatan dengan biaya yang lebih terjangkau, terutama bagi keluarga miskin dan rentan. Meskipun demikian, masih ada tantangan dalam implementasi JKN, terutama terkait dengan kualitas layanan dan keterbatasan anggaran yang disediakan oleh pemerintah. Menurut Fauziyah (2021), masalah utama dalam implementasi JKN adalah ketidakmerataan distribusi layanan di daerah-daerah terpencil, yang mengakibatkan kesenjangan akses terhadap layanan kesehatan ibu dan anak.

B. Faktor yang Mempengaruhi Kebijakan KIA

Kebijakan Kartu Identitas Anak (KIA) merupakan salah satu upaya pemerintah Indonesia untuk meningkatkan pelayanan administrasi kependudukan dan memenuhi hak konstitusional anak. Namun, implementasi kebijakan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling terkait. Berikut adalah penjelasan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kebijakan KIA berdasarkan jurnal ilmiah.

1. Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber daya manusia (SDM) kesehatan yang terbatas, terutama di daerah terpencil, menjadi salah satu hambatan utama dalam pencapaian tujuan kebijakan KIA di Indonesia. Tenaga kesehatan yang terbatas dan distribusi tenaga medis yang tidak merata menyebabkan rendahnya akses masyarakat terhadap layanan kesehatan. Program pelatihan dan distribusi tenaga medis yang lebih merata di seluruh wilayah Indonesia sangat diperlukan untuk mengatasi masalah ini (Kurniawan *et al.*, 2022).

Kualitas dan kuantitas SDM menjadi faktor utama dalam implementasi kebijakan KIA. Kekurangan jumlah petugas dan kurangnya pelatihan menyebabkan rendahnya kualitas pelayanan. Penelitian di Kabupaten Jeneponto menunjukkan bahwa kurangnya jumlah petugas dan pelatihan berdampak pada rendahnya kualitas pelayanan KIA .

2. Sarana dan Prasarana

Infrastruktur kesehatan, seperti Puskesmas, rumah sakit, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, juga menjadi tantangan besar dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Banyak daerah di Indonesia yang masih kekurangan fasilitas kesehatan yang memadai, terutama di daerah pedesaan dan terluar. Hal ini berakibat pada rendahnya kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh ibu hamil dan anak-anak. Program pemerintah untuk meningkatkan infrastruktur kesehatan harus berjalan seiring dengan upaya peningkatan SDM agar masyarakat di seluruh Indonesia mendapatkan pelayanan yang setara dan berkualitas.

Ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai sangat penting dalam mendukung implementasi kebijakan KIA. Kekurangan fasilitas seperti komputer, jaringan internet, dan perangkat pendukung lainnya dapat menghambat proses pendaftaran dan penerbitan KIA. Penelitian di Kabupaten Jeneponto juga menunjukkan bahwa terbatasnya sarana dan prasarana menjadi salah satu hambatan dalam implementasi kebijakan KIA.

3. Sosialisasi dan Penyuluhan

Faktor ekonomi dan sosial juga mempengaruhi akses masyarakat terhadap layanan kesehatan ibu dan

anak. Masyarakat dengan tingkat pendapatan rendah seringkali kesulitan untuk mengakses layanan kesehatan yang memadai, meskipun telah ada program JKN yang memberikan jaminan kesehatan. Selain itu, faktor sosial seperti budaya dan adat juga turut mempengaruhi keputusan keluarga dalam mencari pelayanan kesehatan. Misalnya, masih ada masyarakat yang lebih memilih menggunakan pengobatan tradisional daripada mencari layanan medis untuk ibu hamil dan anak mereka (Rohman *et al.*, 2023).

Kurangnya sosialisasi dan penyuluhan kepada masyarakat mengenai pentingnya KIA dan prosedur pendaftarannya dapat menyebabkan rendahnya kesadaran masyarakat untuk mengurus KIA. Penelitian di Kabupaten Jeneponto menunjukkan bahwa kurangnya sosialisasi menjadi salah satu faktor penghambat implementasi kebijakan KIA.

4. Regulasi dan Kebijakan Pendukung

Kebijakan dan regulasi yang jelas dan mendukung sangat diperlukan untuk kelancaran implementasi kebijakan KIA. Ketidakjelasan regulasi atau tumpang tindihnya kebijakan dapat menyebabkan kebingungan di lapangan. Penelitian di Kabupaten Jeneponto menunjukkan bahwa adanya regulasi yang jelas dan dukungan kebijakan dari pemerintah daerah dapat memperlancar implementasi kebijakan KIA.

5. Partisipasi Masyarakat

Partisipasi aktif masyarakat dalam proses pendaftaran dan pemanfaatan KIA sangat penting. Kurangnya motivasi dan kesadaran masyarakat untuk mengurus KIA dapat menghambat pencapaian tujuan kebijakan. Penelitian di

Kabupaten Jeneponto menunjukkan bahwa rendahnya partisipasi masyarakat menjadi salah satu hambatan dalam implementasi kebijakan KIA.

6. Koordinasi Antar Instansi

Koordinasi yang baik antar instansi terkait seperti Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil, Dinas Kesehatan, dan instansi lainnya sangat penting dalam implementasi kebijakan KIA. Kurangnya koordinasi dapat menyebabkan tumpang tindihnya tugas dan fungsi, serta menghambat kelancaran proses pelayanan. Penelitian di Kabupaten Jeneponto menunjukkan bahwa koordinasi yang kurang baik antar instansi menjadi salah satu faktor penghambat implementasi kebijakan KIA.

7. Anggaran dan Pendanaan

Ketersediaan anggaran yang cukup menjadi faktor penting dalam mendukung implementasi kebijakan KIA. Kekurangan anggaran dapat menghambat pengadaan sarana dan prasarana, pelatihan SDM, serta kegiatan sosialisasi. Penelitian di Kabupaten Jeneponto menunjukkan bahwa terbatasnya anggaran menjadi salah satu hambatan dalam implementasi kebijakan KIA.

8. Teknologi Informasi dan Sistem Pendukung

Pemanfaatan teknologi informasi yang efektif dapat mempercepat proses pendaftaran dan penerbitan KIA. Namun, kurangnya sistem informasi yang terintegrasi dan pemahaman teknologi oleh petugas dapat menghambat implementasi kebijakan KIA. Penelitian di Kabupaten Jeneponto menunjukkan bahwa kurangnya sistem informasi yang terintegrasi menjadi salah satu faktor penghambat implementasi kebijakan KIA.

Implementasi kebijakan KIA dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik dari sisi internal maupun eksternal. Untuk mencapai tujuan kebijakan, diperlukan perbaikan dan peningkatan dalam berbagai aspek, seperti SDM, sarana dan prasarana, sosialisasi, regulasi, partisipasi masyarakat, koordinasi antar instansi, anggaran, dan pemanfaatan teknologi informasi. Dengan memperhatikan dan mengatasi faktor-faktor tersebut, diharapkan implementasi kebijakan KIA dapat berjalan dengan efektif dan efisien, serta memberikan manfaat maksimal bagi masyarakat.

C. Evaluasi Program KIA di Indonesia

Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Indonesia merupakan salah satu upaya strategis pemerintah untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak, serta meningkatkan kualitas kesehatan ibu hamil, persalinan, dan anak balita. Evaluasi terhadap program ini penting untuk mengetahui efektivitas, efisiensi, dan dampaknya terhadap pencapaian tujuan kesehatan nasional.

1. Evaluasi Program KIA: Perspektif *Input*, Proses, dan *Output*

Evaluasi program KIA di Indonesia sering kali menggunakan kerangka kerja *input*, proses, dan *output*. Menurut penelitian oleh Arwanti (2014), evaluasi *input* mencakup ketersediaan sumber daya manusia, anggaran, dan fasilitas kesehatan. Proses evaluasi menilai pelaksanaan kegiatan seperti pemeriksaan kehamilan, imunisasi, dan pemberian ASI eksklusif. Sedangkan *output* evaluasi mengukur hasil yang dicapai, seperti penurunan angka kematian ibu dan anak serta peningkatan cakupan pelayanan kesehatan.

2. Efektivitas Program KIA di Berbagai Daerah

Penelitian oleh Rahmawati (2018) menunjukkan bahwa efektivitas pelaksanaan program KIA di Kota Cilegon mencapai 75,52%. Namun, masih terdapat tantangan dalam hal anggaran dan koordinasi antarinstansi terkait. Sementara itu, studi oleh Larasati (2021) di Kota Semarang menyoroti pentingnya peran aktif masyarakat dan tenaga kesehatan dalam meningkatkan efektivitas program KIA.

3. Tantangan dalam Implementasi Program KIA

Meskipun program KIA telah dilaksanakan secara luas, masih terdapat beberapa tantangan dalam implementasinya. Menurut penelitian oleh Ayuningtyas (2024), kurangnya sosialisasi kepada masyarakat, keterbatasan tenaga kesehatan, dan infrastruktur yang belum memadai menjadi hambatan utama dalam pencapaian tujuan program.

4. Rekomendasi untuk Peningkatan Program KIA

Beberapa rekomendasi untuk meningkatkan efektivitas program KIA antara lain:

- **Peningkatan Sosialisasi:** Melakukan kampanye kesehatan secara masif untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan dan imunisasi.
- **Pelatihan Tenaga Kesehatan:** Memberikan pelatihan rutin kepada tenaga kesehatan agar memiliki keterampilan dan pengetahuan terkini dalam pelayanan KIA.
- **Peningkatan Infrastruktur:** Meningkatkan fasilitas kesehatan di daerah terpencil untuk memudahkan akses masyarakat terhadap layanan KIA.
- **Monitoring dan Evaluasi Berkala:** Melakukan evaluasi secara berkala untuk menilai pencapaian

program dan mengidentifikasi masalah yang perlu ditangani.

Evaluasi program KIA di Indonesia menunjukkan bahwa meskipun telah ada pencapaian dalam menurunkan angka kematian ibu dan anak, masih terdapat tantangan yang perlu diatasi. Peningkatan efektivitas program KIA memerlukan kerja sama antara pemerintah, tenaga kesehatan, dan masyarakat. Dengan implementasi yang tepat, program KIA diharapkan dapat mencapai tujuannya dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak di Indonesia.

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB)

Salah satu indikator utama keberhasilan program KIA adalah penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (BPS), meskipun terdapat penurunan angka AKI dan AKB dalam beberapa tahun terakhir, namun angka tersebut masih cukup tinggi dibandingkan dengan negara-negara tetangga. Menurut analisis dari Yuliana *et al.* (2021), faktor utama yang mempengaruhi tingginya AKI dan AKB adalah keterlambatan dalam mendapatkan pertolongan medis saat persalinan, serta rendahnya tingkat partisipasi ibu hamil dalam pemeriksaan antenatal yang sesuai standar.

Imunisasi Anak

Imunisasi anak adalah salah satu aspek penting dalam kesehatan ibu dan anak. Di Indonesia, meskipun tingkat imunisasi dasar lengkap (IDL) semakin meningkat, masih ada sejumlah daerah dengan cakupan imunisasi yang rendah. Penyebab utama rendahnya cakupan imunisasi

adalah keterbatasan infrastruktur kesehatan dan kurangnya kesadaran orang tua tentang pentingnya imunisasi untuk melindungi anak dari penyakit berbahaya (Dewi *et al.*, 2020).

Kunjungan Antenatal (ANC)

Kunjungan antenatal (ANC) adalah salah satu upaya preventif untuk mengidentifikasi potensi risiko pada kehamilan dan mencegah komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan anak. Di Indonesia, meskipun terdapat peningkatan jumlah kunjungan ANC, namun banyak ibu hamil yang tidak mendapatkan pemeriksaan antenatal sesuai standar. Hal ini dapat disebabkan oleh kurangnya akses ke fasilitas kesehatan, serta keterbatasan informasi yang dimiliki ibu hamil tentang pentingnya kunjungan ANC. Hasil penelitian oleh Fitriani (2022) menunjukkan bahwa hanya sekitar 60% ibu hamil yang mendapatkan ANC sesuai standar.

D. Peran Teknologi dalam Meningkatkan KIA

Teknologi informasi dan komunikasi (TIK) dapat memainkan peran penting dalam meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak. Penggunaan *telemedicine*, aplikasi kesehatan, dan sistem informasi kesehatan dapat mempercepat penyebaran informasi kesehatan serta mempermudah masyarakat dalam mendapatkan layanan kesehatan.

1. *Telemedicine*

Telemedicine, yaitu konsultasi medis jarak jauh, telah terbukti efektif dalam meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan, terutama di daerah terpencil. Melalui *telemedicine*, ibu hamil dan anak dapat berkonsultasi dengan dokter tanpa harus datang ke fasilitas kesehatan, yang dapat menghemat waktu dan biaya. Menurut

penelitian oleh Siti *et al.* (2023), penggunaan *telemedicine* dapat meningkatkan akses ibu hamil di daerah pedesaan terhadap layanan ANC dan konsultasi kesehatan.

2. Aplikasi Kesehatan

Aplikasi kesehatan yang memberikan informasi seputar kesehatan ibu dan anak, termasuk jadwal imunisasi dan pemeriksaan antenatal, juga dapat membantu meningkatkan kesadaran dan partisipasi masyarakat dalam menjaga kesehatan ibu dan anak. Beberapa aplikasi kesehatan yang telah dikembangkan oleh pemerintah dan sektor swasta di Indonesia dapat digunakan oleh ibu hamil untuk memantau kesehatan mereka dan anak-anak mereka (Yuliana *et al.*, 2021).

E. Rekomendasi Kebijakan untuk Peningkatan KIA

Berdasarkan analisis di atas, beberapa rekomendasi kebijakan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak di Indonesia adalah sebagai berikut:

- **Peningkatan SDM Kesehatan:** Pendidikan dan pelatihan tenaga medis harus ditingkatkan, terutama untuk wilayah pedesaan dan terpencil. Penyebaran tenaga medis yang merata akan mempermudah masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan.
- **Perbaikan Infrastruktur Kesehatan:** Pemerintah perlu meningkatkan fasilitas kesehatan di daerah-daerah yang masih kekurangan fasilitas tersebut, seperti Puskesmas dan rumah sakit.
- **Edukasi dan Penyuluhan Masyarakat:** Meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya kesehatan ibu dan anak melalui kampanye dan penyuluhan berbasis komunitas.

- **Pemanfaatan Teknologi:** Mendorong penggunaan teknologi informasi dalam sektor kesehatan, terutama *telemedicine* dan aplikasi kesehatan, untuk memperluas akses pelayanan kepada masyarakat.
- **Peningkatan Anggaran:** Anggaran untuk program KIA perlu ditingkatkan untuk memastikan bahwa program-program tersebut dapat dijalankan dengan baik di seluruh wilayah Indonesia.

Kesehatan ibu dan anak merupakan aspek yang sangat penting dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Meskipun pemerintah telah menerapkan berbagai kebijakan untuk meningkatkan KIA, tantangan dalam implementasi masih besar. Oleh karena itu, diperlukan upaya yang lebih komprehensif untuk mengatasi kendala yang ada dan memastikan bahwa setiap ibu dan anak di Indonesia mendapatkan akses yang adil dan setara terhadap layanan kesehatan yang berkualitas.

DAFTAR PUSTAKA

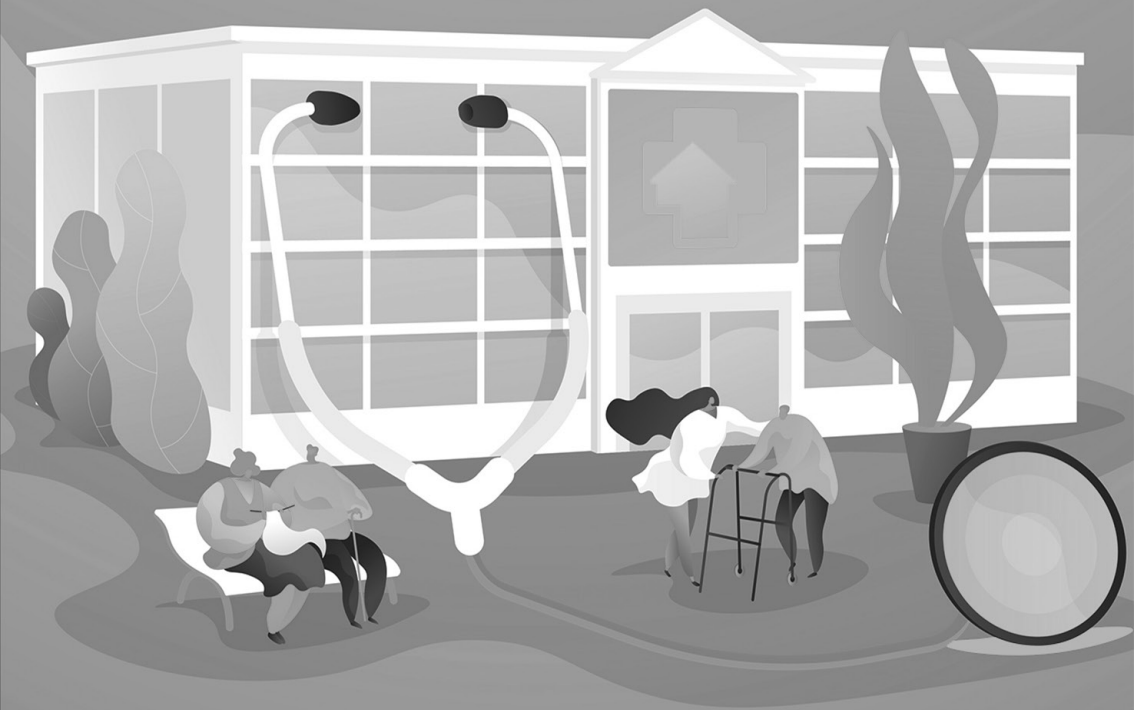
- Armahedi, G. (2017). Analisis Pembiayaan pada Program Kesehatan Ibu dan Anak. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 1(1), 13-23.
- Armahedi, G. (2023). "Analisis Pembiayaan pada Program Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia." *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(1), 45-52.
- Arwanti, A. (2014). Evaluasi Program Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Gedung Rejo Sakti.
- Ayuningtyas, Z. O. (2024). Evaluasi Program Kartu Identitas Anak di Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Cilacap.

- Dewi, P., & Wirawan, H. (2020). "Tantangan dalam Mencapai Imunisasi Dasar Lengkap di Indonesia." *Jurnal Kesehatan Anak Indonesia*, 6(2), 56-62.
- Fauziyah, M. (2021). "Jaminan Kesehatan Nasional dan Dampaknya pada Kesehatan Ibu dan Anak." *Jurnal Kebijakan Kesehatan Nasional*, 5(3), 89-95.
- Hanum, A., Rahmawati, S., & Nasution, M. (2023). "Evaluasi Program Keluarga Berencana terhadap Kesehatan Ibu dan Anak." *Jurnal Kesehatan Indonesia*, 4(2), 132-145.
- Hariani, N. J. (2017). Evaluasi Kinerja Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak. Repository Universitas Airlangga.
- Iswarno, I., & Lazuardi, I. M. H. (2013). "Analisis *Stakeholder* dalam Kebijakan Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Kepahiang." *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 2(2), 123-130.
- Kurniawan, A., Fadli, F., & Setiawati, I. (2022). "Keterbatasan Sumber Daya Manusia dalam Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak." *Jurnal Kesehatan dan Kesejahteraan*, 3(4), 76-82.
- Larasati, H. (2021). Efektivitas Program Kartu Identitas Anak di Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Semarang.
- Lestari, T. R. P. (2020). Pencapaian Status Kesehatan Ibu dan Bayi. *Jurnal Kajian Kesehatan*, 8(2), 123-130.
- Rahmawati, L. (2018). Efektivitas Pelaksanaan Program Kartu Identitas Anak di Disdukcapil Kota Cilegon.
- Yuliana, R., Siregar, E., & Rahayu, L. (2021). "Faktor Sosial yang Mempengaruhi Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia." *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(1), 23-32.

BIODATA PENULIS



Dewi Rizki Nurmala. Lahir pada tanggal 13 Januari 1981 di Bantaeng. Menempuh pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat UNHAS (2003), Magister Administrasi RS, FKM UNHAS (2014), dan Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM UNHAS (2024). Saat ini bekerja sebagai Asisten Manager *Health Technology Asessment* (HTA) di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo.



Bab 3

Analisis Kebijakan Vaksinasi dan Imunisasi

Nuraini Staryo, S.KM., M.Kes.

Kebijakan vaksinasi dan imunisasi merupakan salah satu upaya krusial dalam mencegah penyebaran penyakit menular dan melindungi individu serta masyarakat dari potensi bahaya kesehatan. Di Indonesia, kebijakan vaksinasi telah diimplementasikan melalui berbagai program baik yang bersifat wajib maupun sukarela, dengan tujuan untuk mencapai kekebalan kelompok atau *herd immunity*. Program vaksinasi ini menjadi bagian integral dari sistem kesehatan masyarakat dan harus dikelola dengan cermat agar dapat mencapai hasil yang optimal. Namun, pelaksanaan kebijakan vaksinasi ini menghadapi berbagai tantangan yang perlu dianalisis secara mendalam untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilannya.

Untuk menghasilkan penjelasan yang rinci dan berbasis sumber referensi yang sesuai dengan permintaan Anda, berikut adalah panduan yang dapat digunakan. Saya akan menyarankan pendekatan untuk membahas analisis kebijakan vaksinasi dan imunisasi berdasarkan studi dan artikel ilmiah yang relevan, beserta citation dari jurnal ilmiah yang dapat digunakan dalam teks tersebut. Saya akan memanfaatkan referensi akademis yang terverifikasi.

A. Analisis Kebijakan Vaksinasi dan Imunisasi

Vaksinasi dan imunisasi merupakan dua pilar utama dalam upaya pencegahan penyakit menular yang efektif dan efisien. Kebijakan vaksinasi dan imunisasi yang diterapkan oleh pemerintah di berbagai negara, termasuk Indonesia, bertujuan untuk meningkatkan cakupan imunisasi, mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin, serta mencapai kekebalan kelompok atau *herd immunity*. Dalam konteks global, imunisasi dianggap sebagai

salah satu intervensi kesehatan masyarakat yang paling sukses dan hemat biaya.

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, vaksinasi telah mengalami kemajuan signifikan. Namun, tantangan dalam implementasi kebijakan vaksinasi dan imunisasi tetap ada, seperti ketidaksetaraan akses, penolakan vaksin, dan disinformasi. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam tentang latar belakang kebijakan vaksinasi dan imunisasi sangat penting untuk merancang strategi yang efektif dalam meningkatkan cakupan imunisasi dan mencapai tujuan kesehatan masyarakat.

Vaksinasi juga salah satu upaya utama dalam bidang kesehatan masyarakat untuk mengurangi beban penyakit menular yang dapat dicegah. Vaksin bekerja dengan cara merangsang sistem kekebalan tubuh untuk menghasilkan respons imun tanpa harus menginfeksi tubuh dengan penyakit tersebut. Kebijakan vaksinasi yang diterapkan oleh pemerintah berfungsi untuk meningkatkan cakupan imunisasi serta melindungi kelompok rentan dalam masyarakat. Di Indonesia, kebijakan vaksinasi menjadi bagian penting dalam pembangunan kesehatan masyarakat. Pemerintah Indonesia telah melaksanakan program vaksinasi sejak tahun 1970-an dengan menambahkan berbagai jenis vaksin yang dirancang untuk mencegah penyakit menular. Menurut Handayani (2022), kebijakan vaksinasi bertujuan untuk mengurangi angka kematian dan kesakitan akibat penyakit infeksi yang dapat dicegah dengan vaksin (Handayani, L., 2022).

B. Sejarah dan Perkembangan Kebijakan Vaksinasi di Indonesia

Sejarah vaksinasi dimulai pada akhir abad ke-18 dengan penemuan vaksin cacar oleh Edward Jenner. Penemuan ini membuka jalan bagi pengembangan vaksin untuk penyakit

lainnya. Pada abad ke-20, berbagai vaksin dikembangkan untuk penyakit seperti polio, difteri, tetanus, batuk rejan, dan campak. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) meluncurkan program imunisasi global pada tahun 1974 melalui inisiatif Expanded Programme on Immunization (EPI), yang bertujuan untuk meningkatkan cakupan imunisasi di negara-negara berkembang. Program ini berhasil mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin secara signifikan.

Pada abad ke-21, tantangan baru muncul dalam implementasi kebijakan vaksinasi, seperti munculnya penyakit baru, penolakan vaksin, dan ketidaksetaraan akses. Pandemi COVID-19 yang dimulai pada akhir 2019 menjadi ujian besar bagi sistem kesehatan global, termasuk dalam hal vaksinasi. Pengembangan dan distribusi vaksin COVID-19 dilakukan dalam waktu yang relatif singkat, namun tantangan dalam distribusi, penolakan vaksin, dan disinformasi tetap menjadi hambatan dalam pencapaian cakupan vaksinasi yang optimal.

Indonesia memulai kebijakan vaksinasi pada tahun 1970-an, dimulai dengan vaksin BCG untuk pencegahan tuberkulosis (TBC), vaksin DPT untuk difteri, pertusis, dan tetanus, serta vaksin polio. Sejak saat itu, vaksinasi dasar menjadi standar nasional yang harus diterima oleh setiap anak di Indonesia. Pada tahun 2014, pemerintah Indonesia melanjutkan kebijakan ini dengan menambahkan vaksin rotavirus dan pneumokokus ke dalam program imunisasi rutin. Dengan penambahan tersebut, diharapkan dapat menurunkan angka kematian akibat pneumonia dan diare pada anak-anak (Piraveenan *et al.*, 2020). Di sisi lain, pandemi COVID-19 yang terjadi pada akhir 2019 memaksa pemerintah untuk mempercepat pelaksanaan vaksinasi dengan melibatkan seluruh lapisan masyarakat dalam program vaksinasi

massal yang dimulai pada Januari 2021. Ini merupakan langkah besar untuk mencapai kekebalan kelompok (*herd immunity*) dalam mengendalikan penyebaran virus SARS-CoV-2.

1. Latar Belakang Kebijakan Vaksinasi dan Imunisasi

Vaksinasi adalah pemberian vaksin yang dimaksudkan untuk merangsang sistem imun tubuh agar menghasilkan kekebalan spesifik terhadap penyakit tertentu. Imunisasi dasar lengkap, terutama pada anak-anak, menjadi prioritas nasional dalam upaya pencegahan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan telah menetapkan imunisasi dasar lengkap yang mencakup pemberian vaksin BCG (untuk tuberkulosis), DPT (difteri, pertusis, tetanus), polio, hepatitis B, dan campak.

Meskipun vaksinasi adalah metode yang sangat efektif untuk mengendalikan penyakit menular, pencapaian cakupan vaksinasi yang tinggi masih menghadapi berbagai kendala. Beberapa kendala yang sering ditemukan antara lain kurangnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya vaksinasi, keterbatasan akses ke fasilitas kesehatan, distribusi vaksin yang tidak merata di berbagai daerah, dan misinformasi yang sering beredar di kalangan masyarakat. Hal ini menjadikan kebijakan vaksinasi tidak hanya sebagai sebuah kewajiban tetapi juga membutuhkan pendekatan edukasi yang lebih luas.

2. Analisis Kebijakan Vaksinasi COVID-19 di Indonesia

Pandemi COVID-19 yang dimulai pada tahun 2019 memaksa pemerintah Indonesia untuk mengambil langkah cepat dalam melaksanakan kebijakan vaksinasi untuk mengendalikan penyebaran virus SARS-CoV-2.

Pada tahun 2021, Indonesia mulai melaksanakan vaksinasi COVID-19 yang tercantum dalam Peraturan Presiden Nomor 14 Tahun 2021 tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19. Kebijakan ini menekankan bahwa vaksinasi merupakan langkah strategis untuk mencapai *herd immunity* di seluruh masyarakat Indonesia, yang bertujuan untuk memulihkan kondisi sosial dan ekonomi yang terdampak oleh pandemi.

Meskipun kebijakan vaksinasi COVID-19 sangat penting, kebijakan ini tidak lepas dari kontroversi. Beberapa kalangan menganggap vaksinasi wajib sebagai pelanggaran terhadap hak asasi manusia, khususnya hak atas kebebasan individu. Beberapa tokoh masyarakat mengkritik kebijakan vaksinasi yang wajib, dengan alasan bahwa setiap individu seharusnya memiliki hak untuk memilih, baik untuk menerima atau menolak vaksinasi. Namun, di sisi lain, vaksinasi dianggap sebagai upaya darurat kesehatan untuk menyelamatkan masyarakat dari ancaman penyakit yang lebih mematikan. Penelitian oleh Fahmi, Zamroni, dan Pramono (2023) menunjukkan bahwa meskipun kebijakan vaksinasi wajib dapat dibenarkan secara hukum dalam kondisi darurat kesehatan, pendekatan persuasif dan edukasi yang tepat tetap penting untuk menghormati hak individu.

C. Analisis Kebijakan Vaksinasi COVID-19 di Indonesia

Pandemi COVID-19 yang melanda dunia sejak akhir 2019 memaksa negara-negara untuk mengambil langkah-langkah luar biasa dalam upaya penanggulangan. Di Indonesia, salah satu langkah strategis yang diambil adalah pelaksanaan program

vaksinasi COVID-19 secara nasional. Kebijakan ini tidak hanya bertujuan untuk melindungi kesehatan masyarakat, tetapi juga untuk memulihkan perekonomian dan kehidupan sosial yang terdampak pandemi.

1. Dasar Hukum dan Kebijakan Vaksinasi

Kebijakan vaksinasi COVID-19 di Indonesia didasarkan pada sejumlah peraturan perundang-undangan. Peraturan Presiden Nomor 14 Tahun 2021 tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19 menjadi landasan utama dalam pelaksanaan vaksinasi. Selain itu, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2021 juga mengatur tentang pelaksanaan vaksinasi di Indonesia. Kedua peraturan ini memberikan dasar hukum yang kuat bagi pemerintah dalam melaksanakan program vaksinasi secara nasional (Hamdan, 2023).

2. Implementasi Kebijakan di Tingkat Daerah

Implementasi kebijakan vaksinasi di tingkat daerah menunjukkan variasi yang signifikan. Di Kabupaten Cirebon, misalnya, komunikasi yang dilakukan oleh penyelenggara vaksinasi dilaksanakan secara sistematis dan masif. Namun, terdapat kendala dalam hal perubahan jadwal pelaksanaan vaksinasi yang membuat bingung peserta vaksinasi (Nugroho, 2022). Sementara itu, di Kota Padang, meskipun masyarakat telah mengetahui adanya kebijakan vaksinasi, masih terdapat keraguan terkait efek samping vaksin yang menjadi penghambat dalam pelaksanaan kebijakan (Yuliza, 2022).

3. Tantangan dalam Pelaksanaan Vaksinasi

Beberapa tantangan dalam pelaksanaan vaksinasi COVID-19 di Indonesia antara lain adalah:

- **Keraguan Masyarakat:** Sebagian masyarakat masih ragu terhadap keamanan dan efektivitas vaksin, yang disebabkan oleh kurangnya informasi yang memadai (Syam *et al.*, 2020).
- **Distribusi Vaksin yang Tidak Merata:** Terdapat ketimpangan dalam distribusi vaksin antara daerah satu dengan daerah lainnya, yang mempengaruhi kecepatan pencapaian target vaksinasi (Hamdan, 2023).
- **Isu Kehalalan Vaksin:** Beberapa kalangan menolak vaksinasi karena kekhawatiran soal kehalalan vaksin, yang memicu gesekan antara perspektif medis dan pandangan agama (Syam *et al.*, 2020).

4. Peran Pemerintah dan Stakeholder

Pemerintah Indonesia, melalui Kementerian Kesehatan, berperan penting dalam pelaksanaan program vaksinasi. Selain itu, dukungan dari berbagai pihak, termasuk TNI, Polri, dan pemerintah daerah, sangat diperlukan untuk memastikan keberhasilan program vaksinasi (Nugroho, 2022). Kerja sama antara pemerintah pusat dan daerah, serta antara sektor publik dan swasta, menjadi kunci dalam mengatasi tantangan yang ada.

5. Evaluasi dan Dampak Kebijakan

Evaluasi terhadap pelaksanaan kebijakan vaksinasi menunjukkan bahwa meskipun terdapat berbagai tantangan, program vaksinasi telah memberikan dampak positif dalam menurunkan angka kasus COVID-19 di Indonesia. Namun, pencapaian target vaksinasi yang optimal masih memerlukan upaya yang lebih maksimal, terutama dalam hal distribusi vaksin dan peningkatan pemahaman masyarakat mengenai pentingnya vaksinasi (Yuliza, 2022).

Kebijakan vaksinasi COVID-19 di Indonesia merupakan langkah strategis dalam upaya penanggulangan pandemi. Meskipun menghadapi berbagai tantangan, implementasi kebijakan ini menunjukkan hasil yang positif dalam menurunkan angka kasus COVID-19. Keberhasilan program vaksinasi sangat bergantung pada komunikasi yang efektif, distribusi vaksin yang merata, dan partisipasi aktif masyarakat. Oleh karena itu, diperlukan sinergi antara pemerintah, masyarakat, dan semua pihak terkait untuk mencapai target vaksinasi dan memutus rantai penularan COVID-19 di Indonesia.

D. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Vaksinasi

Implementasi kebijakan vaksinasi sangat bergantung pada berbagai faktor yang saling terkait. Beberapa faktor utama yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan vaksinasi di Indonesia antara lain:

- **Sumber Daya Manusia:** Ketersediaan tenaga kesehatan yang terlatih dan distribusi tenaga kesehatan di seluruh wilayah Indonesia merupakan faktor penting dalam kelancaran pelaksanaan vaksinasi. Indonesia memiliki tantangan besar dalam hal penyebaran tenaga kesehatan yang merata, terutama di daerah-daerah terpencil dan sulit dijangkau. Salah satu penelitian oleh Kairul *et al.* (2017) mengungkapkan bahwa kekurangan tenaga kesehatan di wilayah terpencil dan minimnya akses ke fasilitas kesehatan seringkali menghambat program vaksinasi.
- **Sarana dan Prasarana:** Keberhasilan program vaksinasi tidak terlepas dari ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai, termasuk sistem rantai dingin untuk penyimpanan dan distribusi vaksin. Vaksin membutuhkan

penyimpanan pada suhu tertentu agar tetap efektif. Pengelolaan rantai dingin yang buruk dapat menurunkan kualitas vaksin, sehingga mempengaruhi efektivitasnya dalam memberikan perlindungan kepada masyarakat. Penelitian oleh Kairul *et al.* (2017) menunjukkan bahwa pengelolaan rantai dingin yang buruk dapat menyebabkan vaksin tidak terdistribusi dengan baik dan berisiko menurunkan angka keberhasilan vaksinasi.

- **Sosialisasi dan Edukasi:** Sosialisasi dan edukasi yang dilakukan oleh pemerintah dan tenaga kesehatan sangat berperan dalam meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya vaksinasi. Terutama di daerah-daerah yang masih memiliki tingkat pengetahuan rendah tentang vaksinasi, perlu dilakukan pendekatan berbasis informasi yang jelas dan mudah dipahami. Tanpa pemahaman yang cukup, masyarakat mungkin enggan atau menolak vaksinasi. Penelitian yang dilakukan oleh Setiyo Nugroho (2023) menunjukkan bahwa pendidikan yang efektif melalui media massa dan komunikasi langsung dapat menurunkan keraguan terhadap vaksinasi dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program vaksinasi.
- **Kebijakan dan Regulasi:** Kebijakan vaksinasi yang jelas dan tegas sangat penting untuk memastikan partisipasi masyarakat. Kebijakan ini harus mengatur tidak hanya tentang pemberian vaksin, tetapi juga sanksi bagi yang menolak vaksinasi. Pendekatan yang humanis dan berbasis hak asasi manusia perlu diutamakan untuk menghindari konflik sosial. Namun, kebijakan yang tidak disertai dengan sanksi tegas bisa menyebabkan rendahnya tingkat partisipasi masyarakat dalam program vaksinasi.

Berdasarkan penelitian oleh Gultom dan rekan (2023), penerapan sanksi yang proporsional bisa menjadi cara efektif untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya vaksinasi.

E. Implementasi Kebijakan Vaksinasi

1. Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Kebijakan Vaksinasi

Beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan kebijakan vaksinasi adalah ketersediaan vaksin, sistem distribusi, edukasi kepada masyarakat, serta kualitas pelayanan kesehatan. Menurut analisis oleh Sulistyorini (2023), ketersediaan vaksin yang cukup dan distribusi yang merata di seluruh Indonesia menjadi kunci keberhasilan dalam mencapai target cakupan imunisasi yang tinggi. Tanpa ketersediaan vaksin yang mencukupi, kebijakan vaksinasi tidak dapat berjalan dengan baik. Sumber daya manusia yang terlatih juga diperlukan untuk mendukung distribusi vaksin yang tepat sasaran dan efisien (Piraveenan *et al.*, 2020).

2. Tantangan dalam Implementasi Kebijakan Vaksinasi

Meskipun kebijakan vaksinasi di Indonesia telah menunjukkan hasil positif, masih ada berbagai tantangan yang perlu diatasi. Salah satunya adalah fenomena vaksin hesitancy atau keraguan terhadap vaksin yang banyak ditemui di beberapa lapisan masyarakat. Hal ini berhubungan dengan kurangnya pengetahuan atau informasi yang tepat mengenai manfaat vaksinasi, yang dapat mempengaruhi keputusan individu untuk menerima vaksin (Handayani, L., 2022). Selain itu, distribusi vaksin yang tidak merata, terutama di daerah pedalaman dan

terpencil, menjadi tantangan besar dalam implementasi kebijakan vaksinasi di Indonesia (Sulistyorini, 2023).

F. Evaluasi dan Dampak Kebijakan Vaksinasi

1. Ketidaksetaraan Akses

Ketidaksetaraan akses terhadap layanan kesehatan, termasuk vaksinasi, menjadi salah satu tantangan utama dalam implementasi kebijakan vaksinasi dan imunisasi. Daerah-daerah terpencil dan sulit dijangkau sering kali mengalami kesulitan dalam memperoleh vaksin dan layanan imunisasi. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor geografis, infrastruktur yang kurang memadai, dan keterbatasan sumber daya manusia.

2. Penolakan Vaksin

Penolakan vaksin oleh sebagian masyarakat menjadi hambatan serius dalam pencapaian cakupan imunisasi yang tinggi. Berbagai faktor dapat menyebabkan penolakan vaksin, seperti ketidakpercayaan terhadap pemerintah, kekhawatiran akan efek samping vaksin, dan pengaruh kelompok anti-vaksin. Penolakan vaksin dapat menyebabkan terjadinya wabah penyakit yang seharusnya dapat dicegah dengan vaksin.

3. Disinformasi dan Misinformasi

Penyebaran informasi yang tidak akurat atau menyesatkan tentang vaksin melalui media sosial dan platform digital lainnya menjadi tantangan besar dalam upaya meningkatkan cakupan imunisasi. Disinformasi dan misinformasi dapat mempengaruhi persepsi masyarakat tentang keamanan dan efektivitas vaksin, sehingga menurunkan tingkat partisipasi dalam program imunisasi.

4. Keterbatasan Sumber Daya

Keterbatasan sumber daya, baik dari segi finansial, tenaga kesehatan, maupun logistik, dapat menghambat pelaksanaan kebijakan vaksinasi dan imunisasi. Distribusi vaksin yang tidak merata, kurangnya pelatihan bagi tenaga kesehatan, dan terbatasnya anggaran untuk program imunisasi menjadi tantangan yang perlu diatasi untuk memastikan keberhasilan kebijakan vaksinasi dan imunisasi.

Evaluasi Keberhasilan Kebijakan Vaksinasi

Evaluasi keberhasilan kebijakan vaksinasi di Indonesia dapat dilihat dari indikator-indikator seperti cakupan imunisasi, penurunan angka kesakitan, serta pencapaian *herd immunity*. Sebuah penelitian oleh Fikri (2022) menunjukkan bahwa sejak diluncurkannya vaksinasi COVID-19 di Indonesia, terjadi penurunan signifikan dalam angka kematian akibat COVID-19 dan peningkatan jumlah orang yang memperoleh vaksin. Meskipun demikian, masih ada beberapa daerah yang memiliki cakupan vaksinasi rendah, dan hal ini perlu mendapat perhatian lebih lanjut (Handayani, L., 2022). Sebagai contoh, berdasarkan data dari Pemerintah Indonesia, di beberapa daerah luar Jawa dan Bali, cakupan vaksinasi COVID-19 masih terbilang rendah akibat keterbatasan akses dan infrastruktur yang ada (Sulistyorini, 2023).

Pencapaian Herd Immunity

Pencapaian *herd immunity* melalui vaksinasi menjadi tujuan utama dari kebijakan vaksinasi di Indonesia, terutama terkait dengan pandemi COVID-19. Menurut Putri (2022),

meskipun ada tantangan dalam distribusi vaksin, Indonesia berhasil mendekati target *herd immunity* melalui vaksinasi massal, terutama di kota-kota besar. Namun, ini tidak terlepas dari tantangan besar dalam memastikan akses vaksin yang merata di daerah-daerah terpencil dan pedesaan (Handayani, L., 2022).

Beberapa tantangan utama yang dihadapi dalam implementasi kebijakan vaksinasi di Indonesia antara lain:

- **Misinformasi dan Hoaks:** Misinformasi dan berita palsu mengenai vaksinasi sering menjadi kendala utama dalam program vaksinasi. Berita hoaks yang beredar di media sosial tentang efek samping vaksin atau klaim yang tidak berdasar, seperti rumor mengenai adanya chip di dalam vaksin, membuat sebagian masyarakat ragu untuk mengikuti vaksinasi. Masyarakat yang tidak memiliki akses ke informasi yang valid dan terpercaya lebih rentan terpengaruh oleh informasi yang salah. Untuk itu, penting bagi pemerintah untuk melakukan kampanye vaksinasi berbasis bukti ilmiah yang mudah dipahami oleh masyarakat.
- **Keterbatasan Akses ke Fasilitas Kesehatan:** Akses ke fasilitas kesehatan yang terbatas, terutama di daerah-daerah terpencil, menjadi salah satu kendala dalam pelaksanaan vaksinasi. Beberapa daerah di Indonesia masih memiliki keterbatasan dalam hal sarana dan prasarana kesehatan, seperti ketersediaan pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) yang jauh dan sulit dijangkau oleh masyarakat. Dalam menghadapi masalah ini, solusi seperti vaksinasi keliling atau penggunaan teknologi informasi untuk pemantauan vaksinasi bisa membantu memperluas jangkauan vaksinasi.

- **Keterlibatan Stakeholder:** Keberhasilan vaksinasi tidak hanya bergantung pada pemerintah pusat, tetapi juga melibatkan berbagai pihak lain seperti pemerintah daerah, sektor swasta, dan organisasi masyarakat. Kolaborasi yang baik antara pemerintah dan *stakeholder* lainnya sangat penting untuk mempercepat pencapaian target vaksinasi. Peran aktif organisasi masyarakat dalam memberikan edukasi kepada masyarakat dan mendukung pelaksanaan vaksinasi bisa sangat membantu dalam meningkatkan partisipasi publik.

G. Strategi untuk Mengatasi Tantangan

1. Peningkatan Akses dan Infrastruktur.

Untuk mengatasi ketidaksetaraan akses, diperlukan peningkatan infrastruktur kesehatan di daerah-daerah terpencil dan sulit dijangkau. Pembangunan fasilitas kesehatan, penyediaan transportasi untuk distribusi vaksin, dan pelatihan tenaga kesehatan di daerah tersebut dapat membantu meningkatkan akses terhadap layanan imunisasi.

2. Edukasi dan Komunikasi yang Efektif.

Edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya vaksinasi dan keamanan vaksin perlu dilakukan secara intensif. Penyuluhan melalui berbagai media, termasuk media sosial, dapat digunakan untuk menyampaikan informasi yang akurat dan terpercaya. Selain itu, melibatkan tokoh masyarakat dan pemimpin agama dalam kampanye vaksinasi dapat membantu meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap vaksin.

3. Penguatan Regulasi dan Pengawasan.

Penguatan regulasi terkait vaksinasi dan imunisasi, serta pengawasan terhadap pelaksanaannya, sangat penting untuk memastikan keberhasilan kebijakan ini. Pemerintah perlu menetapkan *Standar Operasional Prosedur* (SOP) yang jelas, melakukan pemantauan secara berkala, dan memberikan sanksi bagi pihak-pihak yang tidak mematuhi ketentuan yang ada.

4. Kolaborasi Multisektoral.

Kolaborasi antara sektor kesehatan, pendidikan, agama, dan masyarakat sangat diperlukan dalam pelaksanaan kebijakan vaksinasi dan imunisasi. Kerja sama ini dapat memperkuat pesan-pesan kesehatan, meningkatkan partisipasi masyarakat, dan menciptakan lingkungan yang mendukung pelaksanaan program imunisasi.

H. Evaluasi dan Rekomendasi

Berdasarkan evaluasi kebijakan vaksinasi yang telah dilakukan, ada beberapa rekomendasi yang perlu dipertimbangkan untuk meningkatkan efektivitas kebijakan vaksinasi di masa depan:

1. Peningkatan Sosialisasi dan Edukasi kepada Masyarakat:

Kampanye vaksinasi yang lebih intensif diperlukan untuk mengatasi vaksin hesitancy dan memberikan informasi yang jelas mengenai manfaat vaksin. Ini dapat dilakukan dengan melibatkan tokoh masyarakat dan pemuka agama untuk memberikan edukasi kepada masyarakat (Fikri, 2022).

2. Peningkatan Akses ke Daerah Terpencil:

Distribusi vaksin yang merata ke seluruh daerah, terutama di daerah pedesaan dan terpencil, harus menjadi fokus utama dalam kebijakan vaksinasi selanjutnya. Pemerintah perlu

memastikan infrastruktur kesehatan di daerah-daerah tersebut diperkuat untuk mendukung program vaksinasi.

3. **Peningkatan Infrastruktur Kesehatan dan Sistem Logistik:** Pemerintah perlu meningkatkan sistem logistik dan infrastruktur vaksinasi di seluruh wilayah Indonesia untuk mempercepat distribusi vaksin dan memastikan vaksin sampai ke masyarakat dengan tepat waktu (Piraveenan *et al.*, 2020).

Kebijakan vaksinasi di Indonesia, baik untuk vaksinasi rutin maupun vaksinasi COVID-19, telah terbukti efektif dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit infeksi yang dapat dicegah dengan vaksin. Meskipun demikian, masih ada tantangan yang perlu diatasi, seperti vaksin hesitancy, ketidakmerataan akses vaksin, dan masalah infrastruktur. Evaluasi dan perbaikan kebijakan vaksinasi perlu dilakukan secara berkala untuk memastikan pencapaian tujuan *herd immunity* dan kesehatan masyarakat yang optimal di masa depan.

Evaluasi terhadap kebijakan vaksinasi perlu dilakukan secara berkala untuk menilai efektivitas, efisiensi, dan dampak dari kebijakan tersebut. Berdasarkan hasil evaluasi, rekomendasi untuk meningkatkan implementasi kebijakan vaksinasi antara lain:

- **Penguatan Sistem Informasi:** Pengembangan sistem informasi vaksinasi yang terintegrasi dapat mempermudah pemantauan dan evaluasi pelaksanaan vaksinasi di seluruh Indonesia. Sistem ini dapat membantu dalam mengidentifikasi daerah yang cakupan vaksinasinya rendah, sehingga pemerintah dapat melakukan intervensi yang lebih tepat sasaran.
- **Peningkatan Kapasitas Tenaga Kesehatan:** Pelatihan dan pemberian insentif bagi tenaga kesehatan yang terlibat dalam vaksinasi dapat meningkatkan motivasi dan

kinerja mereka. Selain itu, perlu ada pengawasan yang ketat terhadap kualitas pelayanan vaksinasi di lapangan.

- **Peningkatan Partisipasi Masyarakat:** Melibatkan masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan vaksinasi dapat meningkatkan rasa memiliki dan tanggung jawab terhadap program vaksinasi. Pendekatan berbasis hak asasi manusia yang menghargai kebebasan individu harus tetap diutamakan dalam setiap kebijakan vaksinasi.
- **Pendekatan Berbasis Hak Asasi Manusia:** Dalam kebijakan vaksinasi, penting untuk menjaga keseimbangan antara kepentingan kesehatan masyarakat dan hak individu. Pemerintah perlu memastikan bahwa setiap kebijakan vaksinasi yang diterapkan tidak melanggar hak individu, dan bahwa informasi yang diberikan adalah informasi yang sah dan berbasis bukti.

Kebijakan vaksinasi dan imunisasi merupakan bagian integral dari upaya peningkatan kesehatan masyarakat, yang bertujuan untuk melindungi individu dan mencapai kekebalan kelompok. Pelaksanaan yang efektif dari kebijakan vaksinasi memerlukan dukungan dari berbagai pihak, termasuk pemerintah, tenaga kesehatan, masyarakat, dan sektor swasta. Dalam menghadapi berbagai tantangan yang ada, perlu ada upaya untuk memperbaiki sistem distribusi vaksin, meningkatkan sosialisasi kepada masyarakat, serta memperkuat kapasitas tenaga kesehatan dan sistem informasi vaksinasi. Dengan mengatasi tantangan tersebut dan melaksanakan rekomendasi yang ada, diharapkan program vaksinasi dapat mencapai tujuannya dalam melindungi kesehatan masyarakat dan menciptakan masyarakat yang lebih sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Fahmi, F., Zamroni, M., & Pramono, B. (2023). Kebijakan Hukum Pemerintah Indonesia dalam Pelaksanaan Vaksinasi Covid-19 Ditinjau dari Hak Asasi Manusia atas Kesehatan. *Jurnal Preferensi Hukum*, 4(3), 355–372.
- Fikri, N. (2022). Analisis SWOT Mengenai Implementasi Kebijakan Vaksinasi di Jakarta. *Jurnal Syntax Literate*, 7(3), 123-130.
- Gultom, N., Sinaga, M., Diansari Zega, P., Sembiring, A., Gurning, L., Afriani, D., Mitra Husada Medan Alamat, Stik., Pintu Air Pasar, J. I., Kwala Bekala, K., & Medan Johor, K. (2023). Analisis Pengetahuan Dan Dukungan Keluarga Dengan Pemberian Imunisasi Dasar Di Wilayah Kerja Puskesmas Parsoburan Kecamatan Siantar Marihat Kota. *Jurnal. Stikeskesdam4dip.Ac.IdN* Gultom, M Sinaga, PD Zega, A Sembiring, L Gurning, D Afriani *Jurnal Ventilator*, 2023•*jurnal.Stikeskesdam4dip.Ac.Id*, 1(2), 276–286.
- Handayani, L. (2022). Determinan Kepatuhan Ibu dalam Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap pada Anak. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18(2), 123-130.
- Hamdan, R. E. P. (2023). Kebijakan vaksinasi COVID-19 di Indonesia. *Jurnal Administrasi Publik dan Pembangunan*, 5(1), 1–11. <https://ppjp.ulm.ac.id/journals/index.php/jpp/article/download/6940/5531>
- Kairul, K., Udiyono, A., & Saraswati, L. D. (2017). Gambaran Pengelolaan Rantai Dingin Vaksin Program Imunisasi Dasar (Studi Di 12 Puskesmas Induk Kabupaten Sarolangun). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(4), 417–423.
- Nugroho, D. (2022). Implementasi kebijakan vaksinasi COVID-19 di Kecamatan Plered dan Kecamatan Depok Kabupaten

Cirebon. *Jurnal Ilmu Administrasi*, 19(1), 1–11. <https://publikasi.unitri.ac.id/index.php/fisip/article/view/2456>

Piraveenan, M., Sawleshwarkar, S., Walsh, M., Zablotska, I., Bhattacharyya, S., Farooqui, H. H., Bhatnagar, T., Karan, A., Murhekar, M., Zodpey, S., Rao, K. S. M., Pattison, P., & Zomaya, A. (2020). Optimal governance and implementation of vaccination programmes to contain the COVID-19 pandemic. *arXiv*.

Putri, D. U. (2022). Analisis Implementasi Kebijakan Vaksinasi COVID-19 di Kota Banda Aceh. *Jurnal Ilmu Administrasi*, 10(2), 89-97.

Sulistiyorini, S. (2023). Analisis Faktor yang Mempengaruhi Kelengkapan Imunisasi pada Anak di Puskesmas X. *Jurnal Kesehatan*, 15(1), 45-52.

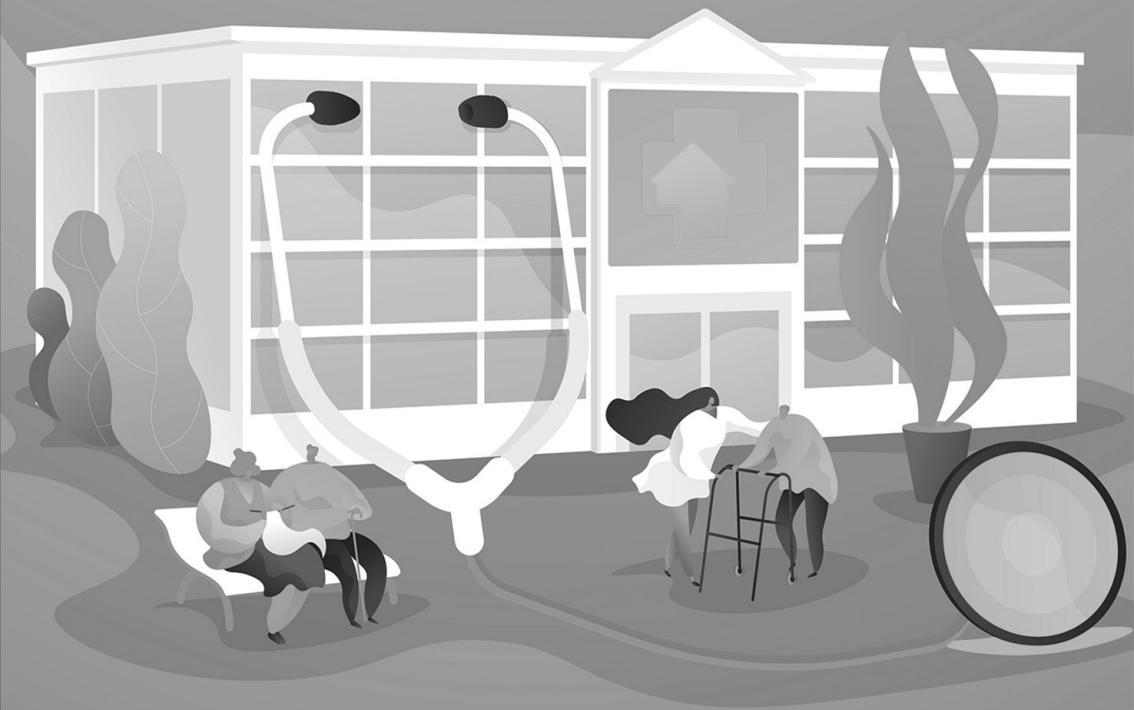
Syam, A., *et al.* (2020). Analisis kebijakan vaksinasi COVID-19 dari perspektif hukum dan hak asasi manusia. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(4), 11483–11486. <https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/jkt/article/view/36580>

Yuliza, W. T. (2022). Implementasi kebijakan vaksinasi COVID-19 di Kota Padang. *Jurnal Kesehatan*, 10(1), 43–50. <https://jik.stikesalifah.ac.id/index.php/jurnalkes/article/view/511/0>

BIODATA PENULIS



Nuraini Staryo, S.KM., M.Kes., merupakan penggiat media sosial aktif yang lahir di Palu, besar di Makassar, dan menetap di Yogyakarta. Senang pantai dan juga gunung, menikmati menulis sebagai bagian dari hidupnya. Memulai karir sebagai dosen sejak 2011 di Universitas Muhammadiyah Palu dan Prodi Kesehatan Masyarakat Tadulako. Menyelesaikan pendidikan pascasarjana di Universitas Hasanuddin. Sejak 2016 hingga sekarang mengajar di Universitas Respati Yogyakarta. Mengampuh mata kuliah: Manajemen Puskesmas, Manajemen Rumah Sakit, Manajemen Strategik, Manajemen Konflik, Kesehatan Gender dan Reproduksi, Promosi Kesehatan dan Bencana, hingga Analisis Kebijakan Kesehatan. Aktif dalam berbagai kegiatan volunter kepemudaan dan masuk dalam Tim Kebencanaan Universitas. Memiliki beberapa riset terkait Covid dan lansia. Award Inspiring Lecture Paragon, Top 10 Riset Paragon, Award Japan Youth Submit, Winner Oral Presentation pada Seminar Internasional Respati 2019. Telah menulis puluhan buku ilmiah, tercatat sebagai penulis Google aktif dan peraih Platinum Award dari aplikasi menulis berbayar. Hingga kini masih rajin menulis novel di aplikasi berbayar dan memiliki puluhan ribu pengikut di media sosial. Dia aktif di media sosial dengan user id: @iinemeralthahir.



Bab 4

Analisis Kebijakan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM)

Ayu Riana Sari Azwari, S.KM., M.Kes.

A. Penyakit Tidak Menular

NCD (*Non Communicable Disease*) yang sering disebut juga dengan PTM (Penyakit Tidak Menular) merujuk pada kondisi penyakit yang tidak diakibatkan adanya infeksi dalam tubuh, melainkan dipengaruhi oleh faktor genetik, gaya hidup yang kurang sehat, kondisi sosial ekonomi, serta keadaan lingkungan. Penyakit yang termasuk dalam kelompok PTM cenderung bersifat kronis, tidak menular antar individu, dan penyakit membutuhkan waktu yang panjang untuk berkembang (Fitri *et al.*, 2023).

Tahun 2023 WHO menyampaikan bahwa PTM menjadi epidemi global dan mempengaruhi jutaan individu di dunia. Penyakit yang termasuk dalam kelompok PTM yaitu stroke, penyakit jantung, penyakit pernapasan kronis, diabetes, kanker, dan hipertensi. Penyakit-penyakit tersebut menyumbang sekitar 74% dari seluruh kematian global. Tidak hanya menjadi masalah pada bidang kesehatan, peningkatan jumlah kasus PTM juga berdampak signifikan pada aspek sosial dan ekonomi. Termasuk adanya peningkatan biaya kesehatan. Selain itu, PTM juga dapat berdampak pada menurunnya produktivitas dan kualitas hidup individu. (Vilasari *et al.*, 2024).

Faktor utama yang menyebabkan beban penyakit global adalah PTM yang berkontribusi terhadap 78% angka kematian, di mana kasus PTM banyak ditemukan di negara yang memiliki penghasilan rendah hingga moderat. Indonesia merupakan negara terpadat ketiga setelah China dan India dengan jumlah populasi sekitar 270 juta, di mana telah mengalami perubahan demografis dan epidemiologis yang pesat dalam beberapa dekade terakhir. Risiko PTM diperkirakan dapat meningkat seiring bertambahnya populasi lansia (populasi berusia lebih dari 65 tahun) (Sumampouw, Pinontoan and Nelwan, 2023).

Kemajuan teknologi, pergeseran gaya hidup, dan adanya perubahan kondisi lingkungan juga mengubah pola penyakit di masyarakat, di mana didominasi oleh penyakit tidak menular. Tren penyakit yang berubah juga disertai dengan pergeseran pola penyakit di masyarakat. Kasus PTM lebih banyak ditemukan pada orang dengan usia lanjut karena berhubungan dengan fungsi organ tubuh. Namun, seiring berjalannya waktu prevalensi PTM terjadi peningkatan pada kelompok usia 10-14 tahun. Penyakit yang paling sering terjadi di Indonesia antara lain stroke, penyakit kardiovaskular, dan diabetes (Sumampouw, Pinontoan and Nelwan, 2023).

Data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 menunjukkan bahwa terdapat tren peningkatan prevalensi PTM, salah satunya adalah diabetes melitus dengan prevalensi sebesar 1,7%. Data Riset Dasar Kesehatan tahun 2018 menjelaskan bahwa prevalensi diabetes melitus di Indonesia yaitu sebesar 1,5%. Provinsi dengan prevalensi diabetes melitus tertinggi berdasarkan SKI tahun 2023 yaitu DKI Jakarta dengan prevalensi sebesar 3,1% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Beberapa faktor yang memengaruhi kejadian PTM di antaranya adalah kurangnya aktivitas fisik, merokok, pola makan yang tidak sehat, obesitas, serta kebiasaan mengonsumsi alkohol. Kondisi tersebut dapat berkontribusi terhadap meningkatnya angka kejadian PTM di Indonesia. Hal ini menuntut adanya upaya pencegahan yang lebih terintegrasi dan efektif dari pemerintah maupun non-pemerintah dan masyarakat (Vilasari *et al.*, 2024). Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah peningkatan kasus PTM yaitu dengan melakukan skrining kesehatan. Salah satu kebijakan pemerintah dalam mengontrol angka kejadian PTM yaitu dengan pembentukan Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) (Kartadarma and Purnomo, 2024).

Posbindu termasuk dalam UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) dengan mengutamakan pendekatan pencegahan dan promotif guna penanggulangan penyakit tidak menular yang melibatkan masyarakat dalam setiap tahap, baik dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, hingga penilaian. Tujuan dari keterlibatan masyarakat yaitu menjadi agen perubahan dan juga sumber daya guna mendorong Posbindu sebagai Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dan dilaksanakan berdasarkan kapasitas serta kebutuhan masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Kementerian Kesehatan tahun 2023 berkomitmen untuk melakukan transformasi kesehatan guna memperkuat sistem kesehatan di Indonesia. Salah satu dari 6 pilar utama transformasi kesehatan adalah transformasi layanan primer. Berdasarkan Kepmenkes RI Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 mengenai petunjuk teknis integrasi pelayanan kesehatan primer, dijelaskan mengenai pelayanan kesehatan primer bertujuan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan sepanjang siklus hidup, dengan aksesibilitas dan keterjangkauan bagi individu, keluarga, dan masyarakat. Pelaksanaan pelayanan kesehatan primer dilakukan dengan adanya integrasi di Puskesmas, jejaring, dan jaringan pelayanan kesehatan primer lainnya (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Transformasi pelayanan kesehatan primer dilakukan dengan pendekatan yang meliputi edukasi kesehatan, pencegahan pada tahap awal, pencegahan pada tahap lanjutan, serta penguatan kapasitas dan kapabilitas layanan kesehatan primer (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Pengaturan struktur pelayanan kesehatan primer memerlukan strategi baru dengan fokus pada kebutuhan layanan sepanjang siklus kehidupan dengan menyeluruh dan terkoordinasi antar

tingkat fasilitas pelayanan kesehatan. Metode tersebut dikenal dengan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer, yang mencakup Posyandu, Puskesmas, dan unit pelayanan kesehatan tingkat desa atau kelurahan (Puskesmas Pembantu). Selain itu, seluruh fasilitas pelayanan kesehatan primer di masyarakat juga akan dilibatkan (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Integrasi pelayanan kesehatan primer mencakup beberapa pola kerja, di antaranya yaitu integrasi pelayanan kesehatan primer di Puskesmas, Puskesmas Pembantu, dan Posyandu. Posyandu adalah salah satu bentuk LKD/K (Lembaga Kemasyarakatan Desa atau Kelurahan) yang memiliki fungsi sebagai sarana keterlibatan masyarakat dan berperan dalam mendukung lurah atau kepala desa dalam bidang pelayanan kesehatan serta sektor lainnya berdasarkan kebutuhan. Dalam penerapan integrasi pelayanan kesehatan primer, penataan posyandu berbasis program seperti Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), remaja, lansia, dan posbindu PTM akan terintegrasi menjadi posyandu yang melayani seluruh siklus hidup (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

B. Kebijakan Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Penyakit Tidak Menular (PTM) yang di antaranya yaitu diabetes, hipertensi, penyakit jantung, serta kanker ialah penyebab kematian utama di Indonesia. Sehingga, PTM menjadi tantangan signifikan bagi kesehatan masyarakat di Indonesia. Untuk mengatasi hal ini, pemerintah telah menetapkan berbagai kebijakan dan peraturan pengendalian PTM yang komprehensif. Adapun beberapa kebijakan pengendalian PTM di Indonesia, yaitu sebagai berikut:

1. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020, Pemerintah telah menyusun Rencana

Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan periode 2020-2024. Renstra ini menekankan penguatan upaya promotif dan preventif dalam pengendalian PTM, termasuk peningkatan deteksi dini dan manajemen faktor risiko di layanan kesehatan primer (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

2. Program Nasional Pengendalian PTM

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah menginisiasi program nasional yang fokus pada pencegahan dan pengendalian PTM melalui promosi kesehatan, deteksi dini, dan manajemen kasus. Salah satu implementasinya adalah adanya Posbindu PTM yang berperan dalam *skrining* dan pemantauan faktor risiko PTM di masyarakat (Arifin, Setyawan, & Warella, 2021).

3. Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM)

Posbindu PTM (Pos Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular) merupakan program yang dirancang untuk melibatkan peran serta masyarakat dalam pencegahan dan deteksi dini faktor risiko Penyakit Tidak Menular (PTM). Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya gaya hidup sehat serta membantu mengidentifikasi faktor risiko secara dini agar dapat dilakukan intervensi yang tepat waktu (Kusuma, Fatmawati dan Mafticha, 2020).

4. Integrasi Layanan Kesehatan

Pemerintah berupaya mengintegrasikan layanan kesehatan PTM ke dalam sistem pelayanan kesehatan primer, seperti Puskesmas, untuk memastikan akses yang lebih luas dan pelayanan yang komprehensif bagi masyarakat. Keputusan Menteri Kesehatan Republik

Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 mengenai Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer memiliki tujuan guna memperkuat layanan kesehatan primer di Indonesia.

Kebijakan ini dirancang untuk memastikan akses yang lebih luas, pelayanan yang komprehensif, dan efisiensi dalam sistem kesehatan. Integrasi layanan kesehatan primer dilakukan melalui penguatan Puskesmas sebagai pusat pelayanan utama dengan peningkatan kapasitas sumber daya manusia, sarana, dan prasarana. Jejaring pelayanan juga dibangun dengan fasilitas kesehatan lain, seperti klinik, praktik mandiri, dan rumah sakit, guna mendukung sistem rujukan yang optimal.

Pendekatan berbasis masyarakat menjadi komponen penting, melibatkan masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan untuk meningkatkan partisipasi dan kepemilikan terhadap program tersebut. Selain itu, sistem informasi kesehatan terintegrasi dikembangkan untuk mendukung pengambilan keputusan berbasis data dan pemantauan pelayanan secara berkelanjutan. Implementasi kebijakan ini juga didukung oleh pelatihan tenaga kesehatan, supervisi dan evaluasi berkala, serta penyediaan sumber daya yang memadai, termasuk obat-obatan, alat kesehatan, dan pendanaan.

Dengan pelaksanaan kebijakan ini, diharapkan pelayanan kesehatan primer di Indonesia dapat lebih terstruktur, terkoordinasi, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat, mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Kebijakan ini menjadi langkah strategis dalam memastikan bahwa seluruh

lapisan masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkelanjutan.

Adapun **langkah implementasi** dari integrasi layanan kesehatan, yaitu:

- a. **Penguatan kapasitas Puskesmas** yang dilengkapi dengan fasilitas, alat diagnostik, dan pelatihan tenaga kesehatan untuk menangani deteksi dini, diagnosis, dan tatalaksana PTM seperti diabetes, hipertensi, dan kanker.
- b. **Penerapan sistem rujukan berjenjang**, di mana sistem ini memastikan bahwa kasus PTM yang kompleks dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan sekunder dan tersier dengan lebih efisien.
- c. **Integrasi skrining dalam program rutin**, seperti pemeriksaan gula darah, tekanan darah, dan kanker serviks melalui IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat), dilakukan secara berkala di Puskesmas. Hal ini mendorong deteksi dini dan pengendalian faktor risiko PTM.
- d. **Digitalisasi dan sistem informasi**, penggunaan teknologi informasi seperti aplikasi SISROUTE (Sistem Informasi Rujukan Terpadu) mendukung integrasi data pasien PTM, mempermudah koordinasi antara fasilitas kesehatan primer dan sekunder.

5. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan

SPM menetapkan indikator layanan kesehatan yang harus dipenuhi oleh pemerintah daerah, termasuk skrining faktor risiko PTM pada kelompok usia tertentu, guna memastikan deteksi dini dan penanganan yang tepat (Wahidin, Agustiya dan Putro, 2023). Permenkes RI Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan

Standar Pelayanan Minimal Kesehatan (Permenkes No. 6/2024) merupakan pembaruan dari Permenkes No. 4 Tahun 2019. Peraturan ini ditetapkan pada 3 April 2024 dan mulai berlaku pada 16 April 2024.

Permenkes No. 6/2024 bertujuan untuk menetapkan standar teknis dalam pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dalam bidang kesehatan wajib diterapkan oleh pemerintah daerah, baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota. SPM Kesehatan ialah ketentuan tentang pembagian jenis dan mutu pelayanan dasar yang berhak didapatkan oleh setiap warga negara secara minimal.

Jenis pelayanan dasar yang diatur dalam SPM Kesehatan yaitu sebagai berikut:

- Layanan kesehatan untuk ibu hamil
- Layanan kesehatan untuk ibu yang melahirkan
- Layanan kesehatan untuk bayi yang baru lahir
- Layanan kesehatan untuk anak balita
- Layanan kesehatan untuk anak usia pendidikan dasar
- Layanan kesehatan untuk usia produktif dan usia lanjut
- Layanan kesehatan untuk penderita hipertensi
- Layanan kesehatan untuk penderita diabetes melitus
- Layanan kesehatan untuk individu dengan gangguan jiwa berat
- Layanan kesehatan untuk penderita tuberkulosis
- Layanan kesehatan untuk individu dengan risiko HIV
- Layanan kesehatan pada kondisi kejadian luar biasa

Implementasi SPM Kesehatan di berbagai daerah menghadapi tantangan, seperti keterbatasan sumber daya manusia, infrastruktur, dan pendanaan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa beberapa indikator

pelayanan kesehatan belum mencapai target yang ditetapkan. Misalnya, studi di Puskesmas Simalingkar, Medan, menunjukkan bahwa meskipun semua indikator pelayanan telah dilaksanakan, beberapa di antaranya belum memenuhi persyaratan SPM secara optimal.

Selain itu, penelitian lain mengidentifikasi bahwa enam indikator pelayanan, termasuk pelayanan kesehatan ibu hamil dan balita, belum memenuhi target SPM di beberapa Puskesmas. Permenkes No. 6 Tahun 2024 menetapkan standar teknis yang harus dipenuhi oleh pemerintah daerah dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat. Meskipun implementasinya menghadapi berbagai tantangan, upaya perbaikan terus dilakukan, termasuk melalui pengembangan sistem informasi untuk monitoring dan evaluasi, guna memastikan bahwa setiap warga negara memperoleh layanan kesehatan yang layak berdasarkan dengan standar yang telah ditentukan.

C. Analisis Kebijakan Pengendalian Penyakit Tidak Menular

1. Komunikasi

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 mengenai Standar Teknis Pemenuhan SPM Kesehatan, pada pelayanan kesehatan pada usia produktif bentuk komunikasi yang dilakukan untuk pengendalian penyakit tidak menular berupa penyediaan pedoman dan media KIE minimal terdiri dari 1 media KIE tentang penyakit tidak menular sebagai media untuk memberikan edukasi tentang PTM kepada penerima pelayanan (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Menurut teori dari Edward III dalam jurnal Roesli dan Bachtiar, Komunikasi berhubungan dengan cara mengkomunikasikan kebijakan kepada organisasi dan bagaimana pihak yang terlibat bersikap dan memberi tanggapan. Terdapat tiga hal yang perlu ditinjau dalam komunikasi, yaitu transformasi (informasi yang diberikan oleh pembuat kebijakan kepada pihak terkait), kejelasan (informasi yang diberikan jelas dan mudah dipahami) dan konsistensi (informasi yang diutarakan harus konsisten dan jelas) (Roeslie and Bachtiar, 2018).

Penelitian yang dilaksanakan di Puskesmas Kampung Baru yang dilakukan oleh Bascin dan Sidabukke menunjukkan bahwa keberhasilan komunikasi yang disampaikan oleh petugas berupa sosialisasi dan penyuluhan kepada sasaran sudah jelas dan baik, dilihat dari kehadiran sasaran yang datang ketika program Posbindu PTM dilaksanakan, namun terdapat ketidakselarasan waktu antara petugas dan masyarakat di mana waktu kegiatan Posbindu PTM berbarengan dengan kesibukan sasaran (Bascin and Sidabukke, 2020). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Sudareun, dkk bahwa kurangnya kemampuan komunikasi, karena para pelaksana program posbindu PTM belum menerima pelatihan yang efektif, maka saat di lapangan tidak spesifik dalam memberikan penjelasan kepada kader dan penerima layanan, hanya memberikan sosialisasi yang diperoleh dari Dinas Kesehatan. Selain itu didapati kendala dalam proses komunikasi, yaitu banyaknya masyarakat yang belum mengenal sepenuhnya tujuan dan program dari Posbindu PTM, sehingga dalam pelaksanaannya mirip dengan Posyandu Lansia (Sudareun, Mirawati and Fikri, 2020).

Penyerapan yang efektif sesuai dengan tujuan program dapat dicapai melalui komunikasi yang efektif. Hal ini dapat dicapai dengan baik jika pihak yang terlibat mengetahui tugas mereka dan lebih memperhatikan penyajian informasi selama proses komunikasi (Sudareun, Mirawati and Fikri, 2020).

2. Sumber Daya

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 tahun 2015 tentang penanggulangan penyakit tidak menular, untuk menanggulangi PTM pemerintah pusat dan pemerintah daerah memastikan ketersediaan sumber daya (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Implementasi kebijakan sebaiknya ditunjang dengan sumber daya yang baik, seperti sumber daya manusia, anggaran dan fasilitas kesehatan (Roeslie and Bachtar, 2018).

Sumber daya sangat dibutuhkan dalam melaksanakan proses kegiatan untuk kelancaran saat kegiatan dilakukan secara langsung. SPM kesehatan diatur untuk meyakinkan ketersediaan layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat karena sumber daya pemerintah daerah di Indonesia tidak memiliki kemampuan yang sama untuk menangani masalah kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Sumber daya manusia yang dibutuhkan berdasarkan PERMENKES RI Nomor 6 Tahun 2024 terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat, tenaga gizi, tenaga kesehatan masyarakat) dan kader kesehatan terlatih dan mempunyai kompetensi tertentu. Fasilitas berupa alat kesehatan, yang digunakan untuk pengendalian penyakit tidak menular terintegrasi dengan pengadaan sarana dan prasarana skrining PTM

(Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Dalam pendanaan, untuk melengkapi kebutuhan kesehatan secara keseluruhan guna mencapai target sasaran dapat berasal dari APBN, baik melalui Rupiah Murni, Pendapatan Nasional Bukan Pajak (PNBP), Pinjaman dan/atau Hibah Luar Negeri (PHLN), atau melalui sumber atau program lain seperti Kerja sama Pemerintah dan Badan Usaha (KPBU) dan *Corporate Social Responsibility* (CSR) (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sudareun, dkk, belum cukup baik dalam pelaksanaan sumber daya karena kekurangan anggota pelaksana posbindu PTM yang disebabkan petugas mempunyai tugas rangkap di Puskesmas, kurangnya upaya pemerintah untuk mencapai target dan masyarakat yang masih malas, malu dan enggan dalam melakukan pengecekan kesehatan pada program Posbindu PTM. Untuk fasilitas berupa alat kesehatan sudah sesuai dengan SOP dinas kesehatan dan memiliki peralatan yang lengkap untuk digunakan pada saat di lapangan (Sudareun, Mirawati and Fikri, 2020).

3. Disposisi

Disposisi merupakan sikap yang dimiliki oleh pelaksana kebijakan seperti mendukung komitmen, acuh tak acuh atau menolak kebijakan (Roeslie and Bachtiar, 2018). Didalam petunjuk teknis Pos Pembinaan Terpadu bagi Kader terdapat pedoman sikap yang perlu dilakukan kepada kelompok sasaran kegiatan, salah satunya adalah dengan memberi kesan yang baik setelah melakukan wawancara kepada kader (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Penelitian yang dilakukan di Puskesmas Kampung Baru dalam disposisi atau sikap sangat menunjang kegiatan program Posbindu PTM, karena kebanyakan kelompok sasaran ingin mengikuti kegiatan rutin Posbindu PTM setiap bulannya dikarenakan sikap yang baik dari petugas terhadap kelompok sasaran. Adapun karena adanya kesibukan masyarakat yang berbarengan dengan pelaksanaan kegiatan posbindu PTM membuat beberapa masyarakat yang tidak ikut andil (Bancin and Sidabukke, 2020).

Dalam penelitian Sudareun, dkk menyatakan sikap pelaksana sudah baik dan ramah, hal ini dapat dilihat dari petugas posbindu PTM yang sudah sesuai dengan tugas dan tupoksinya masing-masing (Sudareun, Mirawati and Fikri, 2020). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Khoiruzzad dan Junaidi, bahwa perilaku petugas sudah sesuai dengan pedoman program GERMAS di lingkungan Puskesmas yang mencakup memberikan instruksi terus-menerus, menyelesaikan masalah yang diusulkan oleh sasaran dan memberikan solusi untuk masalah yang muncul (Khoiruzzad and Junaidi, 2023).

4. Struktur Birokrasi

Edward III dalam teorinya menekankan betapa krusialnya struktur birokrasi dalam mendukung pelaksanaan suatu kebijakan. Perencanaan sebuah program tidak bisa lepas dari aspek birokrasi, karena program tersebut harus dijalankan sesuai dengan arahan yang ditetapkan oleh peraturan yang berlaku. Dengan demikian, struktur birokrasi memainkan peran penting sebagai penentu dalam memastikan kelancaran dan optimalitas operasional program.

Di Indonesia, implementasi kebijakan terkait penyakit tidak menular di beberapa Puskesmas telah menunjukkan hasil yang positif. Ini dapat dilihat dari tersedianya Standard Operasional Prosedur (SOP) sebagai panduan untuk pelaksanaan kegiatan Posbindu PTM, serta adanya pertanggungjawaban yang dilakukan oleh petugas melalui laporan bulanan tentang kegiatan tersebut kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Selain itu, sistem pencatatan dan pelaporan pun telah memenuhi SOP yang ditetapkan (Sudracun, Wati, dan Fikri, 2020).

Namun, masih terdapat beberapa Puskesmas yang belum memiliki struktur organisasi yang tertulis. Hal ini terlihat dari ketiadaan SOP untuk Posbindu PTM, belum dibuatnya SK untuk pembentukan Posbindu PTM, dan pembagian tugas serta tanggung jawab kader yang belum optimal dalam layanan identifikasi faktor risiko PTM dan konseling. Selain itu, supervisi juga belum dilaksanakan secara efektif (Pranandari, Arso, dan Fatmasari, 2017).

5. Kepemimpinan

Kepemimpinan yang efektif memainkan peran krusial dalam keberhasilan pelaksanaan program Posbindu PTM. Sebuah penelitian mengenai implementasi kebijakan pencegahan penyakit tidak menular di salah satu Puskesmas menunjukkan bahwa komitmen dan motivasi pimpinan serta dedikasi petugas kesehatan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan program ini. Pemimpin yang proaktif dalam memberikan arahan, dukungan, dan supervisi terbukti mampu meningkatkan kinerja program serta tingkat partisipasi masyarakat dalam kegiatan Posbindu PTM (Syahputri, 2023).

Lebih jauh, kepemimpinan yang responsif terhadap kebutuhan lokal memiliki kemampuan untuk menyesuaikan strategi program berdasarkan karakteristik dan kondisi sosial masyarakat setempat, yang tentu saja mendukung efektivitas program di lapangan. Dari pengamatan di lapangan, pimpinan yang mampu beradaptasi dengan tantangan yang ada dan memotivasi timnya dengan baik dapat menciptakan sinergi yang kuat, yang pada gilirannya memperkuat pelaksanaan program kesehatan ini di masyarakat.

6. Kolaborasi

Kolaborasi antara berbagai pemangku kepentingan, seperti pemerintah daerah, sektor swasta, dan masyarakat, memainkan peran krusial dalam meningkatkan keberhasilan implementasi program Posbindu PTM. Berdasarkan penelitian yang dilakukan di beberapa daerah, keterlibatan aktif masyarakat dan kerja sama lintas sektor terbukti memperkuat efektivitas program kesehatan ini. Kolaborasi yang solid memungkinkan mobilisasi sumber daya yang lebih efisien, meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya pencegahan penyakit tidak menular, serta mendukung deteksi dini faktor risiko PTM. Lebih lanjut, dukungan dari pemerintah daerah dalam bentuk regulasi yang mendukung serta pendanaan yang cukup sangat berperan dalam memperkuat pelaksanaan program ini. Sejumlah studi lapangan menunjukkan bahwa tanpa adanya koordinasi yang baik antara berbagai pihak, pelaksanaan program cenderung terhambat, baik dalam hal aksesibilitas maupun kualitas layanan yang diberikan kepada masyarakat (Mahdur and Sulistiadi, 2020).

D. Rekomendasi Perbaikan Kebijakan

Berikut adalah rekomendasi komprehensif untuk perbaikan kebijakan pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) di Indonesia:

1. Membuat gaya hidup sehat regulasi untuk mengurangi konsumsi gula, garam, dan lemak, seperti cukai pada minuman manis atau pembatasan iklan makanan tidak sehat.
2. Perluas program skrining faktor risiko PTM, seperti hipertensi dan diabetes, melalui Puskesmas dan Posbindu PTM, serta masukkan ke dalam layanan wajib yang didukung anggaran pemerintah.
3. Peningkatan kapasitas Puskesmas dari segi sumber daya manusia, alat kesehatan, dan fasilitas di Puskesmas untuk mendukung manajemen PTM yang lebih baik.
4. Peningkatan kolaborasi antar sektor untuk menunjang kegiatan pengendalian PTM.
5. Peningkatan sosialisasi dan edukasi terkait pencegahan penyakit tidak menular.
6. Melakukan kegiatan Posyandu secara mobile untuk memperluas jangkauan skrining kesehatan kepada masyarakat.
7. Kolaborasi dengan pemegang kebijakan dalam menambah jumlah sumber daya manusia guna pelaksanaan integrasi pelayanan kesehatan primer.
8. Evaluasi dan supervisi yang berkelanjutan, serta peningkatan pendidikan dan penyuluhan kepada masyarakat terutama mengenai penyakit tidak menular.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin, A.Z., Setyawan, S.H., & Warella, Y. (2021). Manajemen Pelaksanaan Program Pos Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) di Puskesmas Sine Kabupaten Ngawi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (JKM)*, 9(1), 89-94.
- Bancin, D. R. and Sidabukke, I. (2020) 'Analisis Implementasi Program Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu Ptm) Dengan Menggunakan Teori Wlliam C Edward Di Puskesmas Kampung Baru Tahun 2020', *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 6(2), pp. 625–639.
- Fitri, S. U. R. *et al.* (2023) 'Pemberdayaan Kader dalam Upaya Pencegahan dan Pengenalan Faktor Resiko Penyakit Tidak Menular (PTM)', *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 6(7), pp. 2636–2647. doi: 10.33024/jkpm.v6i7.9835.
- Kartadarma and Purnomo, H. (2024) 'Implementasi Program Posbindu Penyakit Tidak Menular', *Ensiklopedia of Journal*, 6(3), pp. 57–63.
- Kemenkes RI. (2022). *Sistem Informasi Rujukan Terpadu untuk Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi.
- Kementerian Kesehatan RI (2015). Peraturan Menteri Kesehatan RI No 71 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular.
- Kementerian Kesehatan RI (2019) *Petunjuk teknis Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) bagi kader*.
- Kementerian Kesehatan RI (2023) 'Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 Tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer'.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023) *Laporan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Tahun 2023*. Kementerian Kesehatan RI (2020) “Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.”

Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Strategi Integrasi Layanan PTM ke Puskesmas: Evaluasi dan Tantangan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Kementerian Kesehatan RI (2024) ‘Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 6 Tahun 2024 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan.

Khoiruzzad, A. and Junaidi, S. (2023) ‘Program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) di Wilayah Kerja Puskesmas Sumber Kabupaten Rembang’, *Sports Collaboration Journal (SCJ)*, 1(1), p. 17.

Kusuma, Y.L. hadi, Fatmawati, A. dan Mafticha, E. (2020) *Pedoman Penyelenggaraan Pos Pembinaan Terpadu- Penyakit Tidak Menular (POSBINDU-PTM) Dengan Pendanaan Dana Desa, STIKes Majapahit*.

Mahdur, R. R. and Sulistiadi, W. (2020) ‘Evaluasi Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM)’, *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 12(1), pp. 43–48. doi: 10.52022/jikm.v12i1.55.

Pranandari, L. L., Arso, S. P. and Fatmasari, E. Y. (2017) ‘Analisis Implementasi Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu Ptm) Di Kecamatan Banguntapan Kabupaten Bantul’, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(4), pp. 1–23.

Roeslie, E. and Bachtiar, A. (2018) ‘Analisis Persiapan Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga

(Indikator 8: Kesehatan Jiwa) di Kota Depok Tahun 2018', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia (JKKI) or Indonesian Journal of Health Policy*, 07(02), pp. 64–73.

Sudareun, Mirawati and Fikri, Z. (2020) 'Implementasi Kebijakan Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) Di Puskesmas Sinar Baru Pada Tahun 2018', *JIAP (Jurnal Ilmu Administrasi Publik)*, 8(2), p. 368.

Sudracun, S., Wati, M. and Fikri, Z. (2020) 'Implementasi Kebijakan Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) Di Puskesmas Sinar Baru Pada Tahun 2018', *JIAP (Jurnal Ilmu Administrasi Publik)*, 8(2), p. 368. doi: 10.31764/jiap.v8i2.2738.

Sumampouw, O. J., Pinontoan, O. R. and Nelwan, J. E. (2023) 'Edukasi dan Promosi Kesehatan dalam Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular', *Jurnal Pengabdian Masyarakat Bangsa*, 1(9), pp. 2081–2087. doi: 10.59837/jpmba.v1i9.471.

Sumarni, D., & Rahmawati, A. (2023). Integrasi Layanan Primer dan PTM: Perspektif Pelayanan Kesehatan di Indonesia. *Jurnal Epidemiologi Indonesia*, 8(2), 78-89.

Syahputri, R. A. D. (2023) 'Implementasi Kebijakan Pencegahan Penyakit Tidak Menular Melalui Program Posbindu Ptm Di Puskesmas Minasa Upa Tahun 2023, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 13(1), pp. 104–116.

Wahidin, M., Agustiya, R.I. dan Putro, G. (2023) "Beban Penyakit dan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Indonesia," *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*, 6(2).

Vilasari, D. *et al.* (2024) 'Peran Promosi Kesehatan Dalam Meningkatkan Kesadaran Masyarakat Terhadap Penyakit Tidak Menular (PTM): Studi Literatur', *Jurnal Kolaboratif Sains*, 7(7), pp. 2635–2648. doi: 10.56338/jks.v7i7.5626.

BIODATA PENULIS



Ayu Riana Sari, S.KM., M.Kes, dilahirkan di Banjarmasin pada tanggal 30 Desember 1989 sebagai anak ke-1 dari dua bersaudara dari pasangan H. Riza Azwari dan Hj. Nurhayati. Saat ini bertempat tinggal di Jln. Jahri Saleh Gg. Keluarga Banjarmasin. Pendidikan sarjana di tempuh di Program Studi Kesehatan Masyarakat, lulus tahun 2011.

Pada tahun 2014, diterima di Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya, dan menamatkan pada tahun 2018. Melanjutkan pendidikan doktor pada program pascasarjana doktor ilmu kedokteran dan kesehatan Universitas Lambung Mangkurat pada tahun 2022.

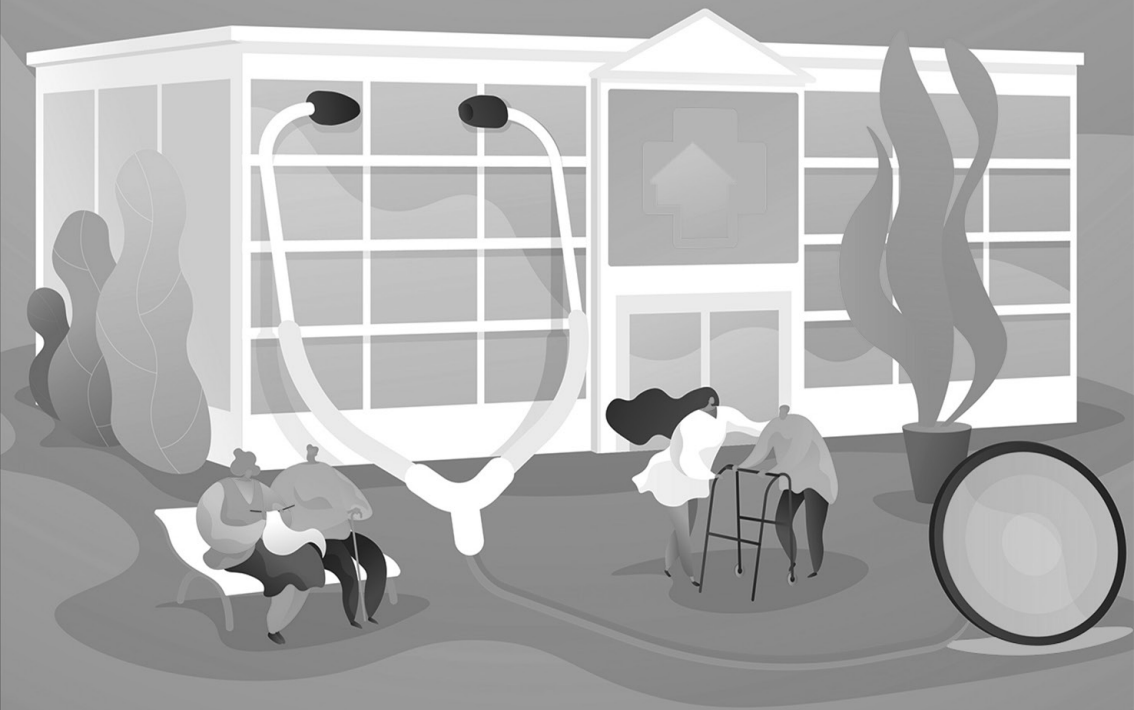
Bergabung dengan Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat mulai 1 Agustus 2011 sampai sekarang. Sampai saat ini, aktif menjadi dosen dan melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi. *Organizational Experience:* pernah menjadi pengelola *Public Health Education Unit* (PHEU) PSKM FK ULM, Pengelola Program Merdeka Belajar Kampus Merdeka (MBKM) PSKM FK ULM, Pengelola *Medical and Health Science Education Unit* (MHSEU) Fakultas Kedokteran ULM. *Course Experience:* pernah mengikuti Workshop Penyusunan dan Penerbitan Buku Ajar Tahun 2022 diselenggarakan oleh Lembaga Peningkatan dan Pengembangan Pembelajaran (LP3) Universitas Lambung Mangkurat, Training Pembiayaan dan Belanja Kesehatan Strategis Tahun 2021 diselenggarakan oleh PAMJAKI, Workshop *Blended Learning* Tahun 2019 diselenggarakan oleh Lembaga Peningkatan

dan Pengembangan Pembelajaran (LP3) Universitas Lambung Mangkurat.

Dosen dan Peneliti Pada Bidang Kesehatan Masyarakat.

Research Experience: Pernah menjadi *enumerator preparation plan (master plan) survey of health care needs of Banjarbaru City 2011-2015* dan pernah menjadi enumerator survey nasional pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba (pada kelompok pekerja) di 33 provinsi tahun 2012. Pengalaman karya tulis ilmiah adalah faktor risiko penyakit chikungunya di Desa Mandikapau Timur Kabupaten Banjar 2010 dan analisis pengaruh koordinasi intraorganizational terhadap kinerja Puskesmas dalam program pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita (studi di Puskesmas Kabupaten Banjar). *Youth river cadres as an efforts to improve clean and healthy behavior in the floating market environment* (2019). Tata Kelola Riset Fasilitas Kesehatan Integrasi dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (2019). Partisipasi Pedagang Di Pasar Terapung Dalam Manajemen Sampah (2020). *Analysis Quality of Information, Quality Of The System, and Behavior of Seeking Information Toward System User Satisfaction for Information of COVID-19* (2020). Hubungan Faktor Budaya dan Dukungan Keluarga Dengan Keputusan Pemberian ASI Eksklusif Pada Ibu Hamil (2020). *Role of Cadre in Improving Knowledge and Attitude of Chronic Energy Deficiency on Teenagers in Mali-Mali Village, Banjar Regency, South Kalimantan, Indonesia* (2021). Kajian Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Program CSR PT. Adaro Indonesia Tahun 2021 dan Social Mapping Desa Operasional di enam Kabupaten yaitu Balangan, Tabalong, Hulu Sungai Utara, Barito Timur, Barito Selatan, dan Barito Kuala di Provinsi Kalimantan Selatan (2022). Kajian Need dan Demand Dalam Pelayanan Kesehatan Bagi Para Disabilitas Kota Banjarbaru (2022)

Community Experience: Pendampingan Tata Kelola Program Kesehatan Di Kabupaten Kayong Utara Kerja sama Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Dengan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (2019). Pendampingan Tata Kelola Program Kesehatan Di Kabupaten Kayong Utara Tahun ke-2 Kerja sama Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Dengan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (2020). Pendampingan Tata Kelola Program Kesehatan Di Kabupaten Tabalong Kerja sama Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Dengan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (2021). Penanggulangan Rendahnya Konsumsi TTD Remaja Putri Melalui Penyuluhan dan Pembentukan Duta Remaja (2021). Pengetahuan dan Sikap Remaja Putri Desa Aluh-Aluh Besar Mengenai COVID-19 (2021). Upaya Penyehatan Lingkungan di Jabal Diamond Horse Riding Banjarbaru (2022). Giat CERDIK Sebagai Upaya Pengendalian Hipertensi Pada Masyarakat Desa Sungai Cuka Kecamatan Satui Kabupaten Tanah Bumbu Provinsi Kalimantan Selatan (2022).



Bab 5

Analisis Kebijakan Kesehatan Mental

Dr. Arih Diyaning Intiasari, S.KM, M.PH.

A. Isu Kesehatan Mental

Kesehatan mental di Indonesia menjadi perhatian yang semakin penting. Beberapa tantangan yang dihadapi termasuk kurangnya pemahaman dan stigma terhadap gangguan mental, serta keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan mental. Namun, kesadaran akan pentingnya kesehatan mental terus meningkat, dan banyak inisiatif bermunculan untuk memberikan dukungan dan edukasi. Ada juga layanan konseling daring dan komunitas pendukung yang bisa diakses untuk membantu mereka yang membutuhkan.

Media sosial memainkan peran ganda dalam hal kesehatan mental, termasuk dalam upaya menekan angka bunuh diri. Di satu sisi, media sosial dapat memberikan dukungan emosional, menghubungkan orang-orang dengan komunitas, dan menyediakan akses ke informasi dan sumber daya kesehatan mental. Ada juga kampanye kesadaran dan inisiatif seperti hashtag yang menyebarkan pesan harapan dan dukungan. Namun, penting untuk berhati-hati terhadap konten negatif atau pemicu yang juga dapat tersebar di media sosial.

Kebijakan pemerintah sebaiknya fokus pada beberapa area kunci. Pertama, regulasi dan pengawasan konten untuk memastikan informasi tentang kesehatan mental yang akurat dan mencegah penyebaran stigma atau misinformasi. Kedua, kampanye kesadaran publik untuk mengedukasi masyarakat mengenai gangguan mental dan pentingnya dukungan. Ketiga, kolaborasi dengan platform media sosial untuk menciptakan alat pelaporan dan intervensi yang efektif terhadap konten yang berpotensi merugikan. Terakhir, meningkatkan akses ke layanan kesehatan mental yang terjangkau dan berkualitas, sehingga masyarakat lebih sadar dan terbuka untuk mencari bantuan.

Beberapa jenis gangguan kesehatan mental yang sering dijumpai pada masyarakat adalah:

1. **Stress** adalah keadaan ketika seseorang mengalami tekanan yang sangat berat baik secara emosi maupun mental, tidak hanya mempengaruhi psikologi penderitanya tetapi juga berdampak kepada cara bersikap dan kesehatan fisik penderita. Stres dapat menimbulkan beberapa masalah kesehatan sebagai berikut: gangguan tidur, kelelahan, sakit kepala, sakit perut, nyeri dada, nyeri atau tegang pada otot, penurunan gairah seksual, obesitas, hipertensi, diabetes dan gangguan jantung. Selain itu ada pula gangguan Stress Pasca Trauma (PTSD) yang terjadi setelah seseorang mengalami peristiwa traumatis.
2. **Skizofrenia** adalah gangguan mental serius yang ditandai oleh hilangnya kontak dengan realitas. Gejala umum meliputi: a) Halusinasi: Mendengar, melihat, atau merasakan hal-hal yang tidak ada. b) Delusi: Keyakinan yang salah dan tidak realistis. c) Pikiran kacau: Kesulitan berpikir secara logis dan terorganisir.
3. **Gangguan Kecemasan (*Anxiety*)**: kondisi psikologis ketika seseorang mengalami rasa cemas berlebihan secara konstan dan sulit dikendalikan, sehingga berdampak buruk terhadap kehidupan. Gangguan kecemasan ditandai dengan perasaan cemas atau takut yang berlebihan dan terus-menerus, bahkan ketika tidak ada ancaman nyata. Beberapa jenis gangguan kecemasan meliputi:
 - a. Gangguan panik: Serangan panik yang tiba-tiba dan intens. Fobia spesifik: Ketakutan yang berlebihan terhadap objek atau situasi tertentu
 - b. Gangguan kecemasan sosial: Ketakutan yang intens dalam situasi sosial.

- c. Gangguan obsesif-kompulsif (OCD): Pikiran obsesif yang berulang dan perilaku kompulsif untuk mengurangi kecemasan.
- 4. **Depresi:** gangguan suasana hati yang menyebabkan penderitanya terus menerus merasa sedih dalam periode waktu yang lama dan mengakibatkan munculnya gejala gangguan psikologis.
- 5. **Gangguan makan** melibatkan pola makan yang tidak sehat dan obsesi dengan berat badan. Contohnya: Penolakan untuk makan dan berat badan yang sangat rendah (*Anoreksia Nervosa*), siklus makan berlebihan diikuti oleh muntah atau penggunaan obat pencakar (*Bulimia Nervosa*) dan perilaku makan dalam jumlah besar dalam waktu singkat (*Binge Eating Disorder*).

Masalah kesehatan mental yang terjadi dimasyarakat dapat dipicu oleh riwayat keluarga dengan gangguan mental maupun ketidakseimbangan fisiologis tubuh. Namun demikian faktor lingkungan seperti trauma pengasuhan, stress kronis dan dukungan sosial yang lemah merupakan determinan penting dalam peningkatan prevalensi angka gangguan kesehatan mental pada masyarakat.

Indonesia National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS), survei kesehatan mental nasional pertama yang mengukur angka kejadian gangguan mental pada remaja 10 – 17 tahun di Indonesia, menunjukkan bahwa satu dari tiga remaja Indonesia memiliki masalah kesehatan mental sementara satu dari dua puluh remaja Indonesia memiliki gangguan mental dalam 12 bulan terakhir. Angka ini setara dengan 15,5 juta dan 2,45 juta remaja. Remaja dalam kelompok ini adalah remaja yang terdiagnosis dengan gangguan mental sesuai dengan panduan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Edisi Kelima

(DSM-5) yang menjadi panduan penegakan diagnosis gangguan mental di Indonesia. Survei ini juga menunjukkan bahwa gangguan mental yang paling banyak diderita oleh remaja adalah gangguan cemas (gabungan antara fobia sosial dan gangguan cemas menyeluruh) sebesar 3,7%, diikuti oleh gangguan depresi mayor (1,0%), gangguan perilaku (0,9%), serta gangguan stres pasca-trauma (PTSD) dan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (ADHD) masing-masing sebesar 0,5%. Studi pemodelan menunjukkan peningkatan beban gangguan depresi dan kecemasan, yang masing-masing menyumbang lebih dari 60% gangguan mental di seluruh dunia di tahun 2020 sebesar 61,1% (56.9-65.0) dan 53,7% (48.8-59.1) dari tahun 1990 hingga 2019. Studi terbaru di negara-negara berpenghasilan rendah (HICs) menemukan bahwa pada remaja, tingkat depresi dan kecemasan telah meningkat lebih dari dua kali lipat selama beberapa dekade terakhir. Namun, pada kelompok usia yang lebih tua, tingkat ini mungkin tetap sama atau lebih rendah. Kebanyakan gangguan jiwa pertama kali muncul saat remaja. (Pham *et al.*, 2024)

Lebih dari setengah kasus gangguan mental dimulai pada usia 14 tahun, menurut Organisasi Kesehatan Dunia. Namun, sebagian besar kasus tidak teridentifikasi atau tidak diobati, yang berdampak pada pendidikan, sosialisasi, dan perilaku antisosial. Di kalangan remaja usia 10–24 tahun di negara-negara HIC, studi telah menunjukkan beban yang signifikan pada kesehatan mental masyarakat miskin, terutama pada wanita di AS, Kanada, dan Islandia. Namun, data tentang prevalensi dan faktor risiko mental gangguan pada anak-anak dan remaja di kelompok berpendapatan rendah dan menengah (LMIC) sangat sedikit; banyak LMIC tidak memiliki data apa pun tentang gangguan. Sebuah tinjauan menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental di kalangan remaja di negara berkembang dan berkembang berkisar antara 0%

hingga 28% untuk depresi dan 8% hingga 27% untuk kecemasan, sebanding dengan HIC. Namun, tidak banyak yang diketahui tentang bagaimana beban ini bervariasi berdasarkan gender, kondisi sosial, dan status ekonomi, khususnya, berdasarkan pendaftaran dan lingkungan sekolah (misalnya, perkotaan atau pedesaan). (Arafat *et al.*, 2022)

Ketika seseorang berada dalam kondisi mental yang ideal, mereka memiliki keyakinan bahwa mereka dapat mengatasi semua tekanan yang menyertai kehidupan sehari-hari. Selain itu, orang-orang memiliki kemampuan untuk bekerja secara produktif dan berkontribusi terhadap lingkungan mereka. Kesehatan mental, yang dianggap sebagai bagian kedua dari pengembangan, membutuhkan lebih banyak perhatian dan promosi. Pemerintah Indonesia memiliki tujuan untuk meningkatkan upaya kesehatan mental masyarakat. Pada tahun 2024, 90% orang Indonesia berusia lebih dari lima belas tahun yang berisiko mengalami gangguan kesehatan jiwa akan melakukan skrining dan akan menerima layanan kesehatan mental.

B. Intervensi Masalah Kesehatan Mental

Intervensi kebijakan kesehatan mental merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan mental secara lebih luas dan sistematis. Ranah-ranah ini saling terkait dan bekerja sama untuk menciptakan lingkungan yang lebih mendukung bagi kesehatan mental individu dan masyarakat. Intervensi kebijakan kesehatan mental yang efektif tidak hanya berfokus pada individu, tetapi juga pada keluarga, institusi, dan masyarakat secara keseluruhan. Masing-masing ranah memiliki karakteristik dan tantangan yang unik, sehingga memerlukan pendekatan yang berbeda. Ada 4 (empat) ranah intervensi kebijakan kesehatan mental sebagai berikut:

1. **Ranah Individu:** Intervensi pada tingkat individu bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, pengetahuan dan ketrampilan individu dalam menjaga kesehatan mental. Beberapa aktivitas intervensi yang dapat dilakukan adalah: a) Peningkatan akses layanan kesehatan mental. Yaitu dengan memastikan kesediaan layanan kesehatan mental yang berkualitas dan terjangkau di seluruh wilayah. Intervensi tersebut harus mendapatkan dukungan kemudahan akses bagi individu yang membutuhkan bantuan, termasuk pengembangan layanan tele-psikiatri secara *online*. b) Peningkatan upaya promosi dan literasi kesehatan mental dengan mendorong individu untuk menerapkan gaya hidup sehat, olahraga teratur, pola makan dan pola istirahat yang seimbang. c) Penyediaan informasi tentang kesehatan mental, gejala gangguan kesehatan mental dan cara pencegahannya secara akurat dan mudah dipahami.
2. **Ranah Keluarga:** Keluarga adalah pondasi kesehatan mental yang optimal. Keluarga memiliki peran yang signifikan dalam membentuk pondasi dalam perkembangan fisik, kognitif dan psikologis anak yang optimal. Perkembangan anak usia dini yang positif dapat menjadi bekal pembentukan sikap protektif dalam menghadapi permasalahan dan gangguan dimasa depan seseorang. Keluarga memiliki peran penting dalam mendukung kesehatan mental anggota keluarganya. Intervensi pada tingkat keluarga bertujuan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah kesehatan mental, memberikan dukungan, dan mencari bantuan yang diperlukan. Beberapa aktivitas penguatan keluarga dalam pencegahan kesehatan mental dapat

dilakukan melalui program pelatihan atau konseling keluarga, keluarga dapat belajar cara berkomunikasi yang efektif, mengatasi konflik, dan memberikan dukungan emosional. Intervensi pencegahan di ranah keluarga juga dapat dilakukan dengan pendekatan deteksi dini, yaitu pengadaan alat atau tools skrining sederhana yang dapat digunakan oleh keluarga untuk mengidentifikasi anggota keluarga yang berisiko mengalami gangguan mental.

3. **Ranah Institusi:** Intervensi masalah kesehatan mental dapat dilakukan melalui pendekatan institusi. Institusi sekolah, tempat kerja, dan rumah sakit memiliki peran penting dalam menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan mental. Pada Ranah sekolah, ada beberapa aktivitas yang dapat dilakukan, di antaranya adalah mengintegrasikan pendidikan kesehatan mental ke dalam kurikulum, menyediakan layanan konseling, dan menciptakan lingkungan belajar yang aman dan inklusif, pada tempat kerja dapat dilakukan upaya untuk menyediakan program kesejahteraan karyawan, seperti program manajemen stres dan dukungan emosional. *Upscale* intervensi pelayanan kesehatan mental di rumah sakit juga dapat dilakukan dengan meningkatkan kualitas layanan kesehatan mental di rumah sakit, termasuk perawatan yang lebih manusiawi dan mengurangi stigma.
4. **Ranah Masyarakat:** Intervensi pada tingkat masyarakat bertujuan untuk mengubah norma sosial dan mengurangi stigma terkait kesehatan mental. Kampanye kesadaran dapat dilakukan melalui media massa dan kegiatan komunitas dengan tujuan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan mental dan mengurangi stigma. Upaya pengembangan kebijakan

dapat dilakukan dengan mendorong pemerintah untuk membuat kebijakan yang mendukung kesehatan mental, seperti alokasi anggaran yang memadai dan integrasi layanan kesehatan mental ke dalam sistem kesehatan nasional. Aktivitas pemberdayaan masyarakat juga dapat dilakukan dengan pembentukan kelompok dukungan sebaya dan komunitas yang peduli dengan kesehatan mental.

C. Implementasi Kebijakan Kesehatan Mental di Indonesia dan Global

Isu kesehatan mental di tingkat nasional dan global semakin mengemuka dan menjadi perhatian pemerintah. Upaya dalam menekan kejadian gangguan kesehatan mental dilakukan dengan dukungan berbagai kebijakan dan program. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa menjadi landasan hukum utama dalam penyelenggaraan kesehatan jiwa di Indonesia. Undang-undang ini menggarisbawahi pentingnya upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam menjaga kesehatan jiwa masyarakat. Konten kebijakan tersebut berfokus pada upaya sebagai berikut:

- 1. Peningkatan Akses Layanan:** Pemerintah berupaya meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan jiwa melalui pembangunan fasilitas kesehatan, peningkatan jumlah tenaga kesehatan jiwa, dan pengembangan layanan telepsikiatri. Pemberian jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan jiwa oleh asuransi kesehatan sosial dan komersial menjadi kebutuhan mutlak masyarakat.
- 2. Pengurangan Stigma:** Kampanye-kampanye besar-besaran dilakukan untuk mengurangi stigma terhadap

gangguan jiwa. Tujuannya adalah agar masyarakat lebih terbuka dalam mencari bantuan dan tidak merasa malu atau takut untuk berbicara tentang masalah kesehatan mental.. Kampanye untuk menekan stigma dilakukan disetiap ranah intervensi kebijakan kesehatan mental'

3. **Integrasi Layanan:** Kesehatan jiwa diintegrasikan ke dalam layanan kesehatan primer dan rujukan sehingga masyarakat dapat dengan mudah mengakses layanan kesehatan jiwa di fasilitas kesehatan terdekat.
4. **Penguatan Peran Keluarga dan Masyarakat:** Keluarga dan masyarakat dilibatkan secara aktif dalam upaya promotif dan preventif kesehatan jiwa.
5. **Pengembangan Sumber Daya Manusia:** Pemerintah terus berupaya meningkatkan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan jiwa melalui pendidikan dan pelatihan.

Ada perbedaan yang signifikan antara kebutuhan perawatan dan ketersediaannya karena sistem kesehatan global dianggap belum cukup menanggapi beban gangguan mental. Sekitar 85 persen orang dengan gangguan mental yang parah di negara berkembang tidak menerima pengobatan untuk kondisi mereka. Selain itu, diketahui bahwa pengeluaran kesehatan mental setiap tahun masih rendah, yaitu kurang dari US\$ 2 per orang, dan bahwa jumlah tenaga kesehatan mental hanya 1 per 100.000 orang. Demikian juga di Indonesia, dengan berbagai aspek biologis, psikologis, dan sosial yang beragam dari populasinya, kemungkinan besar jumlah kasus gangguan jiwa akan terus meningkat. Oleh karena itu, penting bagi setiap negara untuk melakukan tindakan pencegahan dampak gangguan kesehatan mental ini. (Munira, Liamputtong and Viwattanakulvanid, 2023)

Pada level global banyak negara telah mengemas kebijakan intervensi program kesehatan dalam upaya menekan laju insiden

dan prevalensi gangguan jiwa atau mental. Berikut adalah beberapa kebijakan tersebut (Batterham *et al.*, 2022; Reinert, Nguyen and Fritze, 2022):

1. Australia. Ada rencana aksi nasional yang komprehensif untuk program pencegahan, promosi kesehatan mental dan rehabilitasi perawatannya
2. Kanada, melalui penerapan strategi kesehatan mental skala nasional yang bertujuan untuk meningkatkan akses ke layanan, mengurangi stigma dan mendapatkan dukungan pemulihan kesehatan jiwa
3. Inggris mempunyai program “*Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT)” yang mengedepankan inovasi terapi berbasis bukti untuk anxiety dan depresi. Tujuan IAPT adalah untuk meningkatkan akses terapi psikologis bagi masyarakat luas, mempercepat akses waktu tunggu untuk mendapatkan terapi, meningkatkan kualitas layanan dan mempromosikan pemulihan kesehatan mental dan menekan stigma negatif gangguan kesehatan mental.
4. Amerika Serikat meluncurkan sebuah undang-undang pada tahun 2008 tentang “*Mental Health Parity and Addistion Equity Act* (MHPAEA)” yang memberikan jaminan asuransi kesehatan yang sama unuk perawatan kesehatan mental dan fisik. MHPAEA mendobrak industri asuransi kesehatan di Amerika untuk memberikan jaminan paket manfaat yang berkeadilan baik untuk pelayanan kesehatan mental maupun kesehatan fisik. MHPAEA memberikan dampak signifikan dalam meningkatkan akses terhadap perawatan kesehatan mental di Amerika Serikat

5. Korea Selatan mengembangkan banyak program dalam upaya pencegahan bunuh diri. Selain kebijakan peningkatan akses layanan kesehatan jiwa, pemerintah juga mengatur regulasi media untuk melakukan pembatasan pemberitaan tentang bunuh diri, Penguatan jejaring sosial di level komunitas dan penyediaan pelayanan hotline 24 jam untuk pencegahan bunuh diri serta penguatan regulasi produk berbahaya seperti pestisida yang sering digunakan sebagai alat untuk bunuh diri

D. Tantangan dalam Pengembangan Kebijakan Kesehatan Mental

Meskipun sudah ada kemajuan yang signifikan, masih banyak tantangan yang harus diatasi dalam implementasi kebijakan kesehatan jiwa atau mental di Indonesia, antara lain:

1. **Keterbatasan Sebaran Pelayanan & Aksesibilitas:** Tidak semua masyarakat memiliki akses yang sama terhadap layanan kesehatan jiwa, terutama di daerah terpencil. Distribusi sebaran fasilitas kesehatan dengan layanan kesehatan jiwa tidak merata. Biaya pengobatan gangguan jiwa seringkali dianggap mahal dan tidak ditanggung asuransi kesehatan. Angka utilisasi pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia masih rendah dan didominasi oleh pembayaran *out of pocket*. Harus ada upaya untuk mengintegrasikan paket manfaat pelayanan kesehatan jiwa dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional (Rahmah, Indrawati and Palaniandy, 2024). Masih terbatasnya tenaga ahli seperti psikiater, psikolog dan konselor. Di Indonesia, sistem kesehatan mental menghadapi dua masalah besar: kekurangan profesional dan kekurangan

dana untuk perawatan mental. Memberikan standar perawatan kesehatan mental yang paling dasar sekalipun menjadi sulit karena keterbatasan anggaran ini (DeSa *et al.*, 2022).

2. **Stigma dan Diskriminasi:** Stigma atau pandangan negatif masyarakat yang menganggap gangguan mental sebagai aib atau kutukan masih menjadi hambatan besar di mana masyarakat menjadi enggan dalam mencari bantuan pencegahan pengobatan maupun rehabilitasinya. Diskriminasi juga kerap dialami oleh orang dengan gangguan jiwa atau mental dalam berbagai aspek pelayanan publik seperti: akses mendapatkan pekerjaan, pendidikan, transportasi umum, dan hubungan sosial kemasyarakatan. (Adventinawati, 2025)
3. **Kurangnya Kesadaran Masyarakat:** Masyarakat tidak mempunyai literasi kesehatan mental yang baik. Pendidikan tentang kesehatan mental di sekolah dan level institusi masih sangat terbatas. (Jafar, 2023)
4. **Koordinasi Lintas Sektor yang kurang baik.** Harus ada koordinasi yang adekuat antara sektor kesehatan, pendidikan, sosial, ekonomi dan layanan masyarakat dalam intervensi program kesehatan mental dapat menciptakan sinergi yang harmoni berbagai peraturan dan kebijakan pendukung
5. **Anggaran:** Anggaran yang dialokasikan untuk kesehatan jiwa masih belum memadai. Dan belum menjadi anggaran program prioritas. Sistem Kesehatan nasional dan daerah harus mampu menjembatani *budget constraint* dan pemenuhan anggaran yang dibutuhkan untuk pembiayaan program pelayanan kesehatan mental yang berkeadilan.

6. **Tantangan Budaya:** Norma sosial yang masih kuat menjadi penghalang dalam mencari bantuan terutama bagi kelompok marginal yang masih terpinggirkan dalam kebijakan pembangunan kesehatan. Banyak masyarakat yang masih percaya kepada pengobatan dukun dan mitos tahayul untuk mengatasi gangguan kesehatan jiwa (Constantin, Rawis and Setijadi, 2023). Isu kesehatan global kesehatan masyarakat masih menempatkan masyarakat pengungsi (*refuges*) dan kelompok masyarakat di wilayah konflik dan peperangan sebagai kelompok marginal yang rentan untuk mengalami gangguan kesehatan mental.
7. **Stabilitas Ekonomi, Politik dan Kesehatan:** Pandemi Covid 19 memberikan gambaran nyata bagaimana kondisi kesehatan global yang memberikan tekanan beban ekonomi kepada masyarakat global secara luas. Beberapa studi menemukan bagaimana insidensi dan prevalensi gangguan jiwa juga meningkat pada era pasca pandemi.

Tantangan tersebut apabila tidak segera ditangani akan dapat berimplikasi kepada munculnya kejadian yang tidak diharapkan seperti: peningkatan angka bunuh diri, penurunan produktivitas dan akhirnya menjadi beban ekonomi penyakit yang harus ditanggung oleh negara (Khosro *et al.*, 2023). Untuk mengatasi tantangan tersebut, pemerintah terus berupaya melakukan berbagai upaya, seperti: Menjalin kemitraan dengan berbagai pihak. Pemerintah bekerja sama dengan organisasi masyarakat sipil, lembaga swadaya masyarakat, dan sektor swasta untuk meningkatkan akses layanan kesehatan mental. Kebijakan pengembangan teknologi seperti penggunaan telepsikiatri dimanfaatkan untuk memperluas jangkauan layanan kesehatan mental. Sosialisasi dan edukasi: Melalui berbagai media,

pemerintah terus melakukan sosialisasi dan edukasi tentang kesehatan mental. Upaya untuk meningkatkan literasi masyarakat tentang kesehatan jiwa atau mental merupakan fokus dari semua kebijakan kesehatan mental di level global (Alkautsar, Rizal and Rodiah, 2023).

Serangkaian kebijakan yang dilaksanakan oleh pemerintah harus mendapatkan pengawalan advokasi dan penguatan politik kebijakan oleh semua *stakeholder* dan interest group kebijakan publik. Hal tersebut perlu dilakukan sebagai bentuk dukungan bersama terhadap keberhasilan tujuan kebijakan kesehatan mental.

DAFTAR PUSTAKA

- Adventinawati, M. K. (2025) 'Pencegahan Kesehatan Mental dalam Upaya Mengurangi Stigma Kesehatan Mental di Masyarakat', 2.
- Alkautsar, C. ., Rizal, E. and Rodiah, S. (2023) 'Pola Pencarian Informasi Kesehatan Mental Pada Mahasiswa Di Kota Sukabumi', *Medic Nutricia*, 1(3), pp. 31–40. doi: 10.5455/mnj.v1i2.644.
- Arafat, S. M. Y. *et al.* (2022) 'Depression and suicidal behavior in South Asia: a systematic review and meta-analysis', *Global Mental Health*, 9, pp. 181–192. doi: 10.1017/gmh.2022.20.
- Batterham, P. J. *et al.* (2022) 'Systematic review of quantitative studies assessing the relationship between environment and mental health in rural areas', (July 2021), pp. 306–320. doi: 10.1111/ajr.12851.
- Constantin, N. A., Rawis, D. and Setijadi, N. N. (2023) 'Komunikasi Kesehatan Mental Pada Mahasiswa Dan Peran Masyarakat

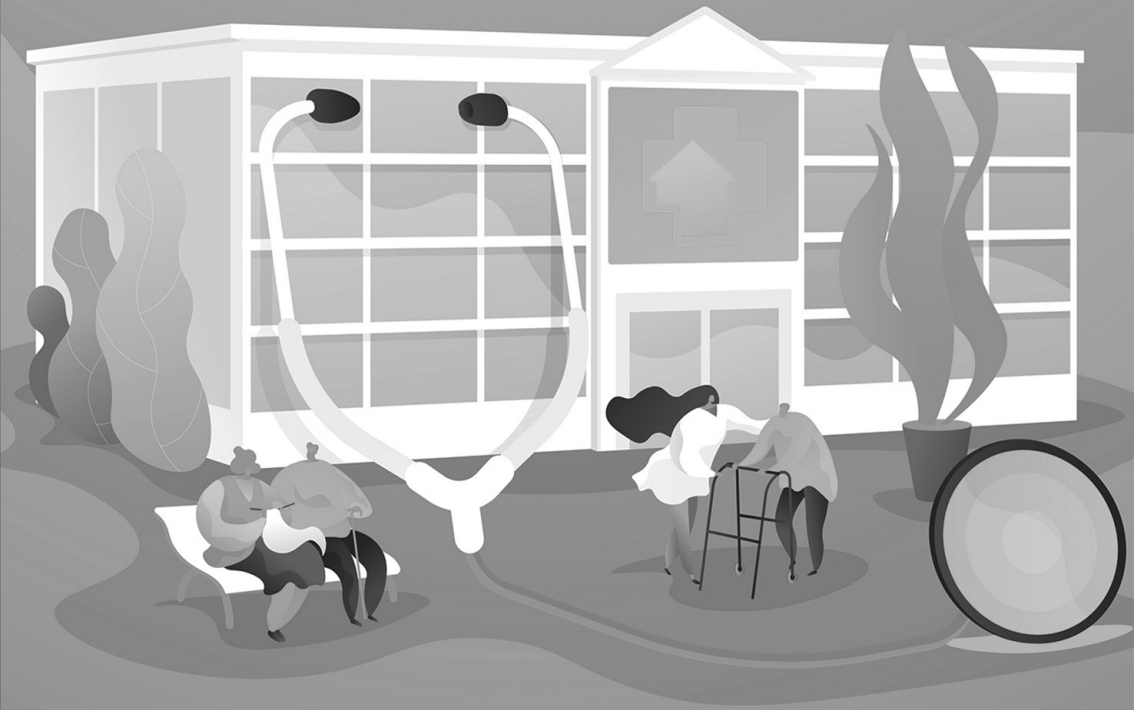
- Menanggapi Isu Kesehatan Mental', *Jurnal Cahaya Mandalika* ISSN 2721-4796 (online), 3(2), pp. 1894–1911. doi: 10.36312/jcm.v3i2.2433.
- DeSa, S. *et al.* (2022) 'Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: a systematic review', *Systematic Reviews*, 11(1), pp. 1–12. doi: 10.1186/s13643-022-01936-1.
- Jafar. (2023) 'Efektivitas Psikoedukasi Online Untuk Meningkatkan Literasi Kesehatan Mental', *HEALTHY: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 2(1), pp. 23–28. doi: 10.51878/healthy.v2i1.1963.
- Khoso, A. B. *et al.* (2023) 'Prevalence of suicidal ideation and suicide attempts in individuals with psychosis and bipolar disorder in South Asia: systematic review and meta-analysis', *BJPsych Open*, 9(6), pp. 1–13. doi: 10.1192/bjo.2023.570.
- Munira, L., Liamputtong, P. and Viwattanakulvanid, P. (2023) 'Barriers and facilitators to access mental health services among people with mental disorders in Indonesia: A qualitative study', *Belitung Nursing Journal*, 9(2), pp. 110–117. doi: 10.33546/bnj.2521.
- Pham, M. D. *et al.* (2024) 'Mental Health Problems Among Indonesian Adolescents: Findings of a Cross-Sectional Study Utilising Validated Scales and Innovative Sampling Methods', *Journal of Adolescent Health*, 75(6), pp. 929–938. doi: 10.1016/j.jadohealth.2024.07.016.
- Rahmah, R. H., Indrawati, F. and Palaniandy, V. (2024) 'Analyzing Utilization of Mental Health Services for National Health Insurance Participants in Indonesia', *Unnes Journal of Public Health*, 13(1), pp. 1–9. doi: 10.15294/ujph.v13i1.68905.

- Reinert, M., Nguyen, T. and Fritze, D. (2022) 'The State of Mental Health in America 2023', *Mental Health America*, pp. 1–39.
- Subu, M. A. *et al.* (2021) 'Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis', *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), pp. 1–12. doi: 10.1186/s13033-021-00502-x.

BIODATA PENULIS



Dr. Arih Diyaning Intiasari, S.KM, M.PH. lahir di Madiun, pada 24 September 1978. Beliau menyelesaikan studinya di S1-Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga (2000), S2-Ilmu Kesehatan Masyarakat pada minat Kebijakan Pembiayaan dan Asuransi Kesehatan (KPMAS) Universitas Gadjah Mada (2008) dan S3-Ilmu Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Gadjah Mada (2017). Saat ini berkarya tridharma perguruan tinggi sebagai dosen pada Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK) Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Jenderal Soedirman.



Bab 6

Analisis Kebijakan Gizi dan Pencegahan Malnutrisi

Ayulia Fardila Sari Z.A., S.KM., M.PH.

A. Kebijakan Gizi dan Pencegahan Malnutrisi di Indonesia

Malnutrisi adalah kondisi kekurangan zat gizi pada tubuh manusia. Indikator malnutrisi secara kronis adalah riwayat tinggi dan panjang badan yang lebih rendah dibandingkan tinggi dan panjang badan normal dalam jangka waktu lama. Stunting adalah istilah untuk menunjukkan kondisi malnutrisi akibat kekurangan gizi pada tubuh anak dalam jangka waktu yang lama. Anak yang menderita stunting mempunyai postur tubuh yang lebih pendek (kerdil) daripada rata-rata postur tubuh anak yang normal dengan usia yang sama. Kejadian stunting adalah masalah malnutrisi yang banyak menjadi sorotan dunia pada saat ini (J *et al.*, 2022)

Kekurangan zat gizi pada tubuh dapat terjadi mulai dari masa kehamilan hingga anak lahir, namun dampaknya baru terlihat pada saat anak sudah menginjak usia dua tahun. Usia 0-24 bulan pada anak dikenal dengan periode emas, di mana pada masa ini, gizi yang diberikan kepada bayi akan memberikan dampak yang permanen. Dampak yang muncul antara lain gangguan perkembangan otak, penurunan kecerdasan, hambatan pada pertumbuhan fisik, dan masalah pada metabolisme tubuh. Pada jangka panjang dapat menurunkan kemampuan kognitif, menurunkan prestasi belajar pada anak, dan menurunkan kekebalan tubuh (Laily & Indarjo, 2023).

Ada berbagai penyebab stunting yang secara umum dikategorikan menjadi dua jenis, yaitu kurang gizi dan karena penyakit. Kejadian kurang gizi antara lain disebabkan oleh ketidakmampuan keluarga dalam menyediakan bahan makanan, kesalahan dalam pola konsumsi, dan kesalahan pada pola asuh. Sementara itu, penyakit disebabkan oleh konsumsi air minum yang tidak aman, dan ketidaklayakan sanitasi (Fahrina & Taupik, 2023). Diperlukan peran serta pemerintah dalam mencegah kekurangan gizi serta penyakit pada bayi dan anak sehingga stunting dapat dicegah.

Dalam upaya menurunkan kasus stunting di Indonesia, diterbitkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting. Pemerintah menargetkan dan menyasar strategi untuk menurunkan stunting yang dikenal dengan istilah “lima pilar strategi”. Pilar pertama adalah meningkatkan komitmen dan visi kepemimpinan dimulai dari level pusat (kementerian maupun lembaga) hingga daerah (pemda provinsi, kabupaten/ kota, dan desa). Pilar kedua adalah meningkatkan komunikasi dalam rangka merubah perilaku dan memberdayakan masyarakat. Pilar ketiga adalah meningkatkan konvergensi intervensi spesifik dan sensitif di tingkat pusat, pemda provinsi, kabupaten/kota, maupun desa. Pilar terakhir adalah meningkatkan ketahanan pangan dan gizi mulai dari level perorangan, keluarga, hingga masyarakat (BKKBN, 2021).

Langkah spesifik pemerintah untuk penanggulangan stunting antara lain dengan memberikan tablet penambah darah kepada ibu hamil, memberikan makanan tambahan kepada ibu hamil, memberikan imunisasi dasar lengkap kepada bayi, memberikan vitamin A dan zinc kepada bayi dan balita, serta Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita (BKKBN, 2021). Upaya yang dilakukan dapat melalui Puskesmas yang bekerja sama dengan posyandu, bidan, dan kader kesehatan. Apabila ditemukan balita stunting, maka akan dilakukan pemberian makanan tambahan kepada balita tersebut selama 3 bulan berturut-turut yang selalu dipantau oleh kader dan bidan (Anita *et al.*, 2024)

B. Implementasi Kebijakan Gizi dan Pencegahan Malnutrisi di Indonesia

Implementasi kebijakan adalah upaya pelaksanaan kebijakan yang dilakukan oleh seseorang, kelompok, swasta, maupun pemerintah sehingga tercapai implementasi sesuai dengan

rancangan yang ditetapkan. Implementasi kebijakan merupakan proses yang dinamis dan berkaitan dengan interaksi dari berbagai faktor (Ayuningtyas, 2018). Ada banyak teori yang bisa digunakan dalam mengukur implementasi kebijakan, khususnya kebijakan terkait gizi dan pencegahan malnutrisi. Beberapa hasil implementasi kebijakan menggunakan berbagai kerangka teori implementasi kebijakan akan disampaikan pada bagian ini.

1. Implementasi Kebijakan Gizi di Kabupaten Lampung Selatan

Studi kasus ini terkait implementasi kebijakan dalam penurunan stunting di Kabupaten Lampung Selatan. Analisis kebijakan menggunakan kerangka dari teori Grindle, yang terdiri dari isi dan konteks kebijakan (Ayuningtyas, 2018). Kebijakan yang digunakan dalam upaya mencegah dan menanggulangi stunting pada wilayah ini berdasarkan pada Instruksi Bupati Lampung Selatan Nomor 2 Tahun 2020 tentang Gerakan Swasembada Gizi. Pengumpulan data melalui wawancara mendalam dengan delapan orang Organisasi Perangkat Daerah (OPD). Hasilnya menyimpulkan bahwa semua OPD sudah mempunyai pemahaman yang seragam tentang pelaksanaan kebijakan swasembada gizi. Sudah ada petunjuk teknis tentang pelaksanaan kebijakan gizi di tingkat Kabupaten dalam bentuk buku pedoman percepatan penurunan stunting (Anita *et al.*, 2024).

Hasil penelitian menemukan beberapa masalah dalam implementasi kebijakan untuk mencegah dan menanggulangi stunting. Masalah tersebut antara lain SOP tentang program terintegrasi yang belum ada. SOP ini dapat meningkatkan pemahaman yang sama tentang tugas pokok dan fungsi setiap personel (implementor).

Selain itu integrasi data terpadu belum dilakukan. Integrasi data ini terkait penyatuan data dari 64 indikator stunting yang tersebar di berbagai perangkat daerah. Masalah lainnya adalah adanya penolakan dan stigma negatif kepada orangtua yang memiliki anak berisiko stunting. Hal ini menyebabkan orangtua malu dan tidak mau berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan sehingga terjadi penurunan jumlah akses ke pelayanan kesehatan. Direkomendasikan untuk melaksanakan manajemen data stunting yang terpadu, pembuatan Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang program swasembada gizi, dan optimalisasi peran perangkat daerah dan kader dalam melaksanakan gerakan swasembada gizi. Selain itu, optimalisasi kampanye diperlukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat sehingga kebijakan dapat diimplementasikan dengan baik (Anita *et al.*, 2024)

Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah sebuah rangkaian aktivitas atau agenda rutin untuk membantu implementor kebijakan dalam melaksanakan tugas yang didasari dari standar yang telah disusun dalam implementasi kebijakan. Pada program stunting, mengacu kepada kebijakan yang sudah dibuat oleh pemerintah pusat (Pakaya *et al.*, 2023). SOP yang baik harus memenuhi syarat konsisten, komitmen bersama, dilakukan perbaikan dan penyempurnaan, serta mengikat anatar implementor dan melibatkan semua pihak dengan berbagai peran yang berbeda (Za, 2022).

2. Implementasi Kebijakan Gizi di Kota Surabaya

Studi kasus ini terkait analisis keberhasilan implementasi kebijakan perbaikan gizi masyarakat pada kelompok balita stunting di Kota Surabaya diukur

menggunakan kerangka teori Van Meter dan Van Horn. Teori ini mengukur beberapa aspek, antara lain: ukuran dan tujuan kebijakan, sumber daya, komunikasi antar lembaga, karakteristik institusi pelaksana, kecenderungan implementor, serta kondisi ekonomi, sosial, dan politik (Ayuningtyas, 2018).

Hasil penelitian tersebut antara lain pada aspek standar dan sasaran kebijakan, yaitu ukuran dan tujuan kebijakan ini adalah: penyuluhan serta sosialisasi kepada ibu hamil, pemberian makanan tambahan, penanaman berbagai tanaman pangan yang mendukung peningkatan gizi, seperti jagung, dll, pembinaan dan penyuluhan kepada calon pengantin yang akan menikah tentang stunting, sehingga setelah istrinya hamil, memiliki pemahaman tentang pencegahan stunting yang benar (Swasana & Priyanto, 2024).

Pada aspek sumber daya, adanya kelompok kerja yang terdiri dari petugas gizi, bidan, dan kader posyandu. Kelompok ini bekerja sama untuk melakukan *sweeping* secara *door to door*, yaitu kunjungan ke rumah balita yang tidak hadir pada pengukuran tinggi dan berat badan di posyandu. Pada aspek karakteristik organisasi dan Sikap Pelaksana adalah adanya komitmen dalam pengimplementasian program Gerakan Masyarakat Mencegah Stunting. Pada aspek komunikasi antar lembaga, dilakukan komunikasi yang terarah antara BKKBN, dinas kesehatan, dan puskesmas untuk mengawasi angka kejadian stunting dan sejauh mana pelaksanaan program oleh implementor, yakni petugas gizi. Pada aspek lingkungan ekonomi, sosial, dan politik, adanya respon yang positif dari ibu hamil, ibu menyusui,

dan ibu balita sebagai kelompok sasaran dalam perubahan perilaku (Swasana & Priyanto, 2024).

Meskipun program ini dikatakan berhasil, masih ditemukan permasalahan yaitu belum adanya SOP dan pembagian tugas yang terstruktur antar lembaga pelaksana. Sehingga perlu peningkatan koordinasi dan penyusunan SOP dalam mengatasi stunting. Selain itu diperlukan keterlibatan berbagai pihak termasuk masyarakat dan swasta khususnya di bidang ekonomi sehingga terjadi peningkatan pendapatan dan peningkatan daya beli masyarakat terhadap pangan dan makanan yang bergizi. Meskipun kebijakan tentang gizi sudah ada, namun akan sulit untuk diimplementasikan dengan optimal apabila belum dilengkapi dengan SOP. SOP berisi tahapan kerja yang lebih rinci, tegas, dan melekat sebagai acuan implementor dalam bekerja dan memenuhi tanggung jawab (Pakaya *et al.*, 2023).

3. Implementasi Kebijakan Gizi di Kabupaten Enrekang

Studi kasus ini melakukan analisis implementasi kebijakan penanganan gizi buruk di Dinas Kesehatan Kabupaten Enrekang, Sulawesi Selatan. Analisa ini menggunakan kerangka teori George Edward III. Pada teori ini disampaikan bahwa komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi dapat memengaruhi implementasi suatu kebijakan (Edwards III, 1980).

Aspek komunikasi pada program penanganan gizi buruk pada balita dilakukan melalui penyuluhan yang diberikan kepada masyarakat. Pada aspek Sumber daya, dinas kesehatan sudah melakukan upaya manajemen data balita yang kurang gizi. Koordinasi dalam penanganan pasien gizi buruk sudah terjalin dengan petugas Puskesmas

dan rumah sakit. Disposisi adalah penanganan kurang gizi pada balita dalam bentuk memberikan vitamin dan suplemen penambah nafsu makan anak. Pemberian makan bergizi dalam bentuk biskuit, susu, dan makan lainnya yang mampu meningkatkan gizi pada balita (Nugroho, 2020).

Pada aspek struktur birokrasi, adanya kerja sama antara Dinas Kesehatan dengan pihak Puskesmas dan rumah sakit dalam memberi sosialisasi tentang sumber gizi untuk ibu hamil, anak, dan remaja putri. Faktor yang mendukung implementasi kebijakan gizi ini adalah adanya tenaga (SDM) mulai dari perencana hingga implementor. Faktor yang menghambat adalah pola asuh orang tua dan kondisi sanitasi. Hal ini terkait dengan bagaimana cara orang tua memberikan zat gizi untuk dikonsumsi anak serta kurangnya kebersihan air di lingkungan (Nugroho, 2020). Air yang tidak bersih lebih berisiko meningkatkan angka kesakitan pada anak sehingga mengalami penurunan nafsu makan dan membutuhkan asupan gizi yang lebih banyak dibandingkan anak yang sehat

Pada Rencana Aksi Nasional Penanganan Stunting, menekankan pada kegiatan penyatuan desa dalam mengutamakan kegiatan yang melibatkan upaya gizi spesifik dan sensitif pada 100 hari pertama kehidupan sampai anak berusia enam tahun. Salah satu wujud intervensi spesifik adalah tersedianya akses pada air bersih dan sanitasi (BKKBN, 2021).

4. Implementasi Kebijakan Gizi di Dinas Kesehatan Provinsi NTT

Studi kasus ini terkait perumusan kebijakan gizi pada rencana strategis (renstra) Dinas Kesehatan Provinsi

Nusa Tenggara Timur (NTT). Perumusan kebijakan ini terdiri dari enam tahapan. Hal ini sudah sesuai dengan Permendagri Nomor 54 Tahun 2010. Perencanaan ini selaras dengan beberapa kebijakan gizi lain pada Rancangan Perencanaan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), Rancangan Perencanaan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), Rencana Kerja Perangkat Daerah (RKPD), dan Renstra Dinas Kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota. Meskipun demikian, proses perencanaan kebijakan gizi belum memerhatikan masalah gizi yang terjadi pada masyarakat. Berdasarkan hasil survei gizi di NTT, terdapat permasalahan gizi lain di NTT, yaitu stunting dan wasting pada balita yang seharusnya dimasukkan pada indikator *outcome* (Boli, 2020).

Terdapat harmonisasi kebijakan antara dinas kesehatan provinsi dengan dinas kesehatan kabupaten dan Puskesmas. Pelaksanaan kebijakan gizi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten dalam bentuk program dan kegiatan gizi sudah disesuaikan dengan dengan Dinas Kesehatan Provinsi. Begitu juga dengan pelaksanaan program dan kegiatan gizi oleh unit pelayanan dasar, yakni Puskesmas Reo dan Paga. Meskipun demikian, masih ditemui kendala implementasi yaitu anggaran yang terbatas dan rendahnya capaian indikator proses. Dari 9 indikator yang ditetapkan, hanya 3 indikator yang mencapai target. Begitu juga dengan capaian indikator hasil yang masih rendah terkait angka kejadian *underweight* pada balita yang meningkat pada tahun 2016. Hal ini disebabkan oleh rendahnya ketersediaan sumber daya seperti anggaran dana dan personel (Boli, 2020).

Berbagai penelitian di atas menyimpulkan bahwa implementasi kebijakan gizi di Indonesia masih belum optimal. Kendala yang muncul antara lain belum sinkronnya program lintas program dan lintas sektor sehingga terjadi pelaksanaan program yang tumpang tindih. Diperlukan SOP yang jelas terkait tugas pokok dan fungsi setiap program dan sektor dalam implementasi program gizi. Kendala lainnya adalah stigma negatif masyarakat terhadap anak malnutrisi dan *stunting* sehingga orang tua menjadi enggan berkunjung ke fasilitas kesehatan. Peningkatan kapasitas dan peran petugas kesehatan, khususnya petugas Puskesmas, serta peningkatan kapasitas dan peran kader kesehatan menjadi kunci keberhasilan implementasi kebijakan gizi pada masyarakat.

C. Faktor yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan Gizi dan Pencegahan Malnutrisi

Berdasarkan hasil kajian penulis, faktor yang memengaruhi implementasi kebijakan gizi dan pencegahan malnutrisi adalah sebagai berikut:

1. Faktor Komunikasi

Komunikasi dalam implementasi kebijakan gizi dan pencegahan malnutrisi dapat dilihat dari tiga aspek, yaitu transmisi, kejelasan, dan konsistensi. Transmisi adalah proses penyaluran komunikasi dari pembuat kebijakan kepada implementor dan target kebijakan, baik secara langsung maupun tidak langsung. Kejelasan adalah informasi dan pesan yang diterima oleh implementor dan target kebijakan harus jelas, yaitu memiliki maksud, tema, dan tujuan yang seragam sehingga tidak ambigu dan bermakna ganda. Konsistensi adalah perintah yang diberikan kepada implementor maupun target kebijakan harus konsisten, jelas, dan tidak berubah-ubah sehingga

bisa diimplementasikan sesuai rencana (Pakaya *et al.*, 2023).

Transmisi informasi kebijakan penanganan stunting oleh Pemerintah Kabupaten/Kota disampaikan kepada implementor dan target kebijakan. Informasi disampaikan dari Badan Perencanaan Daerah Kabupaten/Kota kepada pihak terkait melalui kelompok kerja penanganan stunting yang memiliki anggota dari Organisasi Perangkat Daerah (OPD) terkait. Tim koordinasi ini akan membantu proses pengintegrasian dan penyelarasan rencana kegiatan intervensi pada setiap sector (Pakaya *et al.*, 2023). Strategi dalam menyampaikan informasi bisa dilaksanakan melalui berbagai kombinasi cara dan saluran komunikasi sehingga pesan yang disampaikan dapat diterima dan dipahami dengan mudah. Hal ini akan mampu mengubah sikap dan perilaku penerima informasi sesuai dengan tujuan komunikasi tersebut (Allyreza & Jumiati, 2023).

Kejelasan informasi terkait penanganan stunting disampaikan Bappeda Kabupaten/Kota dengan jelas, yaitu terkait tujuan, sasaran, strategi, dan jenis kegiatan tersebut. Selain itu informasi tentang pembagian peran, tugas, dan wewenang pada OPD sebagai implementor. Informasi ini berdasarkan kepada kebijakan nasional, provinsi dan kabupaten/kota setempat. Kejelasan ini dapat meningkatkan mutu implementasi kebijakan yang lebih tertuju, terhitung, dan menyatu antar pihak yang terlibat. Keterlibatan dapat dari tahap perumusan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi kebijakan (Pakaya *et al.*, 2023). Implementor kebijakan harus mengetahui dengan jelas terkait tujuan dan sasaran kebijakan yang akan disampaikan kepada target kebijakan. Hal ini adalah syarat

berhasilnya implementasi kebijakan public. Kejelasan informasi yang diterima akan mencegah penolakan dari target sasaran sehingga dapat mengurangi kesenjangan antara rencana dengan pelaksanaan kebijakan (Ramdhani & Ramdhani, 2017).

Komunikasi yang dilakukan pembuat kebijakan kepada implementor dan target kebijakan untuk mendukung implementasi kebijakan gizi harus dilakukan secara konsisten. Hal ini menjadi tantangan yang harus diselesaikan karena banyaknya alokasi anggaran yang tidak cukup sehingga kegiatan koordinasi tidak dapat dilakukan secara berkelanjutan dan terpadu. Komunikasi yang tidak tetap, berkelanjutan, dan terpadu menyebabkan informasi tentang stunting yang tidak sesuai sehingga pelaksanaan program berjalan sendiri-sendiri. (Pakaya *et al.*, 2023). Konsistensi komunikasi dari tingkat atas sampai tingkat bawah akan mengurangi perbedaan pemahaman dan dapat tersampaikan pada orang yang tepat (Daming, M., Agustang, A., Idkhan, A, M., 2021).

2. Ketersediaan Sumber Daya

Ketersediaan Sumberdaya dapat terdiri dari ketersediaan SDM (staf sebagai implemetor), ketersediaan anggaran untuk pembiayaan kegiatan, ketersediaan wewenang dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan kebijakan, dan ketersediaan fasilitas. Fasilitas ini dalam bentuk ketersediaan sarana dan prasarana untuk mendukung tercapainya tujuan kebijakan.

Sumber Daya yang digunakan pada penurunan stunting di Kabupaten/Kota antara lain sumber daya manusia (SDM), sarana dan prasarana, serta ketersediaan anggaran. Keterlibatan berbagai pihak dilakukan melalui

koordinasi lintas program pada seluruh Puskesmas. Setiap Puskesmas mempunyai petugas promosi kesehatan yang mendukung promosi gizi. Petugas gizi di Puskesmas melaksanakan pemantauan dan intervensi langsung tentang status gizi masyarakat khususnya ibu hamil dan anak-anak. Pemberdayaan kader posyandu dilakukan melalui sosialisasi dan edukasi. Sarana dan prasarana seperti peralatan medis untuk pemantauan kesehatan, lingkar kepala, berat, dan tinggi badan. Begitu juga dengan laboratorium gizi dan kendaraan operasional untuk turun ke lapangan (Septianto *et al.*, 2024).

Tantangan yang banyak muncul adalah ketersediaan tenaga gizi yang masih kurang, sarana dan prasarana yang tidak memadai, serta anggaran yang tidak cukup. Hal ini akan memengaruhi kualitas pelaksanaan program kebijakan gizi. Berdasarkan hasil penelitian, alat pendukung keberhasilan kebijakan dalam upaya pelayanan publik adalah sarana dan prasarana kerja yang memadai. Apabila hal ini tidak tersedia maka hasil kerja yang dilakukan tidak akan optimal (Irianto, 2017).

3. Kepemimpinan

Kepemimpinan dalam konteks ini berkaitan dengan kondisi watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor kebijakan. Sikap yang baik akan menghasilkan kerja yang baik pula, sehingga pemilihan dan penetapan personel implementor harus dilakukan dengan metode dan seleksi yang baik. Pemberian insentif memengaruhi kinerja secara signifikan. Hasil penelitian menyatakan bahwa insentif adalah mekanisme yang digunakan untuk mendukung terciptanya prinsip adil dalam pemberian kompensasi sehingga kinerja dapat

berjalan sesuai tujuan yang diharapkan (Almaududi *et al.*, 2021)

Pada kenyataannya insentif adalah masalah yang sering muncul pada implementasi kebijakan gizi. Banyak ditemukan anggaran yang tidak cukup sehingga implementasi kebijakan menjadi tidak optimal. Kepastian alokasi anggaran pada suatu kegiatan atau program sangat penting untuk memastikan kebijakan dapat berjalan sesuai rencana. Anggaran yang tidak memadai akan menyebabkan sulitnya implementasi kebijakan secara efektif sesuai tujuan dan sasaran yang ditetapkan (Widiawati *et al.*, 2021).

Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah aspek penting dalam implementasi kebijakan gizi dan pencegahan malnutrisi. SOP adalah suatu tahapan dan prosedur kerja yang berfungsi untuk membentuk sistem kerja yang teratur, sistematis, dan dapat dipertanggungjawabkan. Hal ini akan berdampak pada hasil kerja yang konsisten dapat diukur dengan jelas (Slamet Supriyanto & Lutfi Hendriyati, 2021). Pada kenyataannya banyak ditemukan implementasi kebijakan gizi yang tidak memiliki SOP sehingga terjadi pembagian tupoksi yang tumpang tindih dan tidak jelas.

Penyebaran tugas dan tanggung jawab penting dilakukan untuk mengoptimalkan tugas, fungsi, tanggung jawab, wewenang, kondisi kerja, dan berbagai aspek pekerjaan sehingga menjamin kelancaran, konsistensi, dan efektivitas kerja. Pembagian tugas dan tanggung jawab dapat dilakukan secara internal dan eksternal, baik lintas program maupun lintas sektor. Pekerjaan yang diberikan kepada orang yang tepat akan menghasilkan kerja yang

tepat sasaran sehingga berdampak pada implementasi kebijakan yang optimal (Suhartono & Sawitri, 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Allyreza, R., & Jumiati, I. E. (2023). Strategi Komunikasi Kader Posyandu Sebagai Upaya Perubahan Perilaku Keluarga (Ibu) dalam Penurunan Stunting di Desa Ramaya Kecamatan Menes Kabupaten Pandeglang. *Bantenese : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 5(1), 1–14. <https://doi.org/10.30656/ps2pm.v5i1.6079>
- Almaududi, S., Syukri, M., & Astuti, C. P. (2021). Pengaruh Insentif Terhadap Kinerja Karyawan Pada Hotel Mexicana Kota Jambi. *J-MAS (Jurnal Manajemen Dan Sains)*, 6(1), 96. <https://doi.org/10.33087/jmas.v6i1.233>
- Anita, Aprina, Sudarmi, Rusyantia, A., Prananjaya, & Astuti, T. (2024). Analisis Implementasi Kebijakan Swasembada Gizi Dalam Upaya Pencegahan Dan Penanggulangan Stunting Di Kabupaten Lampung Selatan. *MAHESA: Malahayati Health Student Journal*, 4, 1–23.
- Ayuningtyas, D. (2018). *Analisis Kebijakan Kesehatan Prinsip dan Aplikasi*. PT Rajagrafindo Persada.
- BKKBN. (2021). *Kebijakan dan Strategi Percepatan Penurunan Stunting di Indonesia*. BKKBN.
- Boli, E. B. (2020). Analisis kebijakan gizi dalam upaya penanganan masalah gizi di Provinsi Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Komunitas Kesehatan Masyarakat, Volume 2*(1), 23–30.
- Daming, M., Agustang, A., Idkhan, A. M., R. (2021). Implementasi Kebijakan Makassar Recover dalam Penanganan Covid-19 di Kota Makassar. *JISIP (Jurnal Ilmu Sosial Dan*

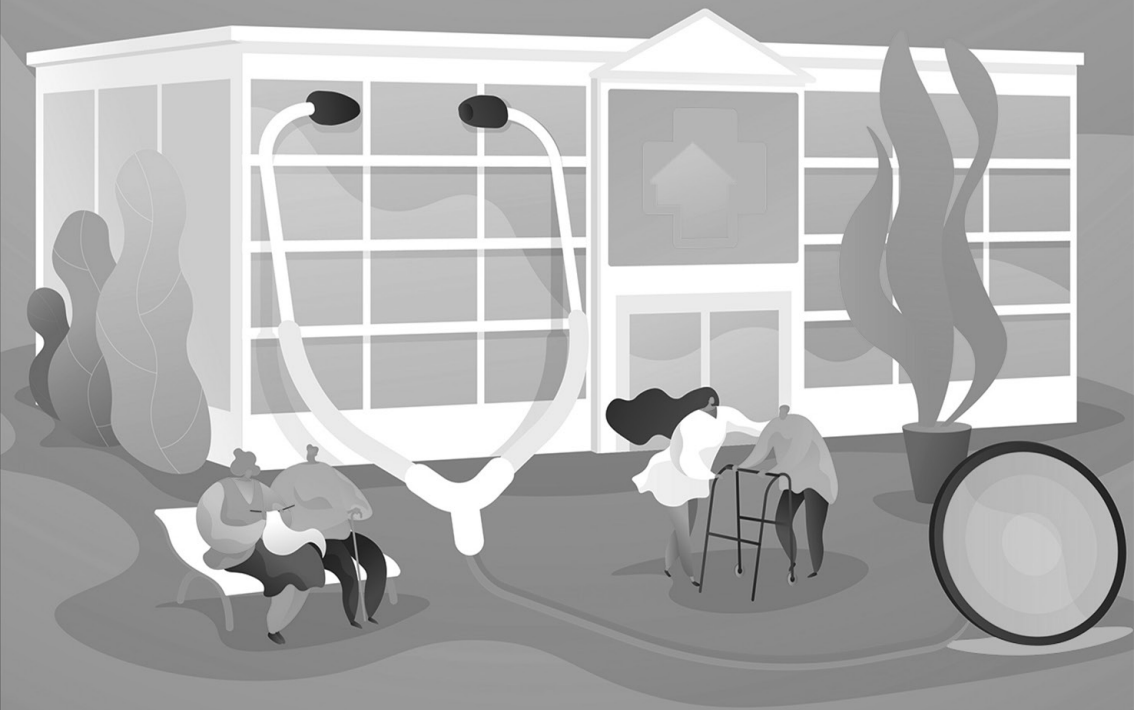
- Pendidikan*), 5(4), 1475–1481. <https://doi.org/10.36312/jisip.v5i4.2580/http>
- Edwards III, G. C. (1980). *Implementing Public Policy*. Congressional Quarterly Press. https://openlibrary.org/books/OL4108847M/Implementing_public_policy
- Fahrina, N., & Taupik, M. (2023). Implementasi Kebijakan Pencegahan Dan Percepatan Penurunan Stunting Dalam Perbaikan Gizi Anakdi Desa Simpung Layung Kecamatan Muara Uya Kabupaten Tabalong. *Japb*, 6(2), 1360–1379.
- Irianto, Y. N. (2017). Pengaruh Ketersediaan Sarana Prasarana Kerja Terhadap Kinerja Pegawai Pada Bagian Umum Sekretariat Daerah Kabupaten Fakfak. *Jurnal Ekonomi Peluang*, 11(1), 155–169.
- J, R. F., Huljannah, N., & Rochmah, T. N. (2022). Stunting Prevention Program in Indonesia: A Systematic Review. *Media Gizi Indonesia*, 17(3), 281–292. <https://doi.org/10.20473/mgi.v17i3.281-292>
- Laily, L. A., & Indarjo, S. (2023). Literature Review: Dampak Stunting terhadap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 7(3), 354–364. <https://doi.org/10.15294/higeia.v7i3.63544>
- Nugroho, E. E. (2020). Implementasi Kebijakan Dinas Kesehatan Dalam Penanganan Gizi Buruk Pada Balita Di Kabupaten Enrekang. *Universitas Muhammadiyah Makassar*, 1, 5–24.
- Pakaya, Y., Kadir, S., & Kasim, V. N. A. (2023). Implementasi Kebijakan Intervensi Gizi Sensitif dalam Penanganan Stunting di Kabupaten Gorontalo Implementasi Kebijakan Intervensi. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 15(2), 1–23. <https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/hijp/article/view/1244>

- Ramdhani, A., & Ramdhani, M. A. (2017). Konsep Umum Pelaksanaan Kebijakan Publik. *Jurnal Publik*, 1–12. <https://doi.org/10.1109/ICMENS.2005.96>
- Septianto, A. F., Lituhayu, D., & Setianingsih, L. (2024). Implementasi Kebijakan Penurunan Kasus Stunting Di Kota Samarinda Achmad. *Journal of Public Policy and Management Review*, 13(4).
- Slamet Supriyanto, & Lutfi Hendriyati. (2021). Analisa Pengaruh SOP (Standard Operating Procedure) Terhadap Kinerja Waiter Dan Waitress Di In Bloom Restoran Hotel Ayaartta Malioboro Yogyakarta, Indonesia. *Journal of Tourism and Economic*, 4(1), 73–84. <https://doi.org/10.36594/jtec/wfrnje97>
- Suhartono, J. F., & Sawitri, H. S. R. (2017). Pengaruh reward, insentif, pembagian tugas dan pengembangan karier pada kepuasan kerja perawat di rumah sakit ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta. *Benefit: Jurnal Manajemen Dan Bisnis*, 2(1), 28. <https://doi.org/10.23917/benefit.v2i1.3144>
- Swasana, I. F., & Priyanto. (2024). Implementasi Kebijakan Program Perbaikan Gizi Masyarakat Kategori Balita Berstatus Stunting Di Kota Surabaya. *SMIA*, 2(1), 121–134.
- Widiawati, Y., Rusli, D., & Andriani, D. (2021). Implementasi Kebijakan Tentang Pemberian Insentif Dan Kemudahan Penanaman Modal Di Kota Tasikmalaya. *The Indonesian Journal of Politics and Policy (Ijpp)*, 3(1), 13–26. <https://doi.org/10.35706/ijpp.v3i1.5147>
- Za, A. F. S. (2022). Implementation of New Habit Adaptation Policies in the Prevention of Covid-19: Study in the Padang Beach Tourism Area. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 53(Supplement 2), 775–791.

BIODATA PENULIS



Ayulia Fardila Sari ZA, S.KM., M.PH, lahir di Solok, pada 4 Juli 1989. Anak dari pasangan Zainal Abidin BE, S.Pd (ayah) dan Zulhardini A, S.Pd (ibu) merupakan lulusan S2 Sistem Informasi Manajemen Kesehatan, FKMK, Universitas Gadjah Mada. Istri dari Rizki Cahya Rahmatullah, SP dan ibu dari tiga orang anak ini adalah dosen tetap di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas. Sejak tahun 2015 sudah aktif menulis dan menghasilkan berbagai buku terkait kesehatan masyarakat.



Bab 7

Analisis Kebijakan Pengendalian Pencegahan Penyakit Menular

Wahjoe Handini, S.KM., M.Kes.

Penyakit menular tetap menjadi tantangan utama dalam sistem kesehatan masyarakat global. Meskipun kemajuan signifikan telah dicapai dalam pengembangan vaksin dan terapi, peningkatan mobilitas manusia dan perubahan lingkungan terus memperburuk risiko penyebaran penyakit. Oleh karena itu, analisis kebijakan pengendalian dan pencegahan penyakit menular menjadi krusial untuk memastikan respons yang efektif dan efisien terhadap ancaman kesehatan ini.

Penyakit menular adalah penyakit yang disebabkan oleh agen infeksius seperti virus, bakteri, parasit, atau jamur yang dapat berpindah dari satu individu ke individu lain. Penyakit-penyakit ini dapat menyebar melalui berbagai saluran, termasuk udara, air, kontak langsung, dan vektor (seperti nyamuk). Kebijakan pengendalian dan pencegahan penyakit menular haruslah komprehensif, melibatkan pencegahan awal, deteksi dini, respons cepat, dan pengelolaan setelah kejadian untuk mengurangi dampaknya terhadap masyarakat. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan yang holistik dalam merancang kebijakan yang mengintegrasikan sistem kesehatan dengan berbagai sektor terkait lainnya.

Penyakit menular juga salah satu tantangan utama dalam bidang kesehatan masyarakat, dengan potensi dampak yang luas terhadap kesehatan individu, sistem kesehatan, dan perekonomian suatu negara. Pengendalian dan pencegahan penyakit menular memerlukan pendekatan kebijakan yang komprehensif dan berbasis bukti untuk efektifitasnya. Analisis kebijakan dalam konteks ini bertujuan untuk mengevaluasi, merancang, dan mengimplementasikan strategi yang dapat mengurangi beban penyakit menular secara signifikan.

Di tingkat global, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melalui *International Health Regulationssosial* (IHR) menetapkan

standar internasional untuk deteksi dan respons terhadap wabah penyakit. IHR mengharuskan negara-negara anggota untuk melaporkan kejadian kesehatan masyarakat yang dapat menimbulkan ancaman internasional dalam waktu 24 jam setelah terdeteksi. Namun, implementasi IHR seringkali menghadapi tantangan, seperti keterbatasan kapasitas deteksi dan respons di negara-negara berkembang, serta hambatan dalam pelaporan yang tepat waktu.

Di Indonesia, meskipun telah ada berbagai kebijakan untuk pengendalian penyakit menular, implementasinya seringkali terhambat oleh faktor-faktor seperti keterbatasan sumber daya, kurangnya koordinasi antar lembaga, dan rendahnya kesadaran masyarakat. Sebagai contoh, penelitian di Kabupaten Gowa menunjukkan bahwa implementasi kebijakan pencegahan dan pengendalian penyakit menular seperti TB, kusta, dan HIV/AIDS masih menghadapi berbagai kendala.

A. Kerangka Konseptual Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan adalah serangkaian keputusan strategis yang dirancang untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat. Dalam konteks penyakit menular, kebijakan ini mencakup pencegahan, deteksi dini, respons cepat, dan pemulihan pasca-wabah. Kerangka kerja ini sering kali didasarkan pada prinsip-prinsip seperti keadilan sosial, aksesibilitas layanan kesehatan, dan kolaborasi multisektoral. Kebijakan yang baik haruslah didasarkan pada bukti ilmiah dan didukung oleh data yang dapat diandalkan untuk memastikan efektivitas intervensi.

Misalnya, kebijakan pencegahan penyakit menular seperti vaksinasi memerlukan bukti bahwa vaksin yang digunakan aman dan efektif dalam mencegah penyakit. Selain itu, kebijakan juga perlu mempertimbangkan faktor sosial-ekonomi yang

mempengaruhi akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, serta faktor lingkungan yang dapat memperburuk penyebaran penyakit menular (Burton, 2020).

B. Analisis Kebijakan Pengendalian Penyakit Menular

Analisis kebijakan dalam pengendalian dan pencegahan penyakit menular melibatkan beberapa langkah penting:

- **Identifikasi Masalah:** Menentukan penyakit menular yang menjadi prioritas berdasarkan beban penyakit, potensi penyebaran, dan dampaknya terhadap masyarakat.
- **Formulasi Kebijakan:** Merancang kebijakan yang mencakup pencegahan, deteksi dini, respons cepat, dan pengobatan yang efektif.
- **Implementasi Kebijakan:** Menerapkan kebijakan melalui program-program yang melibatkan berbagai sektor, seperti kesehatan, pendidikan, dan informasi publik.
- **Evaluasi dan Revisi Kebijakan:** Melakukan evaluasi terhadap efektivitas kebijakan dan melakukan revisi berdasarkan hasil evaluasi tersebut.

Pendekatan ini sejalan dengan prinsip-prinsip dasar analisis kebijakan, yaitu rasionalitas, efisiensi, dan keadilan. Selain itu, penting untuk mempertimbangkan konteks sosial, budaya, dan ekonomi dalam merancang kebijakan yang efektif dan dapat diterima oleh masyarakat.

Beberapa tantangan utama dalam implementasi kebijakan pengendalian dan pencegahan penyakit menular antara lain:

- **Keterbatasan Sumber Daya:** Keterbatasan anggaran, tenaga kesehatan, dan fasilitas kesehatan menjadi hambatan dalam pelaksanaan kebijakan.
- **Koordinasi Antar Lembaga:** Kurangnya koordinasi antara pemerintah pusat, daerah, dan sektor terkait

menyebabkan tumpang tindih program dan inefisiensi.

- **Kesadaran dan Partisipasi Masyarakat:** Rendahnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya pencegahan penyakit menular menghambat keberhasilan program.
- **Faktor Sosial dan Budaya:** Norma sosial dan budaya tertentu dapat mempengaruhi penerimaan masyarakat terhadap kebijakan kesehatan.

Untuk mengatasi tantangan tersebut, diperlukan pendekatan yang holistik dan multisektoral, serta partisipasi aktif masyarakat dalam setiap tahap kebijakan.

a. Identifikasi Masalah

Langkah pertama dalam analisis kebijakan adalah identifikasi masalah. Penyakit menular dapat muncul akibat berbagai faktor, termasuk perubahan iklim, urbanisasi, dan mobilitas global. Misalnya, wabah COVID-19 menunjukkan bagaimana virus dapat menyebar dengan cepat melintasi batas negara, menyoroti pentingnya sistem deteksi dan respons yang cepat. Identifikasi masalah ini harus didasarkan pada data epidemiologi yang dapat menggambarkan pola penyebaran penyakit serta faktor-faktor risiko yang terlibat (Zhang *et al.*, 2023).

b. Formulasi Kebijakan

Setelah masalah diidentifikasi, langkah berikutnya adalah formulasi kebijakan. Ini melibatkan penentuan tujuan, sasaran, dan strategi intervensi. Pendekatan berbasis bukti sangat penting dalam tahap ini untuk memastikan bahwa kebijakan yang diusulkan efektif dan efisien. Sebagai contoh, kebijakan imunisasi massal hanya akan efektif jika didasarkan pada data yang menunjukkan prevalensi penyakit yang tinggi serta bukti ilmiah tentang keamanan dan efektivitas vaksin (Knight *et al.*, 2016).

c. Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan memerlukan koordinasi antara berbagai lembaga pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat. Tantangan dalam implementasi sering kali mencakup keterbatasan sumber daya, resistensi budaya, dan kurangnya kapasitas institusional. Untuk mengatasi tantangan ini, penting untuk melibatkan berbagai pemangku kepentingan, mulai dari pemerintah pusat hingga masyarakat lokal. Selain itu, pelatihan tenaga kesehatan dan peningkatan kapasitas rumah sakit serta fasilitas kesehatan lainnya sangat penting untuk memastikan kebijakan dapat dilaksanakan dengan baik (Dong & Yao, 2020).

d. Evaluasi Kebijakan

Evaluasi kebijakan adalah proses untuk menilai efektivitas dan efisiensi kebijakan yang telah diterapkan. Ini melibatkan pengumpulan data, analisis hasil, dan perbandingan dengan tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi yang baik dapat memberikan wawasan untuk perbaikan kebijakan di masa depan. Metode evaluasi ini harus berbasis pada indikator yang jelas dan dapat diukur, seperti penurunan angka kejadian penyakit atau peningkatan cakupan vaksinasi (Zhang *et al.*, 2023).

C. Pendekatan Multisektoral dalam Pengendalian Penyakit Menular

Penyakit menular adalah masalah kesehatan global yang tidak mengenal batas sektoral, sehingga pendekatan multisektoral sangat penting untuk pengendalian dan pencegahannya. Penyebaran penyakit menular yang cepat dan sering melibatkan berbagai faktor, baik lingkungan, sosial, maupun perilaku individu. Oleh

karena itu, strategi pengendalian penyakit menular yang efektif harus melibatkan berbagai sektor yang bekerja sama secara terkoordinasi untuk mencapai tujuan bersama dalam mencegah dan mengurangi beban penyakit.

Kolaborasi Sektor Kesehatan, Pendidikan, Transportasi, dan Lingkungan

Pendekatan multisektoral dalam pengendalian penyakit menular melibatkan kolaborasi yang erat antara sektor kesehatan, pendidikan, transportasi, dan lingkungan. Masing-masing sektor ini memiliki peran penting dalam mengurangi penyebaran penyakit menular. Sebagai contoh, sektor kesehatan memiliki tugas utama dalam pengobatan dan vaksinasi, sementara sektor lingkungan bertanggung jawab atas program sanitasi yang penting untuk mencegah penyakit yang ditularkan melalui air dan lingkungan yang kotor, seperti diare dan penyakit pernapasan. Integrasi program sanitasi dan kebersihan dengan program kesehatan dapat secara signifikan mengurangi prevalensi penyakit menular berbasis lingkungan. Misalnya, di negara-negara berkembang, kebersihan yang buruk dan sanitasi yang tidak memadai adalah faktor risiko utama dalam penyebaran penyakit menular seperti diare dan infeksi saluran pernapasan. WHO (2020) menyatakan bahwa kolaborasi antar sektor ini tidak hanya berfokus pada pencegahan, tetapi juga pada deteksi dan pengendalian penyakit yang lebih cepat (WHO, 2020).

Sektor pendidikan juga memiliki peran penting dalam pendekatan multisektoral ini. Kampanye edukasi mengenai kebiasaan hidup sehat, pentingnya sanitasi, dan kesadaran mengenai penyakit menular dapat mengurangi faktor risiko penyakit, terutama di kalangan anak-anak dan masyarakat

yang rentan. Program edukasi ini dapat diterapkan di sekolah-sekolah, melalui kurikulum yang mengajarkan perilaku hidup sehat dan pencegahan penyakit.

Selain itu, sektor transportasi memainkan peran kunci dalam pengendalian penyakit menular, terutama dalam konteks penyebaran penyakit lintas negara. Sistem transportasi global yang semakin terhubung mempermudah mobilitas manusia, yang pada gilirannya dapat mempercepat penyebaran penyakit menular. Oleh karena itu, kebijakan transportasi yang memperketat pemeriksaan kesehatan di pelabuhan dan bandara sangat penting untuk mencegah penyebaran penyakit antarnegara, terutama dalam menghadapi wabah penyakit menular seperti COVID-19, yang dapat dengan cepat menyebar melalui perjalanan internasional. Pemeriksaan kesehatan yang ketat di titik-titik transportasi utama, seperti bandara dan pelabuhan, dapat mendeteksi kasus penyakit menular secara dini dan mencegah penyebarannya ke wilayah yang lebih luas (Lee & Ryu, 2018).

Koordinasi Antar Kementerian dan Lembaga Pemerintah

Pendekatan multisektoral dalam pengendalian penyakit menular memerlukan koordinasi yang erat antar kementerian dan lembaga pemerintah. Dalam hal ini, Kementerian Kesehatan harus berkolaborasi dengan kementerian lainnya, seperti Kementerian Pendidikan, Kementerian Lingkungan Hidup, serta Kementerian Perhubungan, untuk menciptakan kebijakan yang bersinergi dan mendukung pengendalian penyakit menular. Selain itu, pendekatan ini juga melibatkan kerja sama antara pemerintah pusat dan daerah untuk memastikan bahwa kebijakan yang diterapkan bersifat inklusif dan sesuai dengan kondisi lokal.

Di tingkat internasional, kerja sama antara negara-negara juga sangat penting. Penyakit menular tidak mengenal batas negara, sehingga pengendalian penyakit menular memerlukan upaya kolektif dari negara-negara di seluruh dunia. WHO dan lembaga internasional lainnya memainkan peran penting dalam mendorong kerja sama antar negara dan memberikan panduan dalam menghadapi wabah penyakit menular (Gostin, Friedman, & Wetter, 2015).

Kerja Sama dengan Sektor Swasta dan Masyarakat

Selain koordinasi antar pemerintah, sektor swasta dan masyarakat juga memiliki peran yang tidak kalah penting dalam pengendalian penyakit menular. Sektor swasta, seperti industri farmasi dan perusahaan transportasi, dapat mendukung upaya pencegahan dengan menyediakan vaksin, obat-obatan, dan sistem pengawasan yang efektif. Masyarakat, di sisi lain, harus diberikan pemahaman yang lebih baik mengenai penyakit menular dan cara-cara pencegahannya melalui program edukasi dan penyuluhan kesehatan.

Gostin *et al.* (2015) menekankan pentingnya kolaborasi sektor swasta dalam pengendalian penyakit menular, terutama dalam menyediakan teknologi dan layanan kesehatan yang dapat meningkatkan respons terhadap wabah. Selain itu, partisipasi masyarakat dalam menerapkan perilaku hidup sehat dan mengikuti protokol kesehatan juga sangat krusial untuk mendukung kebijakan pemerintah dalam mengurangi penyebaran penyakit.

Contoh Kasus Pengendalian Penyakit Menular Berbasis Pendekatan Multisektoral

Sebagai contoh penerapan pendekatan multisektoral, di Indonesia, pengendalian penyakit berbasis lingkungan, seperti diare dan malaria, telah dilakukan melalui kerja sama antara sektor kesehatan, pendidikan, dan lingkungan. Program penyuluhan mengenai pentingnya sanitasi yang baik dan perilaku hidup sehat dilakukan di sekolah-sekolah dan melalui kampanye publik, dengan dukungan dari kementerian terkait. Selain itu, sektor transportasi turut berperan dalam mencegah penyebaran penyakit menular dengan melakukan pemeriksaan kesehatan di pelabuhan dan bandara untuk mendeteksi penyakit menular seperti demam berdarah dan COVID-19.

D. Peran Teknologi dalam Pengendalian Penyakit Menular

Kemajuan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) memberikan peluang besar dalam pengendalian dan pencegahan penyakit menular. Penggunaan sistem informasi kesehatan, aplikasi mobile untuk pemantauan kesehatan, dan platform edukasi daring dapat meningkatkan deteksi dini, pelaporan, dan kesadaran masyarakat. Selain itu, inovasi dalam bidang vaksinasi, pengobatan, dan diagnostik juga berkontribusi signifikan dalam mengurangi beban penyakit menular.

Kemajuan teknologi informasi dan komunikasi telah membuka peluang baru dalam pengendalian penyakit menular. Sistem pemantauan berbasis data real-time, aplikasi pelacakan kontak, dan platform edukasi digital dapat meningkatkan respons terhadap wabah. Teknologi ini juga memungkinkan penyebaran informasi kesehatan yang lebih cepat dan efisien kepada masyarakat, serta memungkinkan pelacakan dan pemantauan

yang lebih baik terhadap penyebaran penyakit (Hilton *et al.*, 2022).

Namun, penting untuk memastikan bahwa teknologi digunakan secara etis dan inklusif, mengingat potensi kesenjangan digital. Program edukasi untuk meningkatkan literasi digital sangat penting agar semua lapisan masyarakat dapat mengakses informasi dengan mudah dan memahami cara-cara pencegahan penyakit menular (WHO, 2020).

E. Tantangan Global dalam Pengendalian Penyakit Menular

Beberapa tantangan utama dalam pengendalian penyakit menular meliputi:

- **Keterbatasan Sumber Daya:** Banyak negara, terutama di kawasan berkembang, menghadapi keterbatasan dalam hal dana, tenaga kesehatan, dan infrastruktur. Hal ini menghambat implementasi kebijakan pengendalian penyakit yang efektif (Zhang *et al.*, 2023).
- **Mobilitas Global:** Perjalanan internasional memfasilitasi penyebaran cepat patogen, seperti yang terlihat pada pandemi COVID-19. Mobilitas ini menambah kompleksitas pengendalian penyakit karena memerlukan koordinasi internasional yang cepat dan efektif (Burton, 2020).
- **Perubahan Iklim:** Perubahan iklim dapat mempengaruhi distribusi vektor penyakit, seperti nyamuk pembawa malaria. Kebijakan pengendalian penyakit harus mempertimbangkan faktor-faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi pola penyebaran penyakit (Espinoza *et al.*, 2019).
- **Kesenjangan Kesehatan:** Ketidaksetaraan dalam akses layanan kesehatan meningkatkan kerentanannya terhadap penyakit menular. Negara-negara dengan

sistem kesehatan yang tidak memadai harus menghadapi tantangan besar dalam menanggulangi wabah penyakit menular (Knight *et al.*, 2016).

F. Studi Kasus: Respons Indonesia terhadap Penyakit Menular

Indonesia, sebagai negara kepulauan dengan populasi besar, menghadapi tantangan unik dalam pengendalian penyakit menular. Program imunisasi nasional, kampanye sanitasi, dan peningkatan kapasitas rumah sakit adalah beberapa upaya yang telah dilakukan. Namun, tantangan seperti disparitas akses layanan kesehatan antara daerah perkotaan dan pedesaan, serta kesiapsiagaan menghadapi wabah baru, tetap menjadi perhatian. Indonesia, melalui Kementerian Kesehatan, telah bekerja keras untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pencegahan penyakit menular, tetapi masih banyak pekerjaan yang harus dilakukan untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program kesehatan (Prasetya, 2024).

G. Rekomendasi Kebijakan

Berdasarkan analisis di atas, beberapa rekomendasi kebijakan untuk pengendalian dan pencegahan penyakit menular antara lain:

1. Penguatan Sistem Kesehatan

Penguatan sistem kesehatan merupakan salah satu aspek yang sangat penting dalam upaya pengendalian dan pencegahan penyakit menular. Hal ini meliputi peningkatan kapasitas fasilitas kesehatan yang ada, baik dari segi infrastruktur, peralatan medis, maupun sumber daya manusia. Penyediaan obat-obatan dan vaksin yang memadai juga sangat krusial untuk mendukung penanggulangan penyakit menular. Penguatan sistem

kesehatan tidak hanya mencakup fasilitas kesehatan primer seperti Puskesmas, namun juga rumah sakit dan laboratorium yang mampu mendeteksi penyakit menular dengan cepat dan akurat. Pelatihan tenaga kesehatan, baik dokter, perawat, maupun tenaga medis lainnya, juga perlu ditingkatkan untuk memastikan mereka dapat memberikan pelayanan yang berkualitas dan dapat merespons dengan cepat terhadap wabah yang muncul. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Digital Library Admin, penting bagi pemerintah untuk memastikan keberlanjutan dan peningkatan kapasitas layanan kesehatan untuk menghadapi penyakit menular secara lebih efektif.

2. Peningkatan Koordinasi dan Kolaborasi

Koordinasi yang baik antara pemerintah pusat dan daerah sangat penting dalam memastikan bahwa kebijakan pengendalian penyakit menular dapat diterapkan dengan efektif. Seringkali, perbedaan kebijakan dan pengaturan antara pemerintah pusat dan daerah menyebabkan kesenjangan dalam pelaksanaan kebijakan kesehatan. Oleh karena itu, penguatan koordinasi dan kolaborasi antara kedua pihak sangat diperlukan. Selain itu, koordinasi antara sektor kesehatan dengan sektor terkait lainnya, seperti sektor pendidikan, sektor sosial, dan sektor ekonomi, juga harus diperkuat. Kerja sama antar sektor ini penting untuk menciptakan kebijakan yang holistik dan multisektoral. Penelitian yang dilakukan oleh jdih.gresikkab.go.id menunjukkan bahwa kolaborasi antar sektor dapat mempercepat penanganan wabah penyakit menular, serta meminimalkan tumpang tindih kebijakan yang sering terjadi di lapangan.

3. Edukasi dan Pemberdayaan Masyarakat

Edukasi dan pemberdayaan masyarakat sangat penting dalam pencegahan penyakit menular. Program edukasi kesehatan yang berbasis pada kebutuhan dan karakteristik masyarakat setempat dapat meningkatkan pemahaman masyarakat mengenai pentingnya pencegahan penyakit. Edukasi ini harus mencakup informasi yang jelas tentang cara-cara mencegah penyebaran penyakit menular, tanda-tanda penyakit yang harus diwaspadai, serta pentingnya melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin. Pemberdayaan masyarakat juga dapat dilakukan melalui pelatihan tentang perilaku hidup sehat dan pencegahan penyakit, seperti cara mencuci tangan yang benar, penggunaan masker, serta vaksinasi. Masyarakat yang teredukasi dengan baik akan lebih responsif dalam mengikuti protokol kesehatan yang ditetapkan oleh pemerintah, serta lebih proaktif dalam menjaga kesehatan diri dan lingkungan sekitar.

4. Pemanfaatan Teknologi

Teknologi memainkan peran yang semakin penting dalam pengendalian dan pencegahan penyakit menular. Pemanfaatan teknologi dalam sistem pemantauan, pelaporan, dan edukasi kesehatan dapat mempercepat deteksi penyakit menular, memungkinkan respons yang lebih cepat terhadap wabah, dan meningkatkan akses masyarakat terhadap informasi kesehatan. Sistem informasi kesehatan berbasis teknologi dapat digunakan untuk memantau tren penyakit menular secara real-time, mengidentifikasi daerah yang berisiko tinggi, serta memberikan informasi kepada masyarakat tentang langkah-langkah pencegahan yang perlu diambil.

Selain itu, aplikasi mobile juga dapat digunakan untuk memberikan edukasi dan pengingat kepada masyarakat mengenai jadwal vaksinasi, pemeriksaan kesehatan, serta cara pencegahan lainnya. Dengan menggunakan teknologi, pemerintah dapat meningkatkan efisiensi dalam pengelolaan data kesehatan dan mempercepat distribusi informasi yang akurat kepada masyarakat.

5. Pendekatan Berbasis Bukti

Pendekatan berbasis bukti sangat penting dalam merancang dan mengevaluasi kebijakan pengendalian dan pencegahan penyakit menular. Data dan bukti ilmiah yang valid dapat memberikan dasar yang kuat bagi pengambilan keputusan yang tepat dalam penanggulangan penyakit. Oleh karena itu, setiap kebijakan yang diambil harus didasarkan pada analisis data yang komprehensif dan hasil penelitian yang relevan. Penggunaan data epidemiologis yang terkini dapat membantu pemerintah dalam menentukan prioritas kebijakan, mengidentifikasi daerah yang berisiko tinggi, serta mengevaluasi efektivitas intervensi yang telah dilakukan. Pendekatan berbasis bukti juga memungkinkan kebijakan kesehatan yang lebih adaptif dan responsif terhadap perubahan situasi kesehatan masyarakat, sehingga kebijakan yang diterapkan selalu relevan dan efektif.

6. Pendidikan dan Kesadaran Masyarakat

Pendidikan dan kesadaran masyarakat merupakan elemen yang tidak terpisahkan dalam pengendalian penyakit menular. Program edukasi yang terus-menerus untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pencegahan penyakit menular akan sangat membantu dalam mengurangi risiko penyebaran penyakit. Kesadaran

yang tinggi akan pentingnya kebersihan, vaksinasi, serta deteksi dini dapat mendorong masyarakat untuk lebih aktif dalam menjaga kesehatan diri dan lingkungan sekitar. Program-program edukasi ini harus dilakukan secara berkelanjutan melalui berbagai media, baik media cetak, elektronik, maupun platform digital, agar pesan-pesan kesehatan dapat menjangkau masyarakat secara luas. Dengan meningkatnya kesadaran masyarakat, diharapkan terjadi perubahan perilaku yang positif dalam menjaga kesehatan.

7. Penelitian dan Pengembangan

Penelitian dan pengembangan dalam bidang kesehatan sangat penting untuk menciptakan solusi yang lebih inovatif dan efektif dalam pengendalian penyakit menular. Mendukung penelitian untuk pengembangan vaksin, terapi, dan strategi pencegahan baru akan membuka peluang baru dalam menghadapi penyakit menular yang sebelumnya sulit dikendalikan. Penelitian tentang vaksinasi, misalnya, dapat menghasilkan vaksin yang lebih efektif dan aman untuk digunakan oleh masyarakat. Begitu juga dengan penelitian tentang terapi obat yang lebih efisien dalam mengobati penyakit menular. Pemerintah perlu memberikan dukungan penuh terhadap penelitian di bidang kesehatan, baik melalui pembiayaan, fasilitas, maupun kolaborasi dengan institusi riset internasional. Inovasi dalam penelitian dan pengembangan ini sangat krusial untuk menciptakan kebijakan yang berbasis pada kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Analisis kebijakan pengendalian dan pencegahan penyakit menular merupakan langkah strategis dalam upaya meningkatkan

kesehatan masyarakat. Keberhasilan kebijakan ini sangat bergantung pada komitmen pemerintah, partisipasi masyarakat, dan dukungan dari berbagai sektor. Dengan pendekatan yang tepat, diharapkan beban penyakit menular dapat dikurangi secara signifikan, menuju masyarakat yang sehat dan produktif. Pengendalian dan pencegahan penyakit menular memerlukan pendekatan yang komprehensif dan terkoordinasi. Melalui analisis kebijakan yang mendalam, identifikasi tantangan, dan implementasi strategi berbasis bukti, sistem kesehatan dapat diperkuat untuk menghadapi ancaman penyakit menular di masa depan. Kolaborasi antara berbagai sektor dan pemangku kepentingan adalah kunci keberhasilan dalam upaya ini.

DAFTAR PUSTAKA

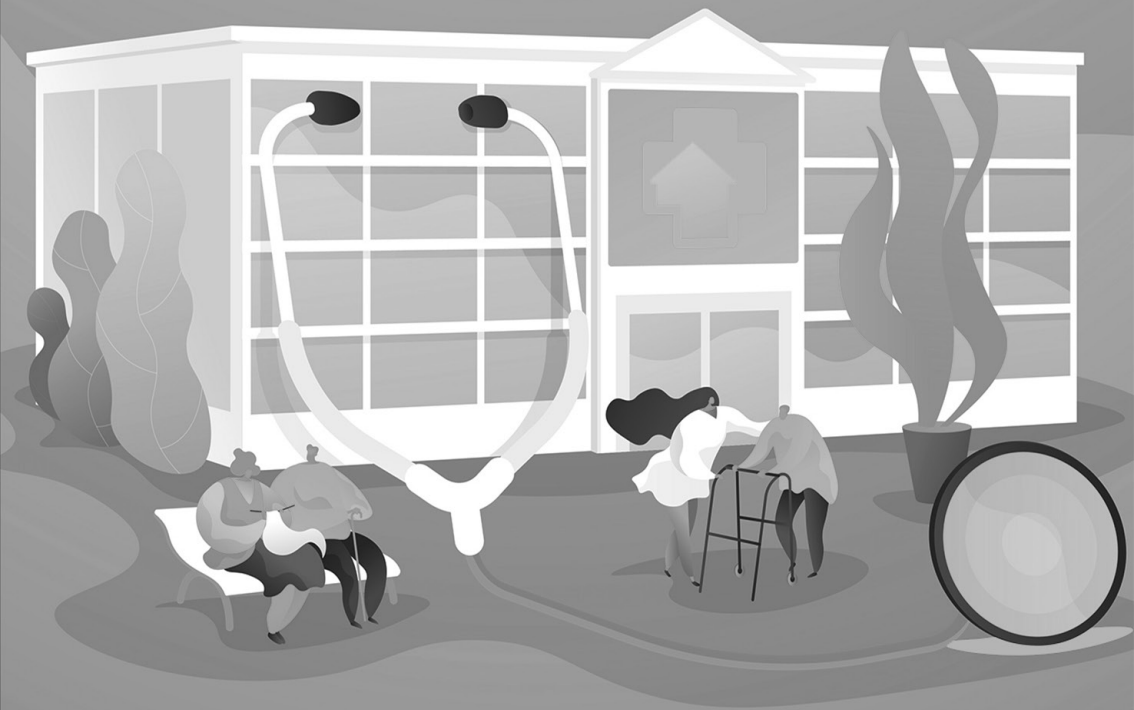
- Burton, D. C. (2020). Reducing the Burden of Infectious Diseases. Diponegoro University. (n.d.). *Nova Idea: Jurnal Ilmiah Kebijakan dan Administrasi Publik*. Diakses dari https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/nova_idea/article/download/46082/31738?utm_source=chatgpt.com
- Dong, Y., & Yao, Y.-D. (2020). IoT Platform for COVID-19 Prevention and Control: A Survey. *arXiv Preprint arXiv:2010.08056*.
Journal of Global Health, 10(2), 020301.
- Gostin, L. O., Friedman, E. A., & Wetter, S. A. (2015). The *International Health Regulationssosial*: A Global Health Law Framework for the 21st Century. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 43(1), 82-97. <https://doi.org/10.1111/jlme.12234>

- Knight, G. M., *et al.* (2016). Bridging the Gap Between Evidence and Policy for Infectious Disease Control. *Canadian Journal of Public Health*, 107(1), e1-e7.
- Lee, K., & Ryu, S. Y. (2018). The Role of Transportation in Infectious Disease Control and Prevention. *Environmental Health Perspectives*, 126(11), 117003. <https://doi.org/10.1289/EHP3409>
- Prasetya, D. S. (2024). Analisis Kebijakan Penanggulangan Peningkatan Kasus HIV/AIDS di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(2), 100-110.
- United Nations. (2019). *Global health and well-being*. United Nations Sustainable Development Goals. Diakses dari <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
- Universitas Muhammadiyah Makassar. (2020). *Analisis Kebijakan dan Implementasi Penanggulangan Penyakit Menular di Kabupaten Gresik Berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 18 Tahun 2020*. Diakses dari https://jdih.gresikkab.go.id/produk-hukum/download-file/artikel-hukum/analisis-kebijakan-dan-implementasi-penanggulangan-penyakit-menular-di-kabupaten-gresik-berdasarkan-peraturan-daerah-nomor-18-tahun-2020-1748403113?utm_source=chatgpt.com
- Universitas Muhammadiyah Makassar. (2020). *Full Text Jurnal Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Menular*. Diakses dari https://digilibadmin.unismuh.ac.id/upload/8038-Full_Text.pdf?utm_source=chatgpt.com
- WHO. (2020). *Sanitation and health*. World Health Organization. Diakses dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sanitation-and-health>
- Wikipedia. (n.d.). *Health security*. Diakses dari https://en.wikipedia.org/wiki/Health_security?utm_source=chatgpt.com

- Wikipedia. (n.d.). *International Health Regulationssosial*. Diakses dari https://en.wikipedia.org/wiki/International_Health_Regulations?utm_source=chatgpt.com
- Zhang, X. X., *et al.* (2023). Infectious Disease Control: From Health Security Strengthening to Global Health Governance. *Global Health Action*, 16(1), 2033193. Link

BIODATA PENULIS

Wahjoe Handini, SKM., M.Kes. Penulis menyelesaikan program S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan lulus tahun 2010 dan menyelesaikan program S2 di Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro lulus tahun 2013. Penulis pernah bekerja sebagai fasilitator pemberdayaan masyarakat dan dosen di Program Studi Optometri Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) HAKLI Semarang sejak tahun 2014 hingga saat ini. Saat ini penulis sebagai Ketua Program Studi Optometri STIKES HAKLI Semarang. Email penulis : wahjoepooh@gmail.com



Bab 8

Analisis Kebijakan Akses Air Bersih dan Sanitasi

Globila Nurika, S.KM., M.KL.

A. Air Bersih dan Sanitasi di Indonesia

Akses air bersih dan sanitasi menjadi suatu kebutuhan yang paling mendasar makhluk hidup khususnya manusia untuk keberlangsungan hidup serta menjaga kesehatan dan kesejahteraan. Permintaan akan air bersih akhir-akhir ini melampaui pertumbuhan populasi manusia di bumi. Fenomena ini mengakibatkan terjadinya kelangkaan air yang dialami oleh beberapa belahan bumi. Kebutuhan penyediaan air bersih yang terus meningkat disebabkan cepatnya pertumbuhan penduduk di bumi, aktivitas urbanisasi, dan kebutuhan penyediaan air pada sektor pertanian, industri, dan energi *United Nations* mengungkapkan bahwa akan terjadi kekurangan akses pada layanan dasar air bersih dan sanitasi oleh miliaran orang pada tahun 2023. (*United Nations*, 2024) Kelangkaan air juga diproyeksikan meningkat seiring dengan naiknya suhu global akibat perubahan iklim di bumi. Namun, kondisi ini dapat ditangani dengan melakukan investasi dalam Penyediaan infrastruktur serta sarana prasarana sanitasi; perlindungan dan pemulihan ekosistem air; dan pendidikan kebersihan sehingga akses universal terhadap air minum dapat diberikan secara aman dan terjangkau untuk semua pada tahun 2030. Selain itu, efisiensi penggunaan air yang terus ditingkatkan adalah kunci dari penanganan kelangkaan air di bumi.

Akses air bersih dan sanitasi sangat penting untuk kesehatan, keberlanjutan ekosistem, ekonomi dan pendidikan, keamanan pangan dan hak asasi manusia.

Pada tahun 2022, fenomena kekurangan air minum yang aman dialami oleh 2,2 miliar orang, 703 juta tanpa layanan air dasar; 3,5 miliar orang tidak memiliki sanitasi yang dikelola dengan aman, termasuk 1,5 miliar orang tanpa layanan sanitasi dasar; dan 2 miliar tidak memiliki fasilitas cuci tangan dasar, termasuk

653 juta tanpa fasilitas cuci tangan sama sekali. (*United Nations*, 2024) Upaya pembangunan berkelanjutan dapat dilakukan untuk menjamin akses air bersih dan sanitasi bagi seluruh manusia di bumi. Hal ini juga telah tertuang dalam tujuan *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya pada tujuan keenam yang menitikberatkan pada “Menjamin Ketersediaan dan Pengelolaan Air Bersih dan Sanitasi yang Berkelanjutan untuk Semua”. Upaya pencapaian tujuan 6 SDGs membutuhkan kolaborasi berbagai pihak untuk memastikan tidak ada individu atau komunitas yang tertinggal, demi terciptanya dunia yang lebih sehat, adil, dan berkelanjutan.

Di Indonesia, kondisi pencampaan akses terhadap air bersih dan sanitasi telah tertuang pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024 yang direncanakan dan diimplementasikan secara konsisten dengan tujuan SDG 2030. Data Indonesia Water Institute (2022) menunjukkan bahwa terjadi peningkatan konsumsi air bersih masyarakat selama masa pandemi COVID-19 hingga 3 hingga 5 kali lipat dari tingkat normal. Hal tersebut melebihi angka kebutuhan air bersih yang direkomendasikan oleh *World Health Organization* (WHO) yaitu 15-20 liter per orang per hari. Kondisi ini akan berisiko menimbulkan fenomena kelangkaan air bersih jika tidak dilakukan pengelolaan dengan baik dan berkelanjutan. Kondisi kelangkaan air ini juga dapat diperparah dengan adanya kekeringan akibat perubahan iklim. Di Indonesia, daerah yang menghadapi kekeringan dan kelangkaan air diproyeksikan meningkat dari 6,0% pada tahun 2000 menjadi 9,6% pada tahun 2045. Kelangkaan ini terjadi dapat disebabkan oleh kondisi kritis di daerah tangkapan air hulu dan ekstraksi air tanah perkotaan yang berlebihan, khususnya di Jawa, Bali, dan Nusa Tenggara. (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional RI, 2019)

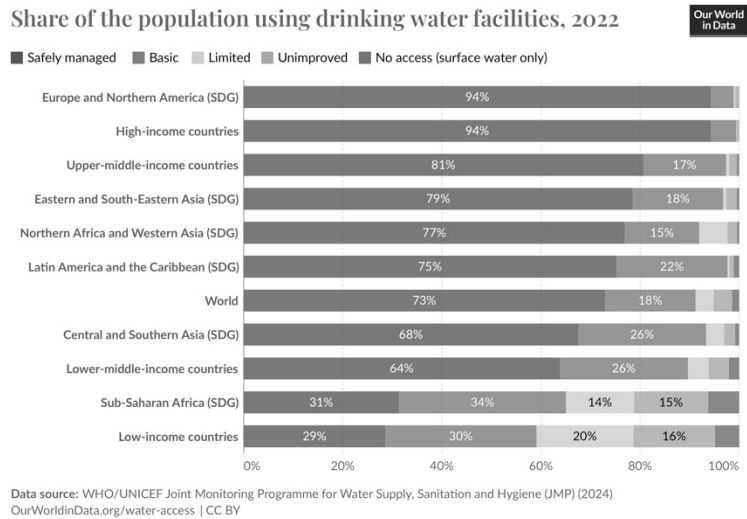
Kondisi kelangkaan air bersih ini dapat meluas pada air minum, dengan akses ke air pipa nasional hanya mencapai 19,06% dari target 30% pada tahun 2024, dan distribusi tetap tidak merata. (Ali, dkk, 2024) Air bersih dan sanitasi memiliki hubungan yang sangat erat dalam menjaga kesehatan masyarakat dan mendukung pembangunan berkelanjutan. Berdasarkan penjelasan tersebut, pemerintah Indonesia sedang menghadapi tantangan besar dalam mengembangkan infrastruktur air bersih nasional yang mendukung penyelenggaraan sanitasi.

B. Sumber Air yang Tidak Aman Bertanggung Jawab atas Lebih dari Satu Juta Kematian Setiap Tahun

Air yang tidak aman adalah salah satu masalah kesehatan dan lingkungan terbesar di duniadi negara berkembang dengan jumlah penduduk miskin yang banyak. *The Global Burden of Disease* adalah studi global utama tentang penyebab dan faktor risiko kematian dan memperkirakan jumlah kematian tahunan yang dikaitkan dengan berbagai faktor risiko. Kurangnya akses ke sumber air yang aman merupakan faktor risiko utama penyakit menular, termasuk kolera, diare, disentri, hepatitis A, tifus, dan polio (Ritchie, *et al*, 2024)

Secara global, sumber air yang tidak aman menyumbang beberapa persen dari kematian. Di negara-negara berpenghasilan rendah, angka ini menyumbang sekitar dua kali lebih banyak kematian. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDG) Target 6.1 adalah untuk: “mencapai akses universal dan merata ke air minum yang aman dan terjangkau untuk semua” pada tahun 2030. Hampir tiga perempat populasi dunia menggunakan sumber air yang dikelola dengan aman. Satu dari empat orang tidak menggunakan sumber air minum yang aman. (Ritchie, *et*

al, 2024) Dunia telah membuat kemajuan dalam beberapa tahun terakhir, tetapi sayangnya, ini sangat lambat.



Gambar 8.1 Penggunaan Fasilitas Air Minum yang Aman Di Seluruh Dunia Tahun 2022 (Ritchie, *et al*, 2024)

Pada tahun 2015 (pada awal SDGs), sekitar 70% populasi global memiliki air minum yang aman, dan ini perlahan-lahan meningkat selama beberapa tahun terakhir. (Ritchie, *et al*, 2024)

C. Konsep Dasar Kebijakan Air Bersih dan Sanitasi

Air merupakan senyawa penting bagi keberlangsungan hidup makhluk hidup termasuk manusia. Air memiliki standar Baku Mutu Lingkungan (BML) agar dapat digunakan secara aman oleh manusia untuk kebutuhan sehari-hari sebagai air bersih maupun air minum. Standard BML tersebut dapat dipenuhi untuk penyelenggaraan sanitasi yang meliputi parameter fisik, kimia, dan biologi yang telah diatur dalam peraturan perundangan yang

berlaku di Indonesia. Adapaun peraturan perundangan tersebut di antaranya sebagai berikut:

1. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan.
2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 122 Tahun 2015 tentang Sistem Penyediaan Air Minum.
3. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2023 tentang Kebijakan Nasional Sumber Daya Air.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2023 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan.

Sanitasi merupakan suatu perilaku yang ditujukan untuk penyediaan sarana dan prasaran dalam menunjang terselenggaranya aktivitas manusia yang lebih bersih dan mencegah terjadinya suatu penyakit. Oleh karena itu akses air erat kaitannya dengan sanitasi. Penyediaan air yang baik secara kualitas dan kuantitas dapat menjadi sarana sanitasi yang dapat memutus mata rantai penularan penyakit. Hal ini dapat diwujudkan dengan implementasi kebijakan dan program pengelolaan sumberdaya air yang berkelanjutan.

Akses air dan sanitasi telah diakui secara internasional oleh Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) sebagai hak asasi manusia. Hal ini dinilai penting bagi kesehatan, martabat, dan kesejahteraan setiap orang di muka bumi. Hak asasi manusia atas air minum yang aman serta sanitasi pertama kali diakui oleh Majelis Umum (*the General Assembly*) PBB dan Dewan Hak Asasi Manusia sebagai bagian dari hukum internasional yang mengikat, melalui Resolusi PBB A/RES/64/292 (*The human right to water and sanitation*) yang diadopsi pada bulan Juli tahun 2010. Dalam perkembangannya, hak asasi manusia atas sanitasi secara eksplisit diakui sebagai hak tersendiri melalui Resolusi Majelis Umum

PBB A/RES/70/169 (*The human rights to safe drinking water and sanitation*) pada tahun 2015. (Rahman, 2024) Pemenuhan akan akses air di tingkat rumah tangga dapat dihubungkan dengan tingkat kepedulian terhadap Kesehatan. Ketika pasokan air tidak tersedia secara terus-menerus pada tingkat rumah tangga atau penggunaan air yang lebih sedikit karena harga air melebihi tingkat kemampuan rumah tangga, maka akan mempengaruhi penyelenggaraan sanitasi yang dapat berdampak pada Kesehatan individu di rumah tangga. Tingkatan akses terhadap air di tingkat rumah tangga, dibagi menjadi 4 kategori yaitu: (i) akses tidak memadai; (ii) akses dasar; (iii) akses menengah; (iv) akses optimal. Hal ini dibagi berdasarkan jumlah kebutuhan rata-rata per orang per hari.

Tabel 8.1 Tingkatan Akses Air Bersih dan Kebutuhan Perbaikan untuk Kesehatan (Rahman, 2024)

Aksesibilitas Air Tingkat RUMah Tangga	Akses Pasokan Air	Kebutuhan Peruntukan Air	Tingkat Perbaikan untuk Kesehatan
Akses tidak memadai (Kuantitas air < 5,3 liter /orang/hari)	Waktu pengumpulan air 30 menit atau jarak sumber air > 1000 meter	Minum – tidak dapat dijamin Memasak – tidak dapat dijamin Kebersihan – tidak dapat terjamin di rumah, mengorbankan kebersihan makanan, mencuci tangan dan mencuci muka; kegiatan kebersihan lainnya harus dilakukan jauh dari rumah	Sangat Tinggi

Aksesibilitas Air Tingkat RUMah Tangga	Akses Pasokan Air	Kebutuhan Peruntukan Air	Tingkat Perbaikan untuk Kesehatan
Akses dasar (Kuantitas air < 20 liter/orang/hari)	Waktu pengumpulan air 5–30 menit atau jarak sumber air 100–1000 meter	Minum – harus terjamin Memasak – harus terjamin Kebersihan – ke- bersihan makanan, cuci tangan dan cuci muka dapat terjamin; mandi dan mencuci tidak dapat dilaku- kan di rumah tetapi dapat dilakukan di sumber air	Tinggi
Akses menengah (Kuantitas air ± 50 liter/ orang/hari)	Waktu pengumpulan air 5 menit atau air dialirkan melalui satu keran di lahan, atau jarak sumber air 100 meter	Minum –terjamin Memasak –terjamin Kebersihan – semua kebersihan makanan, cuci tangan dan cuci muka terjamin dalam kondisi non-wabah; peningkatan kebersi- han selama wabah penyakit menular tidak terjamin; mandi dan mencuci di rumah juga harus terjamin	Sedang
Akses optimal (Kuantitas air > 100 liter/ orang/hari)	Air tersedia secara terus menerus dengan supplay yang berasal dari beberapa keran	Minum – terpenuhi Memasak – semua kebutuhan terpenuhi Kebersihan – semua kebersihan makanan, cuci tangan dan cuci muka harus dipenuhi termasuk untuk mandi dan mencuci di rumah, serta membersihkan rumah	Rendah

Peningkatan akses air telah menjadi komitmen pemerintah Indonesia. Komitmen tersebut dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional sebagaimana Pasal 4 Ayat (2) berdasarkan target SDGs 2030. Adapun target tersebut di antaranya adalah sebagai berikut:

1. Akses yang memadai dan merata terhadap sanitasi dan kebersihan mencapai 100%;
2. Akses terhadap air minum yang aman, merata, terjangkau, dan yang terlayani 100%;
3. Peningkatan mutu air sesuai baku mutu air yang ditetapkan;
4. Keberlanjutan pasokan air yang terjamin;
5. Implementasi prinsip pengelolaan sumber daya air terpadu;
6. Efisiensi penggunaan air di semua sector yang ditingkatkan;
7. Pelindungan dan pemulihan ekosistem terkait sumber daya air; dan
8. Pengurangan risiko kerugian akibat bencana terkait air.

Selain sebagai Hak Asasi Manusia, implementasi kebijakan akses air dan sanitasi ini juga perlu memenuhi beberapa prinsip. Pertama, keadilan dan inklusi yang memastikan akses merata, terutama bagi kelompok rentan seperti perempuan, anak-anak, dan masyarakat miskin. Kedua, keberlanjutan yang mempertimbangkan pelestarian sumber daya alam dan dampak lingkungan. Ketiga, partisipasi masyarakat yang berarti melibatkan masyarakat dalam perencanaan, pengelolaan, dan pengawasan layanan air bersih dan sanitasi.

D. Tinjauan Kebijakan Akses Air Bersih dan Sanitasi di Indonesia

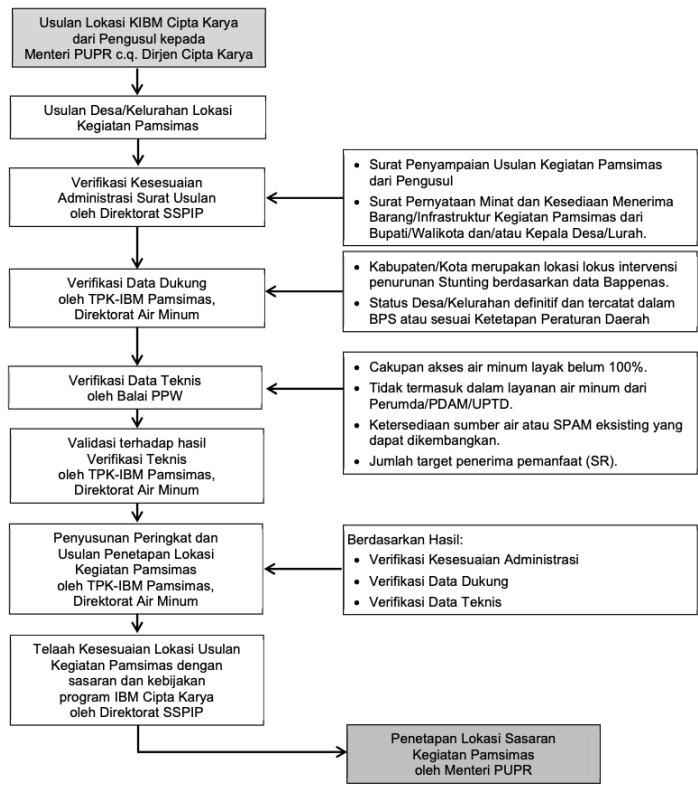
Di Indonesia, dua program utama yang mendukung tercapainya akses universal terhadap air bersih dan sanitasi. Kedua program tersebut yaitu Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (PAMSIMAS) dan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Keduanya memiliki peran strategis dalam mendukung pencapaian tujuan SDGs 2030, khususnya Goal 6.

PAMSIMAS diluncurkan pada tahun 2008 oleh pemerintah Indonesia, bekerja sama dengan Bank Dunia, untuk meningkatkan akses air bersih dan sanitasi di wilayah pedesaan dan pinggiran kota. Terdapat 3 capaian utama dalam implementasi program PAMSIMAS di Indonesia yaitu peningkatan akses air bersih, fasilitas sanitasi, dan pemberdayaan masyarakat. Adapun penjelasan singkat dari ketiga capaian utama tersebut adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan akses air bersih: hingga tahun 2023, PAMSIMAS telah menjangkau lebih dari 35.000 desa di 408 kabupaten/kota di seluruh Indonesia, memberikan akses air bersih kepada jutaan masyarakat pedesaan.
2. Fasilitasi sanitasi: selain menyediakan air bersih, PAMSIMAS juga mendukung pembangunan infrastruktur sanitasi berbasis masyarakat, seperti toilet umum dan tempat pembuangan limbah.
3. Pemberdayaan masyarakat: PAMSIMAS melibatkan masyarakat lokal dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pemeliharaan infrastruktur, sehingga meningkatkan rasa kepemilikan dan keberlanjutan program.

Kegiatan PAMSIMAS ini dapat diselenggarakan di seluruh Kabupaten/Kota di Indonesia. Namun, terdapat beberapa kriteria yang perlu dipenuhi hingga tingkat Desa/Kelurahan untuk ditentukan sebagai sasaran lokasi pelaksanaan PAMSIMAS. Adapun kriteria dan persyaratan Desa/Kelurahan pamsimas adalah sebagai berikut:

1. Lokasi intervensi PAMSIMAS tidak termasuk dalam wilayah layanan air minum dari PERUMDA/PDAM/UPTD.
2. Cakupan akses air minum layak masyarakat desa/kelurahan belum mencapai 100%.
3. Terdapat penduduk/masyarakat yang menjadi target penerima manfaat spam dan potensi sambungan rumah.
4. Ketersediaan sumber air atau spam eksisting yang dapat dikembangkan.
5. Kesediaan mengumpulkan kontribusi minimal 10% dari total Rencana Kerja Masyarakat (RKM) dalam bentuk *in-cash* (uang tunai) dan/atau *in-kind* (tenaga kerja dan material).
6. Kesanggupan menyediakan lahan untuk lokasi pembangunan sarana air minum.
7. Kesediaan melakukan pengoperasian dan pemeliharaan sarana air minum terbangun.
8. Kesanggupan menyediakan dana untuk pengembangan dan keberlanjutan SPAM terbangun, termasuk pembiayaan sambungan rumah dari dana APBDESA dan/atau swadaya masyarakat



Gambar 8.2 Proses Penetapan Lokasi Sasaran Program PAMSIMAS (PAMSIMAS, 2024)

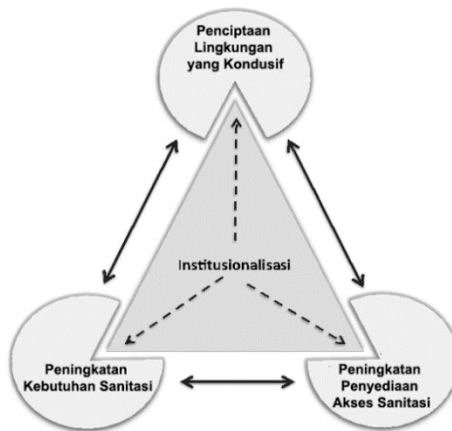
Implementasi kegiatan PAMSIMAS ini tentunya menghadapi beberapa tantang yaitu keterbatasan anggaran, perawatan fasilitas, serta ketidakmerataan implementasi di wilayah terpencil. Sehingga, untuk mendukung keberhasilan tujuan dari program PAMSIMAS yang mulai mengintegrasikan teknologi berbasis digital untuk monitoring dan melibatkan lebih banyak sektor swasta dalam pembiayaan.

Perkembangan program kedua yaitu tentang STBM. STBM adalah pendekatan sanitasi yang diluncurkan oleh Kementerian

Kesehatan RI pada tahun 2008 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Program ini bertujuan untuk mengubah perilaku higienis masyarakat melalui lima pilar utama:

1. Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS).
2. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS).
3. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga yang Aman.
4. Pengelolaan Sampah Rumah Tangga.
5. Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga.

Implementasi penyelenggaraan program STBM menggunakan strategi dengan melibatkan 3 komponen utama yang saling mendukung satu dengan yang lain. Ketiga konsep tersebut yaitu penciptaan lingkungan yang kondusif, peningkatan kebutuhan sanitasi, dan peningkatan penyediaan akses sanitasi. Jika salah satu dari 3 komponen STBM tersebut tidak dilaksanakan maka proses pencapaian 5 (lima) Pilar STBM akan tidak maksimal.



Gambar 8.3 Strategi Penyelenggaraan STBM (Kementerian Kesehatan RI, 2014)

Pilar pertama menjadi pintu masuk pertama yang harus dicapai untuk mencapai sanitasi total lima pilar. Terdapat 3 capaian utama dalam implementasi program STBM di Indonesia yaitu deklarasi Open Defecation Free (ODF), perubahan perilaku higienis, dan dukungan multi sektoral. Adapun penjelasan singkat dari ketiga capaian utama tersebut adalah sebagai berikut:

1. **Deklarasi *Open Defecation Free* (ODF):** Pendeklarasian ODF dimulai dari tingkat DEsa/Kelurahan yang diawali dengan penilaian oleh tim verifikasi ODF terkait dengan keberadaan fasilitas dan perilaku Stop BABS dan keberadaan tyinja manusia di lingkungan. Hingga tahun 2023, ribuan desa telah mendeklarasikan diri sebagai wilayah Bebas Buang Air Besar Sembarangan.
2. **Perubahan Perilaku Higienis:** Edukasi dan kampanye STBM dengan metode pemicuan yang menghasilkan natural leader di masyarakat telah mendorong masyarakat secara luas untuk mengadopsi kebiasaan sehat, seperti mencuci tangan pakai sabun dan pengelolaan sampah yang baik.
3. **Dukungan Multi-Sektoral:** STBM diimplementasikan dengan melibatkan lintas sektor, seperti pemerintah daerah, organisasi non-pemerintah (NGO), dan dunia usaha.

Implementasi kegiatan STBM ini tentunya menghadapi beberapa tantang yaitu perubahan perilaku masyarakat membutuhkan waktu lama, terutama di daerah dengan akses edukasi yang terbatas. Sehingga, untuk mendukung keberhasilan tujuan dari program STBM tersebut, perlu adanya inovasi program STBM dengan penggunaan media digital dan kampanye berbasis komunitas untuk meningkatkan efektivitas penyuluhan.

Program PAMSIMAS dan STBM merupakan kolaborasi program di Indonesia yang dapat berhasil menciptakan dampak positif yang signifikan, seperti peningkatan kesehatan masyarakat, penurunan angka penyakit akibat sanitasi buruk, dan peningkatan kualitas hidup di pedesaan. Program PAMSIMAS akan berfokus pada penyediaan infrastruktur air bersih dan sanitasi, sedangkan program STBM berfokus untuk mendorong perubahan perilaku masyarakat untuk menggunakan dan memelihara fasilitas tersebut secara berkelanjutan.

E. Tantangan dan Peluang Implementasi Kebijakan Air Bersih dan Sanitasi di Indonesia

Tantangan dalam akses air bersih dan sanitasi di Indonesia, seperti ketimpangan geografis, pencemaran sumber air, dan keterbatasan infrastruktur, dapat diatasi melalui optimalisasi peluang yang ada. Dukungan kebijakan pemerintah, kemajuan teknologi, keterlibatan komunitas, dan kolaborasi multi-sektoral adalah kunci untuk mempercepat peningkatan akses yang merata dan berkelanjutan. Dengan pendekatan yang terpadu, Indonesia dapat mencapai target universal akses air bersih dan sanitasi sesuai dengan visi SDGs. Secara rinci, berikut adalah tantangan dan peluang implementasi kebijakan air bersih dan sanitasi di Indonesia:

1. Tantangan

- a. Ketimpangan geografis seperti wilayah terpencil pedalaman, dan kepulauan seringkali sulit dijangkau oleh infrastruktur air bersih dan sanitasi. Keterbatasan air di daerah tertentu, seperti wilayah kering di Nusa Tenggara Timur dan Nusa Tenggara Barat.
- b. Kualitas air yang buruk karena tingginya pencemaran sumber air akibat limbah domestik, industri, dan pertanian.

- c. Perubahan iklim seperti perubahan pola curah hujan dan kekeringan berkepanjangan memengaruhi ketersediaan air bersih, serta risiko terjadinya banjir yang memperburuk sanitasi karena memperluas kontaminasi air limbah ke sumber air.
- d. Keterbatasan infrastruktur atau belum meratanya pembangunan fasilitas air bersih dan sanitasi, terutama di daerah tertinggal, perbatasan, dan kawasan perkotaan padat penduduk.
- e. Rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya perilaku higienis, seperti mencuci tangan dengan sabun dan tidak buang air besar sembarangan, serta adanya tradisi atau kebiasaan lokal yang kadang bertentangan dengan praktik sanitasi yang sehat.
- f. Anggaran pemerintah yang tidak selalu memadai untuk memenuhi kebutuhan pembangunan air bersih dan sanitasi di seluruh Indonesia.

2. Peluang

- a. Dukungan kebijakan pemerintah dalam penyelenggaraan program PAMSIMAS dan STBM yang mendukung peningkatan akses air bersih dan sanitasi untuk pencapaian SDGs 6.
- b. Penggunaan teknologi penyaringan air sederhana hingga modern, seperti desalinasi air laut, sistem reverse osmosis, dan pengolahan air limbah domestik.
- c. Aplikasi digital untuk memantau dan mengelola infrastruktur air bersih dan sanitasi secara lebih efisien.
- d. Keterlibatan komunitas dalam edukasi berbasis komunitas yang mendorong perubahan perilaku terkait sanitasi, serta partisipasi aktif masyarakat dalam pengelolaan fasilitas air bersih dan sanitasi.

- e. Kolaborasi antara pemerintah, sektor swasta, LSM, dan organisasi internasional untuk mendukung pembangunan dan pembiayaan infrastruktur air bersih dan sanitasi.
- f. Keterlibatan CSR (*Corporate Social Responsibility*) perusahaan dalam membangun akses air bersih dan sanitasi di daerah terpencil.
- g. Indonesia memiliki curah hujan tinggi dan sumber daya air yang melimpah di sebagian besar wilayahnya, yang dapat dioptimalkan melalui pengelolaan yang berkelanjutan.
- h. Perubahan perilaku positif di kalangan generasi muda terkait penggunaan air bersih dan pengelolaan limbah dan semakin banyak masyarakat yang menyadari pentingnya air bersih dan sanitasi, didorong oleh kampanye kesehatan dan dukungan media.

Air bersih dan sanitasi adalah fondasi utama bagi kesehatan, kesejahteraan, dan pembangunan berkelanjutan. Analisis kebijakan air bersih dan sanitasi mengungkapkan tantangan multidimensional yang membutuhkan pendekatan holistik, termasuk regulasi yang kuat, kolaborasi lintas sektor, partisipasi masyarakat, dan inovasi teknologi. Dalam menghadapi dinamika perubahan lingkungan dan sosial, kebijakan yang adaptif dan inklusif menjadi kunci untuk memastikan akses yang merata dan berkelanjutan.

Melalui komitmen yang konsisten dari pemerintah, dukungan mitra pembangunan, serta peran aktif masyarakat, Indonesia dapat mewujudkan visi besar menuju pencapaian air bersih dan sanitasi universal, sebagaimana yang diamanatkan oleh Tujuan SDGs 6. Upaya ini tidak hanya menjawab kebutuhan dasar

manusia, tetapi juga menjadi investasi strategis bagi masa depan yang lebih sehat, inklusif, dan berdaya saing.

DAFTAR PUSTAKA

- BAPPENAS (2019). The National Medium-Term Development Plan (RPJMN) 2020–2024. Jakarta: Government of Indonesia.
- Firdaus Ali, D. L. (2024). Strategy Analysis for the Fulfilment of Clean Water Needs Through Piped-Water Service in Metropolitan City during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Technology*.
- Hannah Ritchie, F. S. (2024). Clean Water: Clean and safe water is essential for good health. How did access change over time? Where do people lack access? *Clean Water and Sanitation*.
- Indonesia Water Institute. (2022). Study of Clean Water Consumption Patterns during Covid-19 Pandemic. Jakarta: Indonesia Water Institute.
- Indonesia, K. K. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2014 Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2023 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan
- PAMSIMAS. (2024). Petunjuk Teknis Penetapan Desa/Kelurahan. Jakarta: Direktur Air Minum.
- Rahman, F. (2024). Retrieved from Pusat Studi Lingkungan Hidup Universitas Gadjah Mada: <https://pslh.ugm.ac.id/>

kebutuhan-air-harian-rumah-tangga-aksesibilitas-dan-kesehatan/

Republik Indonesia. (2014). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan

Republik Indonesia. (2015). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 122 Tahun 2015 tentang Sistem Penyediaan Air Minum

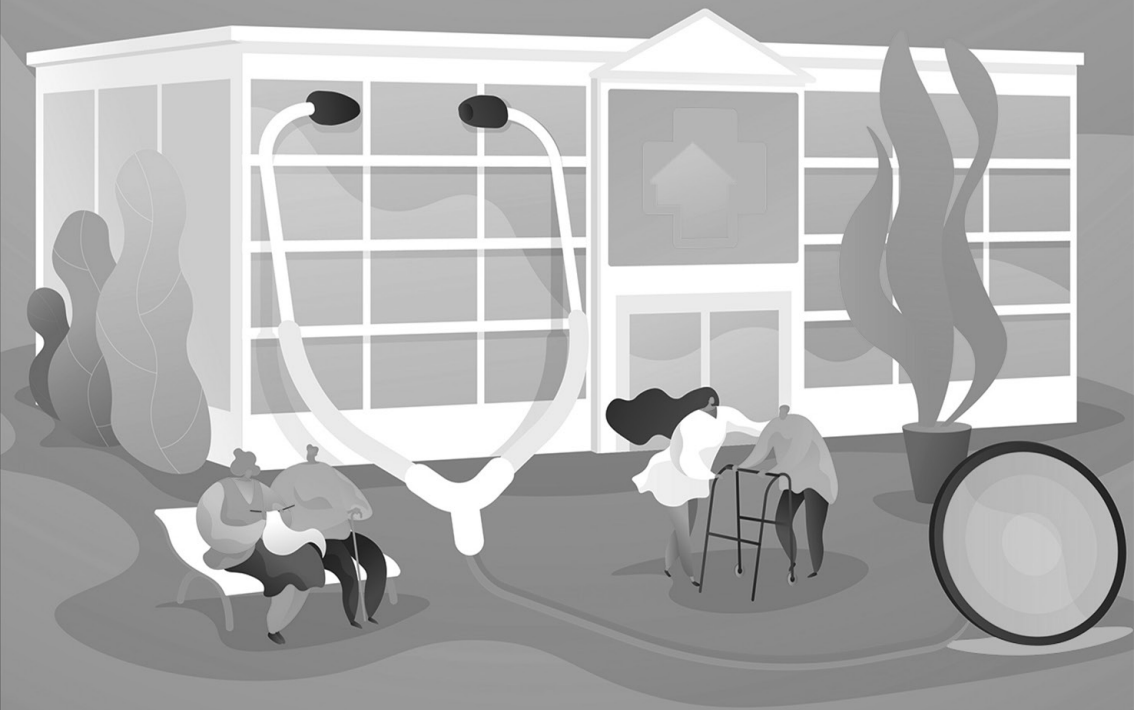
Republik Indonesia. (2023). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2023 tentang Kebijakan Nasional Sumber Daya Air

United Nations. (2024). Goal 6: Ensure access to water and sanitation for all. Retrieved from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/water-and-sanitation/>

BIODATA PENULIS



Globila Nurika, S.KM., M.KL. lahir di Situbondo, pada 14 Juni 1993. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Airlangga. Wanita yang kerap disapa Globila ini adalah dosen pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember sejak tahun 2019. **Globila Nurika** tidak hanya aktif mengajar, Ia juga aktif melakukan penelitian, pengabdian kepada masyarakat, dan publikasi ilmiah di bidang Kesehatan Lingkungan. Sejak tahun 2019, Ia juga kerap menjadi tenaga ahli penyusunan dokumen lingkungan seperti AMDAL. Globila juga tergabung dalam organisasi profesi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) sejak tahun 2018.



Bab 9

Analisis Kebijakan Kesehatan Lingkungan

Andi Ayumar, S.KM., M.Kes.

A. Pengantar Kebijakan Kesehatan Lingkungan

Kesehatan dalam definisi *World Health Organization* menekankan pada suatu keadaan optimal baik dari segi fisik, mental, dan sosial, yang bukan hanya sekadar tidak adanya kondisi penyakit atau kecacatan. Secara spesifik menjelaskan bahwa pada dasarnya kesehatan itu tidak hanya terkait dengan keadaan atau kondisi tubuh yang sehat, namun juga halnya tentu berkaitan dengan aspek-aspek lain seperti psikologis dan sosial. Dengan demikian menjelaskan bahwa kesehatan sesungguhnya merupakan kondisi atau keadaan tubuh, dan pikiran, serta sosial yang baik dan optimal, serta bebas dari adanya penyakit, cedera, dan kelemahan.

World Health Organization (WHO) tentang kesehatan lingkungan yaitu adanya keseimbangan ekologi yang ada antara manusia dengan lingkungannya sehingga terjamin kondisi sehat dari individu atau manusia itu sendiri. dalam hal ini, kajian tentang kesehatan lingkungan memiliki Ruang lingkup antara lain: penyediaan air minum, pembuangan sampah padat, pengelolaan air buangan serta pengendalian pencemaran, pencegahan dan pengendalian pencemaran tanah oleh ekskreta manusia, pengendalian vector, higenis makanan termasuk higenis susu, pengendalian pencemaran udara, pengendalian radiasi, pengendalian kebisingan, kesehatan kerja, perumahan dan pemukiman, aspek kesehatan lingkungan dan transportasi udara, perencanaan daerah perkotaan, pencegahan kecelakaan, rekreasi umum dan pariwisata, bencana alam dan perpindahan penduduk, serta tindakan-tindakan sanitasi yang berhubungan dengan keadaan epidemic atau wabah, dan tindakan pencegahan yang diutamakan untuk menjamin lingkungan (Notoatmodjo, 2010).

Kebijakan kesehatan merupakan keputusan, strategi, dan tindakan yang ditetapkan dan diambil oleh pemerintah dalam bidang kesehatan, dan organisasi masyarakat guna mempromosikan dan melindungi, serta terjadinya peningkatan kesehatan masyarakat secara umum atau keseluruhan. serta ditujukan guna memastikan bahwa setiap individu dan masyarakat memiliki akses pada layanan kesehatan yang terjangkau serta berkualitas, dan hal ini guna tercapainya daripada tujuan kesehatan yang lebih optimal individu dan masyarakat. Dalam hal ini kebijakan kesehatan yang perlu diterapkan salah satunya yaitu kebijakan yang ditujukan pada kesehatan lingkungan.

Kesehatan lingkungan merupakan upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan guna terwujudnya kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial. sebagaimana tertuang dalam Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 yang menjelaskan tentang kesehatan lingkungan itu sendiri.

Kebijakan kesehatan lingkungan itu merupakan kebijakan yang disusun atau dibuat oleh pemerintah dalam bidang kesehatan untuk mengatur lingkungan agar berada dalam kondisi lebih sehat dan aman bagi manusia dan makhluk hidup lainnya. Dengan lingkungan yang lebih sehat dan aman tentu dapat mencegah dari beragam macam kejadian penyakit termasuk dalam hal ini penyakit menular maupun penyakit yang tidak menular seperti penyakit jantung, kanker, penyakit pernapasan kronis, stroke serta penyakit lainnya yang disebabkan oleh agen penyakit dan jalur paparan dari kondisi lingkungan yang tidak sehat (Kemenkes RI, 2009).

Adapun yang menjadi sasaran pelaksanaan dalam kesehatan lingkungan adalah:

1. Tempat umum seperti hotel, terminal, pertokoan dan pasar, serta usaha lainnya yang sejenis
2. Lingkungan perumahan pemukiman seperti asrama dan sejenis lainnya serta rumah tinggal.
3. Lingkungan kerja seperti kawasan industri, perkantoran, dan yang sejenis lainnya.
4. Angkutan umum seperti transportasi darat, transportasi laut serta transportasi udara yang diperuntukkan untuk umum
5. Lingkungan lain yang bersifat khusus yaitu dalam kondisi atau keadaan darurat, perpindahan penduduk besar-besaran, bencana, tempat yang bersifat khusus di mana masalah yang terjadi pada kesehatan lingkungan berupa kejadian pencemaran lingkungan. Dalam hal ini seperti terjadinya pencemaran pada air, pencemaran pada tanah, dan, pencemaran pada udara.

B. Masalah Kesehatan Lingkungan dan Pembangunan Kesehatan Berkelanjutan

Pembangunan yang berjalan sejalan dengan laju pertumbuhan manusia atau jumlah penduduk di suatu wilayah. berkaitan erat dengan proses kehidupan manusia dengan pemanfaatan dalam segala potensi yang ada, baik melimpah ruahnya pada SDA atau sumber daya alam dan didukung keberadaan SDM atau sumber daya manusia yang mampu serta berdaya untuk berkontribusi dalam Pembangunan (Suprpto *et al.*, 2023). Namun begitu, Semakin berkembangnya pembangunan khususnya industri serta umat manusia, membuat lingkungan global juga semakin parah. terjadinya fenomena yang disebut pemanasan global telah menjadi factual dan bukan menjadi isu lagi, di mana dampaknya sangat dirasakan oleh seluruh kehidupan penduduk

bumi. Kejadian Iklim ekstrim seringkali dapat terjadi pada berbagai kawasan yang ada di seluruh belahan dunia. Di mana emisi gas karbon yang sulit untuk dikendalikan, dan lapisan ozon mengalami penipisan dan disinyalir ada yang sudah bocor. Dengan adanya pembangunan yang bersifat secara fisik saja di mana berkaitan dengan dimanfaatkannya sumber daya alam tentu saja akan mengakibatkan risiko terhadap perubahan ekosistem. selanjutnya, perubahan tersebut akan menimbulkan dampak. Maka dari itu, kegiatan pembangunan harus dilaksanakan secara integral dengan melibatkan semua aspek, mulai dari kemampuan dalam mengedepankan keseimbangan wawasan sosial ekonomi, hingga berwawasan lingkungan dan pembangunan dengan berorientasi pada pembangunan ramah lingkungan dan dukungan terhadap lingkungan.

Satu sisi, faktor lingkungan sebagai medium berperan penting dalam kejadian penularan serta beban penyakit menular, dengan adanya paparan kondisi lingkungan yang tidak sehat atau optimal, seperti halnya kondisi sanitasi yang tidak sehat atau sanitasi buruk, terjadinya polusi udara, akses air bersih yang tidak memadai, dan kejadian pencemaran lingkungan lainnya dapat berisiko meningkatkan kejadian risiko seperti kejadian infeksi saluran cerna, dan infeksi saluran pernapasan dan dampak lain yang muncul. Tantangan yang dihadapi di mana lingkungan sebagai mediasi seperti kejadian penyakit menular menjadi tantangan tersendiri bagi kesehatan secara umum atau global yang begitu signifikan, dari data laporan WHO pada tahun 2014 menyatakan Indonesia termasuk dalam urutan yang ketiga pada masalah sistem sanitasi yang tidak sehat atau terburuk di dunia bersama dengan 15 negara lainnya. Di mana laporan itu mengatakan bahwa Indonesia termasuk tertinggal cukup jauh dengan tetangga ASEAN lain yaitu Singapura serta Malaysia

yang tentunya indeks sanitasinya termasuk tinggi. Dengan data itu juga, menggambarkan bahwa setidaknya terdapat kurang lebih ada sekitar 109 Juta jiwa penduduk Indonesia berada dalam kondisi di mana sistem sanitasinya tergolong belum optimal dan layak, tentu dengan kondisi ini memberikan kerentanan terkena kejadian penyakit menular dengan adanya system sanitasi yang buruk tersebut (Pradika and Djasfar, 2023). Dalam riset lain menyebutkan bahwa tantangan lainnya adalah adanya wilayah prioritas yang termasuk sulit dalam pengeloaan secara optimal dan membutuhkan kebijakan khusus dalam mengelola sanitasi yang layak termasuk dalam hal ini terkhusus untuk wilayah pesisir. gambaran daripada sarana sanitasi masih termasuk dalam kondisi yang cendrung relatif rendah dan hal ini tak sebanding dengan jumlah penduduk yang bermukim. Masalah utamanya dalam sanitasi lingkungan yang ada di masyarakat pesisir yaitu masih terfokus pada perumahan yang layak, jamban keluarga, penyediaan air bersih, serta pembuangan sampah Akhir dan pembuangan sampah rumah tangga (Fikri, Rezal and Afa, 2023).

Dalam penelitian lain mengatakan karakteristik sanitasi yang sering ditemukan di pemukiman masyarakat pesisir seperti halnya rumah huni belum memenuhi kriteria yang disebut sehat, Hal ini tergambar pada kondisi bangunan rumah huni cendrung non-permanen serta belum terpenuhi fasilitas jamban layak yang sehat, dan tersedianya air bersih sesuai syarat sehat secara fisik baik dari segi warna, bau, dan rasa, pembuangan air limbah, dan kecendrungan sarana air bersih yang masih mengandalkan air dari sungai diolah secara sederhana dan secara kualitasnya belum terjamin, sementara mayoritas untuk pemilikan jamban masyarakat belum terpenuhinya syarat jamban yang sehat ditambah kebiasaan negatif BABS masih terjadi, hal ini terjadi karena keterbatasan lahan dan biaya (Sembiring and Safithri, 2023).

Dengan demikian disimpulkan dengan adanya keadaan sanitasi lingkungan pada wilayah yang menjadi kajian mengindikasikan begitu faktor lingkungan dalam hal ini lingkungan fisik dapat dikatakan sebagai faktor penentu daripada indikator daipada derajat kesehatan masyarakat itu sendiri. Di mana kondisi lingkungan yang tidak saniter atau buruk serta kotor dapat berisiko dalam menimbulkan kejadian penyakit. Indikator daripada status untuk kesehatan masyarakat ini dapat dipengaruhi oleh kualitas untuk sanitasi lingkungan yang di mana individu serta masyarakat itu bertempat tinggal atau berada. Hal ini sejalan dan menguatkan Teori oleh Blum yang dijelaskan tentang empat faktor yang dapat mempengaruhi daripada derajat kesehatan masyarakat dalam hal ini perilaku, layanan kesehatan, lingkungan, dan hereditas atau keturunan, namun pada kasus ini faktor daripada lingkungan yaitu dengan menjaga sanitasi lingkungan yang sehat dan bersih maka dapat menjadi faktor utama dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat (Sekarningrum, Nurwati and Wibowo, 2023) hasil riset ini memaknai begitu penting peran daripada lingkungan pada kejadian penularan penyakit menular dan mendukung terjadinya kejadian penyakit tidak menular lainnya, Sebagaimana hasil riset lain yang mengatakan dengan kurang akses pemenuhan air bersih, Polusi udara, sanitasi tidak sehat muncul sebagai signifikansi dari faktor risiko pada lingkungan, sehingga dapat memberi pengaruh pada prevalensi penyakit. dalam kejadian penyakit berbasis lingkungan seperti halnya dalam analisis epidemiologinya yang menjelaskan pola yang berbeda, pada kejadian kasus DBD atau demam berdarah misalnya, ini akan menjadi perhatian utama, dan terutama selama musim hujan (Tanjung *et al.*, 2023).

Dengan kemunculan kembali daripada beberapa kejadian penyakit sebagai bagian daripada akibat besarnya pada tekanan akan bahaya kesehatan lingkungan dikaitkan dengan adanya

cakupan pemenuhan air bersih serta jamban keluarga relative masih rendah, dan adanya perumahan tidak layak dan sehat, adanya pencemaran makanan dengan adanya mikroba, dan telur cacing, bahan kimia serta upaya penanganan pada sampah dan limbah yang belum terpenuhinya syarat sehat. Hal ini menunjukkan lingkungan sebagai Faktor dominan daripada kejadian penyakit seperti penyebab kejadian kasus diare yaitu sarana air bersih serta tempat pembuangan tinja yang tidak saniter. Di mana kedua faktor ini saling berinteraksi dengan perilaku negatif daripada manusia, lingkungan yang tidak mendukung dan tidak sehat karena tercampurnya kuman akan terakumulasi pada kebiasaan perilaku negatif individu tidak higienis dan tidak sehat akan mendorong terjadinya kejadian diare. Pemenuhan air bersih terbatas pula akan mudah dan memicu munculnya penyakit. Hasil penelitian menyebutkan bahwa adanya korelasi faktor lingkungan sebagaimana halnya penyediaan sarana air bersih, sarana jamban keluarga, pengelolaan sampah rumah tangga, pengelolaan limbah cair, dan personal higienis, dan ditambah dengan pengetahuan yang kurang, menjadi faktor risiko penyebab diare utamanya pada balita, ini sekaligus menjelaskan bahwa disamping faktor sanitasi yang tidak sehat dan buruk, pengetahuan ibu, juga personal higienis yang kurang menjadi faktor risiko terjadinya diare pada balita, dan hal ini harus diperbaiki (Iryanto, Joko and Raharjo, 2021).

Sebagaimana dalam riset lain yang mengatakan bahwa pemenuhan kebutuhan ketersediaan air serta jamban adalah bagian dari kebutuhan utama yang sudah tentu diperlukan dan dibutuhkan setiap individu. Di mana pemenuhan air serta fasilitas sarana dari sanitasi yang dipakai pada keseharian individu tentu bertalian erat dengan kesehatan. dan menjadi boomerang, kalau hal tersebut tidak menjadi perhatian pada sumber dan standar

kesehatannya, dengan begitu pemenuhan air serta sarana untuk sanitasi justru menjadikan medium dalam terjadinya sebaran penyakit, atau dalam arti lain akan menjadi medium perantara dalam terjadinya penularan penyakit (Basri *et al.*, 2023). Dalam perspektif kesehatan masyarakat, yaitu pemenuhan dan penyediaan sumber dari air bersih sedapat mungkin mampu terpenuhinya daripada kebutuhan masyarakat, dengan kondisi pemenuhan dan persediaan air bersih yang tidak cukup atau terbatas akan membawa kemudahan pada munculnya penyakit yang terjadi di masyarakat. Air dengan kualitas memenuhi syarat sehat dan baik serta adanya dukungan fasilitas sarana untuk pembuangan tinja yang memenuhi syarat sehat dapat tersedia bagian dari terpenuhinya kebutuhan dasar dan kebutuhan hidup manusia. disisi lain, dengan kondisi air tidak sehat dan bersih yang diperparah dengan fasilitasi jamban keluarga tidak sehat dapat menyebabkan penularan berbagai penyakit, dengan istilah *water borne disease* yaitu penyakit yang ditularkan melalui air, *water based disease* yaitu penyakit berbasis air, *water washed disease* yaitu penyakit akibat air bekas cuci, dan *water related insect vectors* yaitu penyakit yang ditularkan melalui gigitan serangga yang berkembang biak di dalam air (Nuraeni, 2021).

Begitu pun pada aktivitas industri yang saat ini berkembang pesat adalah unsur penting dalam pembangunan sektor industri yang bertujuan guna terjadinya peningkatan pada laju pertumbuhan ekonomi Negara. Di mana aktivitas dari pembangunan dari industri dapat memacu timbulnya dampak akibat penggunaan atau campuran bahan kimia atau adanya zat-zat di mana akan dapat membawa konsekuensi dari kerusakan dan memberikan kerugian pada lingkungan. ini tentu menjadi perhatian dengan Keberadaan industri dalam suatu daerah baik skala industri kecil ataupun besar hal ini berkonsekuensi

pada pengaruh serta perubahan yang terjadi pada masyarakat baik kondisi secara ekonomi, secara sosial, dan budaya pada masyarakat dalam kawasan di mana industri berada. Dalam hasil riset menunjukkan adanya aktivitas daripada produksi industri X, memberi dampak pada lingkungan dengan adanya temuan limbah yang terbuang dan mencemari daerah pada aliran sungai yang mengakibatkan ikan-ikan mengalami migrasi dan kematian akibat dari kontaminasi dari kandungan limbah, dan hal tersebut juga berdampak pada air sumur warga sekitar pun ikut mengalami tercemar (Marizka and Faidati, 2020)

Dampak lain dari masalah lingkungan yang muncul yakni, Akibat terjadinya global warming atau pemanasan global di mana suhu udara rata-rata Indonesia mengalami fluktuasi dari naik dan turunnya suhu di setiap tahunnya, Fenomena yang terjadi adalah dampak dari kondisi perubahan suhu yang memiliki tingkat konsentrasi besar dari gas CO₂ yang banyak dihasilkan dari sektor kendaraan atau transportasi dan juga industri. Dalam riset, menjelaskan bahwa sumber utama penyebab dari adanya konsentrasi tinggi pada kadar CO₂ di lingkungan karena adanya penggunaan dari bahan bakar fosil terutama pada sector transportasi atau kendaraan, dan industri, serta rumah tangga dan juga sampah menghasilkan emisi CO₂ dan menyebabkan terjadinya peningkatan suhu bumi atau global warming/pemanasan global, oleh karena itu maka perlu membutuhkan penerapan implementasi kebijakan serta teknologi sektor industri untuk dapat mengurangi dan mereduksi CO₂ di lingkungan (Safitri, 2022). Sebagaimana dapat dipahami bahwa dengan adanya dampak tingginya kadar CO₂ bagi lingkungan akan memicu terjadinya peningkatan pada suhu bumi dan menyebabkan efek rumah kaca, terjadinya peningkatan pada suhu bumi ini akibat konsentrasi gas rumah kaca yang terus bertambah

pada atmosfer dan dapat menjadikan bumi makin panas.hal ini karena efek rumah kaca ini karena keberadaan gas CO₂ yang ada pada atmosfer. Oleh karena itu juga, dibutuhkan implementasi pada kebijakan serta teknologi yang bertujuan untuk mampu mereduksi dampak buruk daripada CO₂. Begitupun keberadaan dampak dari CO berdampak bagi kesehatan manusia yang bisa bersumber dari keberadaan gas CO di udara yang dihasilkan dari transportasi seperti mobil, dan atau kendaraan lain, serta barang dirumah seperti halnya pemanas ruangan, cerobong asap, kompor gas serta tungku bocor, dan asap rokok yang melepaskan gas CO di dalam ruangan Hasil riset menyebutkan adanya data terkait penyakit, gejala serta efek pada kesehatan yang terjadi atau akibat paparan gas CO di lingkungan masyarakat, di mana dengan aparan gas CO yang di indikasi penyebab naiknya kadar karboksihemoglobin (COHb) dalam darah, yang berakibat pusing, sesak napas, sakit kepala, dan mata cendrung berair, serta berakibat pada tekanan darah tinggi. Paparan gas CO juga memicu terjadinya kejadian seperti bronchitis, hipertensi, jantung coroner, dan stroke dan dapat terjadi *Delayed Encephalopathy After Acute Carbon Monoxide Poisoning* (DEACMP). Dalam beberapa kasus dengan paparan dari gas CO dapat berkorelasi dengan kejadian BBLR, dan stunting pada balita (Rizaldi *et al.*, 2022).

Dalam masalah kesehatan lingkungan lainnya, persoalan Sampah memantik masalah yang cukup meresahkan, di mana hal ini berseiringan daripada laju pertumbuhan penduduk dan perubahan pada pola konsumsi yang ada di masyarakat yang memberi dampak pada terjadinya peningkatan pada volume, dan jenis sampah serta karakteristik pada sampah yang makin banyak serta beragam, dengan kondisi sampah tidak terkelola secara baik akan membawa atau mengandung berbagai mikroorganisme patogen penyebab penyakit seperti diare ,kecacingan dan lain

lain. Hasil riset menyebutkan dengan tingginya timbunan sampah akan menjadikan masalah besar yang memiliki dampak untuk kesehatan, dengan hal ini maka dibutuhkan strategi efektif dalam upaya pengelolaan untuk sampah. Aturan Regulasi dalam peraturan daerah terkait sistem dalam pengelolaan sampah dapat mengarahkan pada jaminan kepastian hukum sebagai upaya penerapan dalam pengelolaan sampah yang mampu memberikan kepuasan pada pelanggan (Yudianto, Setyono and Handayani, 2021). Dan pada kondisi ini di mana hampir seluruh sampah akan berakhir di Tempat Pembuangan Akhir atau TPA dan menjadikan beban untuk TPA semakin berat, karena itu selain memerlukan lahan cukup luas, maka dibutuhkan juga fasilitas perlindungan pada lingkungan cukup mahal. jumlah sampah yang terbuang begitu banyak di Tempat Pembuangan Akhir atau TPA hal ini karena belum dilaksanakannya upaya reduksi atau pengurangan volume sampah yang optimal mulai dari sumbernya. Laporan *World Bank* mengatakan adanya lonjakan dari jumlah sampah padat setiap kota di seluruh dunia diperkirakan mencapai 70% atau sekitar 2,2 ton di tahun 2025, di mana Indonesia berada pada urutan kedua sebagai Negara penghasil sampah terbanyak di dunia setelah China dengan jumlah sampah mencapai sekitar 67,8 juta ton di pertengahan tahun 2020 (Nurmaisayah and Susilawati, 2022), Pada tahun 2021, Indonesia menghasilkan jumlah produksi sampah sebanyak 65,2 juta ton setiap tahunnya, di mana kondisi tersebut menempatkan Indonesia berada di peringkat keenam di bawah Amerika, Negara Uni Eropa, India, China dan Brazil sebagai Negara penghasil sampah terbesar yang ada di dunia (Syarif *et al.*, 2022).

Keseriusan dalam mengelola limbah dimaknai bagian dari aktivitas penyehatan lingkungan pada kasus limbah rumah sakit juga harus menjadi perhatian utama yang ditujukan dalam upaya

perlindungan terhadap masyarakat disekitar rumah sakit tersebut untuk menghindarkan akan adanya bahaya akibat dari kejadian pencemaran lingkungan yang bersumberkan dari limbah rumah sakit yang ada. dan aktivitas yang dilakukan di rumah sakit yang dapat dikategori sebagai salah satu dari sektor yang menghasilkan limbah medis. Diantaranya jjenis limbah yang dapat dihasilkan berupa limbah cair, limbah padat, dan gas yang dikategorikan masuk dalam Bahan Berbahaya dan Beracun (atau istilah B3), di mana limbah ini tentu mempunyai peluang untuk terjadinya pencemaran pada lingkungan hidup. Dalam satu Hasil penelitian menguatkan bahwa untuk pelaksanaan daipada mekanisme pengelolaan untuk kesehatan lingkungan pada rumah sakit yang didasarkan pada aturan internal pada rumah sakit serta kebijakan pada rumah sakit dalam upaya mewujudkan kondisi kesehatan lingkungan yang optimal dan bagian dari upaya melindungi kesehatan masyarakat serta lingkungan sekitar rumah sakit untuk tetap aman dan terjaga yang berdasarkan dari peraturan perundang-undangan yang terkait (Halimah, Budhiartie and Fitriah, 2020).

Dalam kajian pada kebijakan kesehatan terdapat tantangan dalam impementasinya, hal mendasar seperti ini lebih dominan karena terbatasnya pada sumber daya serta kesenjangan pada kesadaran masyarakat sendiri. ini dapat dilihat dari Tinggi angka kejadian pada penyakit yang berbasis lingkungan, dan hal ini berkaitan erat dengan relative rendahnya akses untuk sanitasi yang layak oleh individu atau masyarakat. Dengan demikian, perlunya ditingkatkan akses masyarakat terhadap akses air bersih, jamban yang memenuhi syarat sehat, dan harus menjadi prioritas dan perhatian khusus. Termasuk dalam hal ini, penerapan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dan upaya lain dari penyehatan lingkungan, harus didorong dengan begitu menjadi alternatif

solusi upaya pengendalian dan meminimalisir kejadian penyakit yang berbasis lingkungan.

Segala bentuk upaya dilakukan dengan terencana, mulai dari upaya penggunaan serta mengelola sumber daya alam yang dilaksanakan dengan bijaksana merupakan pembangunan yang diarahkan pada wawasan kelestarian lingkungan dan ramah lingkungan, di mana hal tersebut mampu untuk mendukung dan meningkatkan kelestarian lingkungan serta mutu makhluk hidup yang berada didalamnya. Terwujudnya pembangunan yang berwawasan kelestarian lingkungan merupakan salah satu tujuan dari pembangunan yang berkelanjutan, di mana segala prosesnya dilakukan dengan sangat baik dan bijak dan terukur, sehingga mampu untuk mengendalikan sumber daya alam (SDA) yang melimpah di bumi ini, serta mendorong masyarakatnya untuk mampu menggunakan serta mengelola sumber daya alam sesuai dengan kebijakan yang sudah dibentuk di mana tujuannya adalah untuk kelestarian alam, kelestarian lingkungan dan untuk berlangsungnya kehidupan manusia.

Pembangunan berwawasan lingkungan dan ramah lingkungan merupakan upaya yang dilaksanakan atau dilakukan secara terstruktur, dan terencana dengan menggunakan sumber daya alam secara bijaksana yang disesuaikan dengan aturan dan -peraturan yang telah ditetapkan Pemerintah tentang pengelolaan lingkungan hidup. Di mana tujuan pengelolaan lingkungan hidup yaitu mengambil dari alam secukupnya, menjaga serta merawat alam dengan baik dalam rangka melestarikan lingkungan tempat manusia hidup, Pengalokasian lingkungan, pemanfaatan lingkungan serta pemulihan lingkungan merupakan berbagai upaya yang dilakukan dalam rangka pelestarian lingkungan hidup. Hal ini dilakukan sebagai langkah untuk mewujudkan pembangunan yang berwawasan kelestarian lingkungan, ramah lingkungan serta mendukung pembangunan yang berkelanjutan.

Di dalam SDGs sendiri menjelaskan tentang, perilaku yang ramah lingkungan, merupakan cerminan dari perilaku secara sadar mengerti tentang pentingnya pembangunan berkelanjutan dikedepankan sebagaimana dalam tujuan yang ada pada Pilar Sosial. yang ada dalam SDGs sendiri tujuan daripada pembangunan manusia bukan saja ditujukan pada upaya pembangunan manusianya yang sehat serta cerdas, tetapi sekaligus bagaimana membentuk karakter individu/manusia yang memiliki perilaku sosial khususnya dalam menjaga lingkungan hidup yang berkesinambungan. hal ini juga tergambar pada Sebagian tercermin di dalam tujuan yang terdapat pada Pilar Ekonomi, yang menegaskan pedoman untuk perilaku ekonomi, di mana jelas tergambar bahwa upaya dalam penyediaan energi, untuk aktivitas atau kegiatan industri, dan usaha ekonomi lain, serta dalam memperlakukan lingkungan, dengan tetap menjaga dan melestraikan lingkungan hidup berkesinambungan.

Begitupun dalam amanat peraturan tentang kesehatan untuk menempatkan kesehatan sebagai investasi jangka Panjang dalam upaya mengembangkan SDM atau sumber daya manusia Indonesia lebih berkualitas. di mana membangun kesehatan merupakan tanggungjawab daripada semua elemen bangsa atau masyarakat dengan mendorong dari terciptanya perilaku serta kemampuan hidup yang sehat guna tercapainya derajat kesehatan yang lebih baik. Untuk itu upaya penerapan implementasi, pentingnya program berkesinambungan untuk semua lintas sector serta pemberlanjutan program sangat menentukan tercapainya daripada indicator berhasilnya pembangunan kesehatan (Basri *et al.*, 2023). Dalam hal ini termasuk masyarakat dan Keluarga sebagai ujung tombak dalam pembangunan kesehatan.

Secara umum, dengan individu atau masyarakat yang terbiasa dengan penerapan perilaku yang mendukung atau pro-lingkungan

tentu punya kecendrungan dalam mendukung kebijakan lingkungan. Hal sebaliknya berlaku juga, individu dan masyarakat di mana cenderung mendukung daripada kebijakan lingkungan tentu individu yang memiliki perilaku pro-lingkungan. perilaku pro-lingkungan dengan sikap sejatinya mendukung kebijakan lingkungan dan memiliki korelasional atau hubungan yang positif dengan sikap intrinsik dalam diri masyarakat berupa motivasi untuk berperilaku pro-lingkungan (Kuslantasi, Pambudi and Sawitri, 2022).

Dengan demikian, Pembangunan berkelanjutan adalah pembangunan yang dilaksanakan secara menyeluruh, terarah, dan terpadu, termasuk dalam hal ini pembangunan kesehatan lingkungan yang diarahkan pada upaya pengembangan dan peningkatan kualitas lingkungan yang sehat, aman dan berkesinambungan dengan tujuan meningkatkan kualitas lingkungan dan mengurangi risiko penyakit akibat lingkungan dan mendorong kesadaran masyarakat dan individu, upaya penguatan system kesehatan lingkungan yang berkelanjutan. serta mengintegrasikan kesehatan lingkungan dalam setiap kebijakan. karena disadari, dengan Lingkungan yang tidak memadai dan cenderung buruk tentunya memiliki potensi paparan dalam kejadian penularan penyakit, terjadi pencemaran pada lingkungan dan gangguan pada kesehatan. dengan kondisi lingkungan yang tidak saniter dan terpelihara secara baik akan menambah besar risiko terjadinya penyebaran penyakit dan pencemaran pada lingkungan sehingga dibutuhkan upaya mencegah dengan penerapan prinsip pembangunan yang berwawasan lingkungan dan berkelanjutan. Oleh karenanya untuk bagaimana menjawab tantangan dalam pelaksanaan agenda pembangunan berkelanjutan di Indonesia yaitu perlunya reformulasi konsep yang mengintegrasikan serta menempatkan

kesehatan lingkungan dalam rangkaian suatu proses manajemen pembangunan mulai dari *input*, *process*, *output*, *outcome* dan *impact* pembangunan dan perlunya penguatan pemahaman bersama akan substansi pembangunan kesehatan. Mendorong Pembangunan berkelanjutan berarti merupakan upaya bersama mengintegrasikan lingkungan hidup, ekonomi dan sosial, dalam strategi pembangunan guna terjaminnya keselamatan, kesehatan dan kesejahteraan untuk generasi masa kini dan generasi yang akan datang. Oleh karenanya dimaklumi bahwa keberhasilan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) tentu bergantung pada peran aktif dari seluruh komponen masyarakat termasuk pemerintah, dunia usaha, media massa, lembaga sosial masyarakat, organisasi profesi dan akademisi.

DAFTAR PUSTAKA

- Basri *et al.* (2023) 'Perilaku Pemanfaatan Air Bersih dan Jamban Keluarga dalam Dimensi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)', *MPPKI (Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia) The Indonesian Journal of Health Promotion*, 6(4). Available at: <https://doi.org/10.31934/mppki.v2i3>.
- Fikri, M.A., Rezal, F. and Afa, J.R. (2023) 'Faktor Yang Berhubungan Dengan Sarana Sanitasi Lingkungan Pada Masyarakat Pesisir Di Desa Pamandati Kecamatan Lainea Kabupaten Konawe Selatan', *Jurnal Kesehatan Lingkungan Univ. Halu Oleo (JKL-UHO)*, 4(4).
- Halimah, N., Budhiartie, A. and Fitriah (2020) 'Kebijakan Rumah Sakit Dalam Sistem Pengelolaan Kesehatan Lingkungan', *MENDAPO (Journal of Administration Law)*, 1(1).

- Iryanto, A.A., Joko, T. and Raharjo, M. (2021) 'Literature Review : Faktor Risiko Kejadian Diare Pada Balita Di Indonesia Literature Review : Risk Factors For The Incidence of Diarrhea in Children Under Five in Indonesia', *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 11(1). Available at: <https://doi.org/10.47718/jkl.v10i2.1166>.
- Kemendes RI (2009) *Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Kuslantasi, U., Pambudi, B. and Sawitri, D.R. (2022) 'Hubungan Antara Kebijakan Lingkungan Dengan Perilaku Pro-Lingkungan: Sebuah Kajian Literatur Sistematis The Relationship between Environmental Policy and Pro-Environmental Behavior: A Systematic Literature Review', *Jurnal Litbang: Media Informasi Penelitian dan IPTEK*, 18(1).
- Marizka, G. and Faidati, N. (2020) 'Analisis Dampak Lingkungan Aktivitas Produksi Industri Gula Bagi Kesehatan Masyarakat Di Desa Tirtonirmolo Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta (Studi Kasus PT Madubaru PG-PS Madukismo)', *JSPG: Journal of Social Politics and Governance*, 2(2). Available at: www.Tribunnews.com.
- Notoatmodjo, S. (2010) *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuraeni, A. (2021) *Hubungan Sarana Sanitasi Dasar Rumah Dan Kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun Dengan Kejadian Diare Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Cibeureum Kota Tasikmalaya Tahun 2021*.
- Nurmaisayah, F. and Susilawati (2022) 'Pengetahuan Masyarakat dalam Pengelolaan Sampah Rumah Tangga di Kecamatan Percut Sei Tuan', *PubHealth, Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1(1), pp. 91–96.

- Pradika, Y. and Djasfar, S.P. (2023) 'Sosialisasi Pentingnya Akan Sanitasi Lingkungan Kepada Masyarakat Rt 02 Rawa Buaya Cengkareng Jakarta Barat', *Jurnal ABDIMAS KESOSI*, 6(1).
- Rizaldi, M.A. *et al.* (2022) 'Literature Review: Dampak Paparan Gas Karbon Monoksida Terhadap Kesehatan Masyarakat yang Rentan dan Berisiko Tinggi', *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 21(3), pp. 253–265. Available at: <https://doi.org/10.14710/jkli.21.3.253-265>.
- Safitri, L.A. (2022) 'Literature Review: Kebijakan Dan Teknologi Untuk Mereduksi Dampak Buruk Dari Co2 Pada Lingkungan', *Journal Scientific of Mandalika (JSM)*, 3(7). Available at: <http://ojs.cahayamandalika.com/index.php/jomla/issue/archive>.
- Sekarningrum, B., Nurwati, N. and Wibowo, H. 'Sanitasi Lingkungan Di Wilayah Pemukiman Perkotaan (Kasus Pada Masyarakat di Wilayah Kelurahan Kebon Jeruk Kota Bandung)'
- Sembiring, E.T.J. and Safithri, A. (2023) 'Permasalahan Sanitasi Di Pemukiman Pesisir Jakarta Serta Rekomendasi Teknologi Pengelolaannya', *Environmental Occupational Health and Safety Journal* •, 3(2).
- Suprpto *et al.* (2023) *Kebijakan Kesehatan*. Padang: PT. Global Eksekutif Teknologi. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/368438046>.
- Syarif, R. *et al.* (2022) 'Pengenalan Konsep Ekonomi Sirkular Melalui Webinar “Ekonomi Sirkular: Solusi Masalah Persampahan di Indonesia”', *Celebes Journal of Community Services*, 1(1), pp. 28–35. Available at: <https://doi.org/10.37531/celeb.v1i1.176>.

- Tanjung, N. *et al.* (2023) 'Peran Kesehatan Lingkungan dalam Pencegahan Penyakit Menular pada Remaja di Jakarta: Integrasi Ilmu Lingkungan, Epidemiologi, dan Kebijakan Kesehatan', *Jurnal Multidisiplin West Science*, 02(09), pp. 790–798.
- Yudianto, T., Setyono, P. and Handayani, I.G.A.K.R. (2021) 'Implementasi Kebijakan dan Strategi dalam Pengelolaan Sampah di Kabupaten Blora', *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 20(1), pp. 21–26. Available at: <https://doi.org/10.14710/jkli.20.1.21-26>.

BIODATA PENULIS



Andi Ayumar, S.KM., M.Kes.

Lahir di Belawa Wajo pada tanggal 13 Januari 1980, dari pasangan orangtua H. Andi Umpa dan Hj. Andi Cinggang. Lulus S1 Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kesehatan Lingkungan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar pada tahun 2005, dan menyelesaikan studi program Pasca Sarjana S2 di Universitas Hasanuddin pada tahun 2010 dengan konsentrasi bidang Promosi kesehatan.

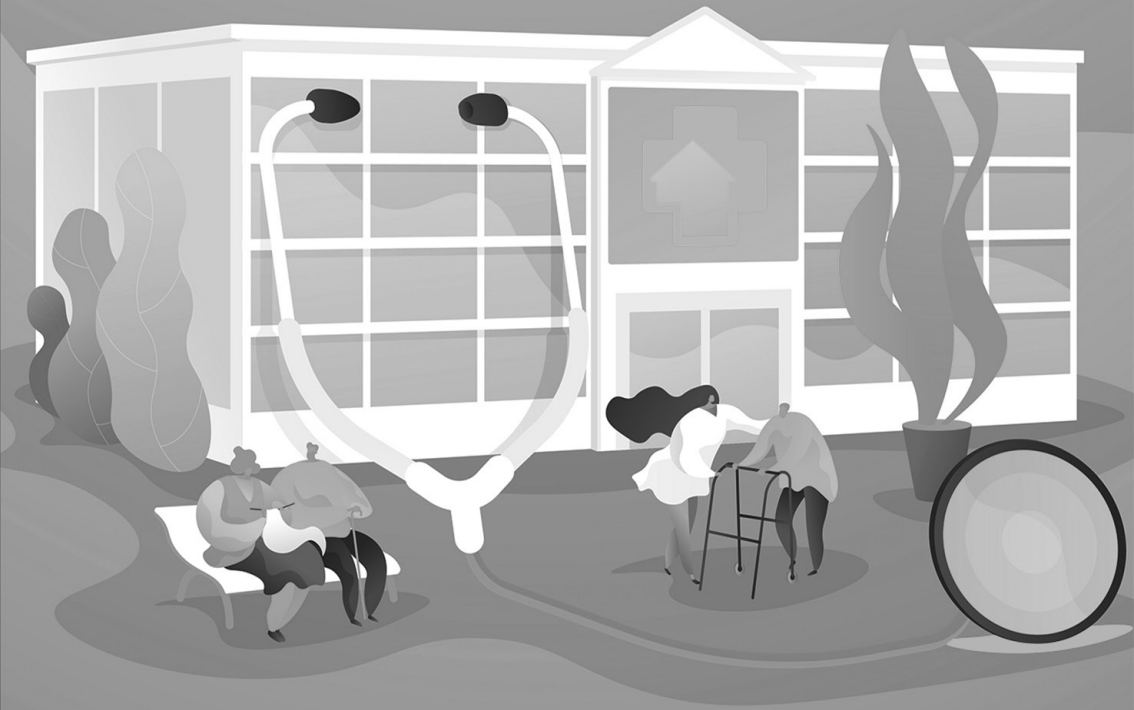
Saat ini penulis sebagai dosen tetap Yayasan Pendidikan Makassar Sejak tahun 2007 sampai sekarang, dan mengampuh mata kuliah untuk beberapa program studi yang ada dalam lingkup Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar.

Pengalaman jabatan pada tahun 2007- 2010 sebagai Ketua Peminatan Kesehatan Lingkungan dan Promosi Kesehatan di

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar, dan pada tahun 2011-2015 sebagai Ketua LPPM (Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat) Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar, dan tahun 2015 sampai sekarang diberi amanah sebagai Wakil Ketua I Bidang Akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar.

Beberapa penelitian dan pengabdian masyarakat telah dipublikasikan, dan beberapa buku dalam bentuk book chapter dan buku ajar yang telah ditulis.

Email Penulis: andiayumar@gmail.com.



Bab 10

Analisis Kebijakan Kesehatan Reproduksi

Marniati, S.KM., M.Kes.

A. Latar Belakang Analisis Kebijakan Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi merupakan komponen vital dalam kesehatan masyarakat yang mencakup kesejahteraan fisik, mental, dan sosial terkait sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada semua tahap kehidupan. Kesehatan reproduksi bukan hanya berfokus pada aspek medis, tetapi juga berkaitan erat dengan hak-hak kesehatan seksual dan reproduksi yang diakui sebagai bagian dari hak asasi manusia. Seiring dengan perkembangan zaman dan dinamika sosial, kebutuhan untuk memperkuat kebijakan kesehatan reproduksi semakin penting dalam memastikan masyarakat mendapatkan akses ke layanan kesehatan yang komprehensif, aman, dan berkualitas tinggi.

Di Indonesia, tantangan kesehatan reproduksi masih signifikan. Tingginya angka kematian ibu, kejadian kehamilan tidak diinginkan, infeksi menular seksual, dan terbatasnya akses informasi kesehatan seksual dan reproduksi di kalangan remaja merupakan beberapa masalah yang memerlukan perhatian khusus. Upaya untuk mengatasi tantangan ini telah dilakukan melalui berbagai kebijakan pemerintah, namun efektivitas dan implementasi kebijakan tersebut seringkali menghadapi hambatan, seperti keterbatasan infrastruktur, distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, dan pengaruh norma sosial budaya yang kuat.

Analisis kebijakan kesehatan reproduksi menjadi langkah penting dalam mengevaluasi kebijakan yang ada, menilai dampaknya, dan memberikan rekomendasi untuk perbaikan. Dengan memahami kelemahan dan kekuatan dari kebijakan yang telah diimplementasikan, pihak-pihak terkait dapat merancang strategi yang lebih efektif dan berkelanjutan untuk meningkatkan status kesehatan reproduksi masyarakat. Analisis ini juga relevan

dalam upaya mencapai target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) yang mencakup aspek kesehatan ibu, kesehatan anak, dan kesetaraan gender

B. Pengertian Analisis Kebijakan Kesehatan Reproduksi

“Analisis Kebijakan Kesehatan Reproduksi” adalah proses sistematis yang dilakukan untuk menilai, mengevaluasi, dan memahami kebijakan yang mengatur berbagai aspek kesehatan reproduksi dalam suatu wilayah atau negara. Proses ini melibatkan pengkajian terhadap kebijakan yang ada, termasuk peraturan, program, dan strategi yang telah disusun oleh pemerintah dan pihak terkait dalam mendukung layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan inklusif. Analisis kebijakan ini berfungsi untuk mengidentifikasi keefektifan kebijakan, mengukur dampak yang telah dicapai, dan menggali berbagai faktor yang dapat memengaruhi implementasi kebijakan tersebut.

Dalam analisis ini, berbagai aspek kesehatan reproduksi, seperti akses terhadap layanan kesehatan, kualitas perawatan, pendidikan kesehatan seksual, dan pembiayaan layanan kesehatan, menjadi fokus utama yang dikaji. Dengan menggunakan pendekatan multidisiplin, analisis kebijakan ini mempertimbangkan faktor-faktor sosial, ekonomi, budaya, dan politik yang memengaruhi kesehatan reproduksi. Hasil dari analisis ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang jelas mengenai kesenjangan yang ada, serta memberikan masukan yang konstruktif bagi perumusan kebijakan baru atau revisi kebijakan yang lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

Melalui analisis kebijakan kesehatan reproduksi, pemerintah, akademisi, dan praktisi kesehatan dapat memahami dampak dari kebijakan yang telah berjalan, merancang kebijakan yang lebih

efektif, serta mendorong tercapainya masyarakat yang sehat, sejahtera, dan memiliki akses setara terhadap layanan kesehatan reproduksi.

C. Tujuan Analisis Kebijakan Kesehatan

Tujuan analisis yang jelas, memungkinkan hasil evaluasi yang komprehensif, serta mendukung perbaikan kebijakan kesehatan reproduksi di Indonesia. Adapun tujuan dari analisis kebijakan kesehatan reproduksi ini adalah untuk:

1. Mengevaluasi Efektivitas Kebijakan yang Ada

Menganalisis sejauh mana kebijakan kesehatan reproduksi yang telah diimplementasikan oleh pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya mampu mencapai target dan tujuan yang diharapkan. Penilaian ini meliputi cakupan layanan, kualitas layanan, dan dampak langsung terhadap peningkatan status kesehatan reproduksi masyarakat.

2. Mengidentifikasi Kesenjangan dalam Pelaksanaan Kebijakan

Menggali kesenjangan dan tantangan dalam implementasi kebijakan kesehatan reproduksi di lapangan. Termasuk di dalamnya adalah aspek-aspek yang masih memerlukan perbaikan, seperti ketersediaan fasilitas, distribusi tenaga kesehatan, akses bagi kelompok rentan, dan pengaruh norma sosial yang mungkin membatasi akses terhadap layanan kesehatan reproduksi.

3. Menilai Dampak Kebijakan Terhadap Kesehatan Reproduksi Masyarakat

Mengukur dampak kebijakan kesehatan reproduksi terhadap indikator kesehatan utama, seperti penurunan angka kematian ibu, penurunan kehamilan tidak

diinginkan, pengendalian penyakit menular seksual, dan peningkatan pengetahuan masyarakat mengenai kesehatan reproduksi, terutama pada kalangan remaja.

4. Mengidentifikasi Faktor Pendukung dan Penghambat dalam Kebijakan Kesehatan Reproduksi

Memahami faktor-faktor yang mendukung keberhasilan maupun menjadi hambatan dalam pelaksanaan kebijakan, termasuk aspek struktural, budaya, ekonomi, dan politik. Analisis ini membantu dalam menentukan aspek mana yang perlu diperkuat atau diperbaiki untuk meningkatkan efektivitas kebijakan.

5. Memberikan Rekomendasi untuk Perbaikan Kebijakan

Menyusun rekomendasi kebijakan yang berdasarkan pada temuan analisis untuk memperbaiki kebijakan kesehatan reproduksi. Rekomendasi ini bertujuan untuk mendukung pencapaian layanan kesehatan reproduksi yang lebih inklusif, berkualitas, dan berkelanjutan bagi seluruh masyarakat, terutama kelompok rentan seperti perempuan, remaja, dan masyarakat miskin.

6. Mendukung Agenda Pembangunan Berkelanjutan (SDGs)

Mendorong kebijakan kesehatan reproduksi yang selaras dengan tujuan pembangunan berkelanjutan, khususnya yang terkait dengan kesehatan ibu, kesehatan anak, kesetaraan gender, dan akses universal terhadap layanan kesehatan. Dengan demikian, kebijakan kesehatan reproduksi dapat berkontribusi pada tercapainya pembangunan kesehatan nasional yang komprehensif.

D. Komponen Analisis Kebijakan Kesehatan Reproduksi

1. Perumusan Kebijakan dan Peraturan

Memahami dasar-dasar hukum dan regulasi terkait kesehatan reproduksi yang berlaku di tingkat nasional maupun daerah. Analisis ini mencakup identifikasi undang-undang, peraturan pemerintah, dan kebijakan spesifik yang mendasari sistem kesehatan reproduksi, serta tujuan, cakupan, dan batasan yang terdapat dalam perumusan kebijakan tersebut.

2. Ketersediaan dan Aksesibilitas Layanan Kesehatan Reproduksi

Menilai sejauh mana layanan kesehatan reproduksi dapat diakses oleh berbagai kelompok masyarakat, termasuk kelompok rentan seperti remaja, perempuan, masyarakat miskin, dan daerah terpencil. Komponen ini mengevaluasi jumlah fasilitas kesehatan, lokasi geografis, serta aksesibilitas layanan terkait, seperti kontrasepsi, layanan prenatal, dan informasi kesehatan reproduksi.

3. Kualitas Layanan Kesehatan Reproduksi

Menganalisis aspek kualitas dari layanan kesehatan reproduksi yang disediakan, termasuk kompetensi tenaga kesehatan, kecukupan alat medis, serta kesesuaian pelayanan dengan standar pelayanan minimal (SPM) yang berlaku. Komponen ini juga mempertimbangkan pengalaman pasien dalam menerima layanan, ketersediaan layanan konseling, dan prosedur dalam penanganan masalah kesehatan reproduksi.

4. Pembiayaan dan Alokasi Sumber Daya

Mengkaji sumber daya finansial dan alokasinya untuk mendukung kebijakan kesehatan reproduksi. Komponen ini mencakup analisis anggaran pemerintah, peran sektor

swasta, skema asuransi kesehatan, serta bantuan donor dan dampaknya terhadap kesinambungan dan keefektifan kebijakan. Analisis ini juga melihat apakah sumber daya tersedia dan didistribusikan secara merata.

5. Peran dan Partisipasi Pemangku Kepentingan

Mengidentifikasi aktor-aktor utama dalam kebijakan kesehatan reproduksi, seperti pemerintah, LSM, masyarakat, akademisi, dan sektor swasta, serta peran dan kontribusi masing-masing dalam mendukung implementasi kebijakan. Partisipasi masyarakat dan kolaborasi antara sektor publik dan swasta juga menjadi aspek penting dalam memastikan efektivitas kebijakan.

6. Pendidikan dan Informasi Kesehatan Reproduksi

Mengevaluasi kualitas dan cakupan program pendidikan serta penyuluhan terkait kesehatan reproduksi. Komponen ini mencakup analisis program pendidikan seksual untuk remaja, penyuluhan untuk keluarga, serta akses informasi bagi masyarakat luas, termasuk penggunaan media massa dan media digital sebagai alat edukasi.

7. Faktor Sosial dan Budaya

Menganalisis pengaruh budaya, adat istiadat, dan norma sosial terhadap persepsi dan penerimaan masyarakat terhadap layanan kesehatan reproduksi. Faktor sosial dan budaya seringkali menjadi hambatan atau pendorong dalam pemanfaatan layanan kesehatan, sehingga penting untuk memahami dampaknya dalam konteks kesehatan reproduksi.

8. Dampak Kebijakan terhadap Indikator Kesehatan Reproduksi

Mengukur sejauh mana kebijakan yang ada telah memberikan dampak positif terhadap indikator

kesehatan reproduksi, seperti penurunan angka kematian ibu, penurunan angka kehamilan tidak diinginkan, peningkatan penggunaan kontrasepsi, serta pencegahan dan penanganan infeksi menular seksual. Evaluasi ini melibatkan pengumpulan data dan analisis statistik untuk memberikan gambaran tentang pencapaian kebijakan.

9. Tantangan dan Hambatan Implementasi Kebijakan

Mengidentifikasi dan mengevaluasi tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaan kebijakan kesehatan reproduksi. Hal ini mencakup tantangan infrastruktur, distribusi tenaga kesehatan, birokrasi, serta hambatan dari segi regulasi dan sumber daya. Komponen ini bertujuan untuk mengidentifikasi area yang memerlukan intervensi atau solusi tambahan.

10. Rekomendasi Perbaikan Kebijakan

Berdasarkan temuan analisis, menyusun rekomendasi yang dapat digunakan untuk meningkatkan kebijakan kesehatan reproduksi. Rekomendasi ini harus spesifik, dapat diterapkan, dan disesuaikan dengan konteks lokal, sehingga dapat memberikan solusi praktis untuk mengatasi masalah dan meningkatkan akses, kualitas, dan efektivitas layanan kesehatan reproduksi.

E. Analisis Dampak Kebijakan Kesehatan Reproduksi

Analisis dampak kebijakan kesehatan reproduksi merupakan langkah penting dalam menilai sejauh mana kebijakan yang diimplementasikan dapat mencapai tujuan dan memberikan manfaat bagi masyarakat. Dampak dari kebijakan ini dievaluasi melalui beberapa indikator utama, meliputi peningkatan akses layanan, perubahan dalam perilaku masyarakat, penurunan angka masalah kesehatan reproduksi, dan perbaikan kesejahteraan

secara umum. Berikut ini adalah beberapa aspek utama dalam analisis dampak kebijakan kesehatan reproduksi:

1. Dampak terhadap Indikator Kesehatan Reproduksi

Kebijakan kesehatan reproduksi yang efektif seharusnya tercermin dalam perbaikan pada indikator kesehatan reproduksi, seperti:

- **Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI):** Analisis melihat sejauh mana kebijakan telah berhasil menurunkan AKI melalui peningkatan akses layanan kesehatan ibu dan anak, serta pelayanan persalinan yang aman.
- **Penurunan Angka Kehamilan Tidak Diinginkan:** Evaluasi apakah kebijakan telah mendorong peningkatan akses dan penggunaan alat kontrasepsi, serta memperkuat pendidikan kesehatan reproduksi yang dapat mengurangi kasus kehamilan tidak diinginkan.
- **Pengurangan Infeksi Menular Seksual (IMS):** Kebijakan kesehatan reproduksi juga berdampak pada pencegahan IMS melalui penyuluhan dan layanan deteksi dini. Analisis dampak ini meliputi prevalensi IMS dan efektivitas kampanye kesehatan reproduksi yang diselenggarakan.

2. Dampak terhadap Aksesibilitas Layanan

Kebijakan kesehatan reproduksi diharapkan dapat memperluas akses layanan reproduksi dan kesehatan seksual bagi semua kelompok masyarakat, termasuk kelompok rentan dan masyarakat di daerah terpencil. Dampak aksesibilitas ini dapat diukur melalui:

- **Ketersediaan Fasilitas dan Tenaga Kesehatan:** Apakah ada peningkatan dalam jumlah fasilitas dan tenaga

kesehatan yang berfokus pada kesehatan reproduksi di berbagai wilayah.

- Distribusi Layanan yang Merata: Penilaian tentang sejauh mana kebijakan berhasil memastikan akses yang merata di seluruh wilayah, termasuk daerah rural dan kelompok marginal yang biasanya sulit menjangkau layanan kesehatan.

3. Dampak terhadap Kesadaran dan Perilaku Masyarakat

Kebijakan kesehatan reproduksi tidak hanya bertujuan untuk memberikan layanan, tetapi juga untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya kesehatan reproduksi. Dampak ini melibatkan:

- Perubahan dalam Kesadaran Kesehatan Reproduksi: Melalui kampanye dan edukasi yang dijalankan, apakah kebijakan berhasil meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kesehatan reproduksi, khususnya di kalangan remaja dan orang tua.
- Perubahan Perilaku dalam Pemanfaatan Layanan: Apakah masyarakat lebih proaktif dalam memanfaatkan layanan kesehatan reproduksi, misalnya dalam penggunaan kontrasepsi, pemeriksaan kehamilan, dan layanan konseling kesehatan seksual.

4. Dampak Sosial dan Ekonomi

Kebijakan kesehatan reproduksi juga diharapkan membawa manfaat dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan, baik dalam aspek sosial maupun ekonomi. Dampak ini mencakup:

- Peningkatan Kesejahteraan Keluarga: Mengukur sejauh mana kebijakan membantu menurunkan beban sosial dan ekonomi keluarga, misalnya dengan mengurangi angka kehamilan yang tidak

direncanakan atau mencegah komplikasi kesehatan yang menguras biaya.

- Peningkatan Produktivitas Masyarakat: Dengan kesehatan reproduksi yang lebih baik, masyarakat diharapkan memiliki tingkat produktivitas yang lebih tinggi, baik dalam konteks pekerjaan maupun peran sosial lainnya.

5. Dampak Terhadap Pemenuhan Hak-Hak Reproduksi

Kebijakan kesehatan reproduksi juga bertujuan untuk menjamin hak-hak kesehatan reproduksi dan seksual sebagai bagian dari hak asasi manusia. Dampak kebijakan ini dapat diukur dari:

- Peningkatan Akses Informasi dan Pendidikan Seksual yang Komprehensif: Apakah kebijakan mendukung pendidikan reproduksi yang berkualitas dan merata bagi berbagai kelompok usia, terutama di kalangan remaja.
- Penguatan Perlindungan Hak Reproduksi bagi Kelompok Rentan: Evaluasi tentang bagaimana kebijakan membantu memenuhi hak-hak reproduksi kelompok rentan, seperti perempuan, remaja, masyarakat miskin, dan komunitas marginal lainnya.

6. Dampak terhadap Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB)

Kebijakan kesehatan reproduksi juga relevan dalam mendukung pencapaian TPB (SDGs), khususnya terkait dengan kesehatan dan kesejahteraan (SDG 3), kesetaraan gender (SDG 5), dan pengurangan kesenjangan (SDG 10). Dampak ini dievaluasi dengan melihat apakah kebijakan kesehatan reproduksi telah:

- Menurunkan Kesenjangan dalam Kesehatan Reproduksi: Apakah kebijakan berhasil mengurangi disparitas dalam akses dan kualitas layanan reproduksi antara kelompok sosial-ekonomi yang berbeda.
- Mendukung Kesenjangan Gender: Mengukur sejauh mana kebijakan telah mendorong kesetaraan gender, terutama dalam hal pengambilan keputusan terkait kesehatan reproduksi di tingkat keluarga dan masyarakat.

Analisis dampak ini memberikan panduan komprehensif untuk memahami sejauh mana kebijakan kesehatan reproduksi memberikan kontribusi positif terhadap masyarakat dan memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi di berbagai kelompok. Temuan dari analisis ini dapat menjadi dasar untuk memperbaiki kebijakan, menyusun intervensi baru, dan memastikan pemenuhan hak kesehatan reproduksi yang setara dan inklusif.

F. Tantangan dan Hambatan dalam Implementasi Kebijakan Kesehatan Reproduksi

Implementasi kebijakan kesehatan reproduksi menghadapi berbagai tantangan dan hambatan yang mempengaruhi efektivitas dan keberlanjutan kebijakan ini. Identifikasi dan pemahaman terhadap hambatan ini sangat penting untuk merumuskan solusi dan rekomendasi perbaikan kebijakan agar dapat memenuhi kebutuhan masyarakat secara menyeluruh. Berikut adalah beberapa tantangan utama dalam pelaksanaan kebijakan kesehatan reproduksi:

1. Keterbatasan Anggaran dan Sumber Daya

Sumber daya finansial dan alokasi anggaran yang terbatas seringkali menghambat akses dan kualitas layanan

kesehatan reproduksi. Anggaran yang rendah dapat mengurangi jumlah fasilitas kesehatan, menghambat penyediaan alat kontrasepsi dan obat-obatan esensial, serta membatasi pelatihan bagi tenaga kesehatan. Ketergantungan pada pendanaan dari donor eksternal atau lembaga swasta juga menjadi tantangan ketika pendanaan bersifat sementara atau bergantung pada kondisi tertentu.

2. Distribusi Tenaga Kesehatan yang Tidak Merata

Salah satu hambatan utama dalam implementasi kebijakan kesehatan reproduksi adalah kurangnya distribusi tenaga kesehatan yang merata, terutama di daerah terpencil dan sulit dijangkau. Tenaga kesehatan yang terampil, seperti bidan, dokter kandungan, dan konselor kesehatan reproduksi, sering kali terkonsentrasi di perkotaan, sehingga masyarakat di pedesaan mengalami keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan yang memadai.

3. Hambatan Sosial dan Budaya

Faktor sosial dan budaya memiliki pengaruh besar terhadap penerimaan layanan kesehatan reproduksi. Beberapa komunitas memiliki norma atau kepercayaan yang membatasi akses perempuan atau remaja terhadap layanan kesehatan reproduksi. Hambatan ini dapat mencakup pandangan konservatif tentang pendidikan seksualitas, stigma terhadap penggunaan kontrasepsi, dan penilaian negatif terhadap layanan kesehatan reproduksi untuk remaja. Pemahaman yang terbatas tentang hak kesehatan reproduksi juga menambah kesulitan dalam mengatasi hambatan budaya ini.

4. Rendahnya Tingkat Edukasi dan Literasi Kesehatan

Edukasi dan literasi kesehatan yang rendah, terutama di kalangan perempuan dan remaja, menjadi hambatan

dalam pelaksanaan kebijakan kesehatan reproduksi. Banyak individu yang belum memiliki pengetahuan yang memadai mengenai kesehatan reproduksi, kontrasepsi, dan penyakit menular seksual. Keterbatasan ini mengurangi kesadaran akan pentingnya kesehatan reproduksi dan membatasi kemampuan masyarakat untuk memanfaatkan layanan yang tersedia.

5. Keterbatasan Infrastruktur Kesehatan

Fasilitas kesehatan yang terbatas, terutama di daerah pedesaan, menghambat akses masyarakat terhadap layanan kesehatan reproduksi. Beberapa daerah kekurangan pusat kesehatan yang dilengkapi dengan peralatan medis yang memadai atau tidak memiliki infrastruktur yang mendukung, seperti jalan dan transportasi, untuk menjangkau fasilitas kesehatan. Keterbatasan infrastruktur ini memperburuk ketimpangan dalam akses dan kualitas layanan kesehatan reproduksi.

6. Kurangnya Kebijakan yang Terintegrasi dengan Sektor Lain

Tantangan dalam kebijakan kesehatan reproduksi juga muncul karena kurangnya koordinasi lintas sektor. Kesehatan reproduksi terkait erat dengan sektor lain, seperti pendidikan, ekonomi, dan pembangunan sosial. Tanpa integrasi kebijakan yang baik, kebijakan kesehatan reproduksi sering kali berjalan secara terpisah dari program lain yang dapat menunjang keberhasilannya. Misalnya, pendidikan seksual yang efektif membutuhkan dukungan dari sektor pendidikan untuk memberikan edukasi sejak dini di sekolah-sekolah.

7. Keterbatasan Data dan Monitoring

Kurangnya data yang akurat dan monitoring yang memadai menjadi kendala dalam menilai kemajuan dan

efektivitas kebijakan kesehatan reproduksi. Tanpa data yang valid dan tepat waktu, sulit untuk mengidentifikasi kesenjangan dalam layanan, menentukan wilayah prioritas, atau mengukur keberhasilan kebijakan. Tantangan ini juga membatasi kemampuan pembuat kebijakan untuk melakukan evaluasi dan perbaikan berdasarkan bukti.

8. Stigma dan Diskriminasi

Stigma dan diskriminasi terhadap individu yang memerlukan layanan kesehatan reproduksi, terutama bagi remaja dan kelompok marginal, menjadi penghambat dalam pelaksanaan kebijakan. Banyak remaja yang merasa malu atau takut untuk mengakses layanan kesehatan reproduksi karena takut dipandang negatif oleh masyarakat atau keluarga. Diskriminasi juga sering dialami oleh kelompok-kelompok tertentu, seperti perempuan miskin atau populasi LGBTQ+, yang sering kali mengalami kesulitan dalam mendapatkan layanan yang adil dan berkualitas.

9. Perubahan dalam Kebijakan dan Lingkungan Politik

Lingkungan politik yang tidak stabil atau perubahan kebijakan yang sering dapat menghambat implementasi kebijakan kesehatan reproduksi. Setiap perubahan administrasi atau pergantian pejabat di pemerintahan dapat membawa perubahan prioritas yang mempengaruhi pendanaan dan dukungan terhadap program kesehatan reproduksi. Kondisi ini menciptakan ketidakpastian dalam pelaksanaan kebijakan jangka panjang.

10. Kurangnya Dukungan dari Masyarakat

Dukungan dari masyarakat adalah elemen penting untuk kesuksesan implementasi kebijakan kesehatan reproduksi. Dalam beberapa kasus, kurangnya partisipasi dan

dukungan masyarakat dapat memperlambat pelaksanaan kebijakan. Edukasi masyarakat dan keterlibatan aktif dalam program kesehatan reproduksi diperlukan untuk menciptakan kesadaran, kepercayaan, dan partisipasi aktif, namun hal ini masih menjadi tantangan di berbagai daerah.

G. Strategi dan Rekomendasi Kebijakan Kesehatan Reproduksi

Untuk meningkatkan efektivitas kebijakan kesehatan reproduksi dan mengatasi tantangan implementasinya, diperlukan strategi yang holistik dan berkelanjutan. Strategi ini tidak hanya memperkuat struktur kebijakan tetapi juga mencakup penguatan kapasitas institusi, pemberdayaan masyarakat, serta dukungan lintas sektor. Berikut ini adalah strategi dan rekomendasi yang dapat diambil untuk meningkatkan keberhasilan kebijakan kesehatan reproduksi:

1. Peningkatan Alokasi Anggaran yang Berkelanjutan

Untuk menjamin kelancaran dan ketersediaan layanan kesehatan reproduksi, perlu adanya peningkatan alokasi anggaran yang berkelanjutan. Rekomendasi ini meliputi:

- **Prioritaskan Dana pada Program Kesehatan Reproduksi:** Meningkatkan alokasi anggaran khusus untuk pengadaan fasilitas, obat-obatan, dan alat kontrasepsi.
- **Diversifikasi Sumber Dana:** Mengembangkan skema pembiayaan melalui kemitraan dengan sektor swasta, lembaga donor, dan skema pembiayaan lokal yang dapat mendukung layanan kesehatan reproduksi jangka panjang.

2. Pemerataan dan Pengembangan Tenaga Kesehatan Terampil

Pemerataan tenaga kesehatan berkualitas sangat penting untuk menjangkau masyarakat di seluruh wilayah, termasuk daerah terpencil. Strategi ini dapat dilakukan melalui:

- **Pelatihan dan Sertifikasi Berkelanjutan:** Mengadakan pelatihan khusus bagi tenaga kesehatan mengenai layanan kesehatan reproduksi dan keterampilan konseling.
- **Insentif dan Kebijakan Mobilitas:** Memberikan insentif bagi tenaga kesehatan yang bertugas di daerah terpencil dan mengembangkan kebijakan mobilitas tenaga kesehatan secara merata untuk menjamin akses yang setara.

3. Edukasi dan Peningkatan Literasi Kesehatan Reproduksi

Untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya kesehatan reproduksi, perlu dilakukan pendekatan edukatif yang komprehensif, terutama bagi remaja. Rekomendasi ini mencakup:

- **Integrasi Pendidikan Seksual di Sekolah:** Menyusun kurikulum pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah, yang dirancang sesuai dengan usia dan kebutuhan siswa, guna meningkatkan literasi dan kesadaran mereka sejak dini.
- **Kampanye Publik yang Inklusif:** Menyebarkan informasi melalui media sosial, televisi, dan kampanye langsung di masyarakat untuk memperluas jangkauan edukasi kesehatan reproduksi bagi semua kelompok usia.

4. **Pengembangan Infrastruktur dan Layanan yang Merata**

Penyediaan infrastruktur yang merata dan layanan yang mudah diakses dapat mempercepat keberhasilan implementasi kebijakan kesehatan reproduksi. Beberapa strategi yang dapat diterapkan:

- **Pembangunan Fasilitas di Daerah Terpencil:** Menambah jumlah pusat layanan kesehatan yang berfokus pada kesehatan reproduksi di daerah-daerah yang kurang terjangkau.
- **Optimalisasi Layanan Bergerak:** Menggunakan mobil klinik dan pusat kesehatan keliling untuk menjangkau masyarakat di daerah terpencil dengan layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas.

5. **Penguatan Dukungan Lintas Sektor**

Implementasi kebijakan kesehatan reproduksi membutuhkan kolaborasi lintas sektor untuk mencapai dampak yang maksimal. Rekomendasi ini meliputi:

- **Koordinasi dengan Sektor Pendidikan, Ekonomi, dan Sosial:** Menjalinkan kerja sama dengan sektor lain agar kebijakan kesehatan reproduksi dapat didukung oleh program-program terkait, seperti pendidikan dan pemberdayaan ekonomi.
- **Pembentukan Tim Lintas Sektor:** Membangun tim lintas sektor yang melibatkan pemerintah daerah, organisasi masyarakat, serta lembaga swasta untuk menjalankan program kesehatan reproduksi secara terpadu.

6. **Pengembangan Sistem Monitoring dan Evaluasi yang Kuat**

Untuk memastikan efektivitas kebijakan kesehatan reproduksi, diperlukan sistem monitoring dan evaluasi yang andal dan berkelanjutan. Strategi ini mencakup:

- **Pengumpulan Data yang Komprehensif dan Tepat Waktu:** Membangun sistem pencatatan data yang komprehensif dan terintegrasi, termasuk survei berkala untuk mengukur indikator keberhasilan program.
- **Evaluasi Rutin dan Feedback Masyarakat:** Melaksanakan evaluasi secara berkala dengan melibatkan masyarakat sebagai pengguna layanan untuk mengidentifikasi tantangan dan peluang perbaikan kebijakan.

7. **Pemberdayaan dan Partisipasi Masyarakat**

Keterlibatan aktif masyarakat dalam mendukung kebijakan kesehatan reproduksi merupakan faktor penting dalam keberlanjutan program. Rekomendasi ini mencakup:

- **Pemberdayaan Kelompok Masyarakat:** Melibatkan tokoh masyarakat, pemimpin agama, dan komunitas lokal untuk membantu menyebarluaskan informasi kesehatan reproduksi serta mendorong perubahan perilaku yang positif.
- **Pemberian Edukasi bagi Keluarga:** Mengintegrasikan program edukasi yang mengikutsertakan orang tua untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan reproduksi di dalam keluarga, khususnya bagi anak-anak remaja.

8. **Pengurangan Stigma dan Diskriminasi melalui Kebijakan yang Inklusif**

Mengatasi stigma dan diskriminasi adalah kunci dalam memperluas akses layanan kesehatan reproduksi. Strategi ini dapat dilakukan dengan:

- **Kampanye Anti-Stigma dan Pendidikan Kesehatan Reproduksi yang Berbasis Hak Asasi:** Melakukan kampanye yang menekankan bahwa kesehatan reproduksi adalah hak semua individu tanpa diskriminasi, khususnya bagi kelompok marginal.
- **Penyediaan Layanan yang Ramah Remaja dan LGBTQ+:** Mengembangkan layanan kesehatan reproduksi yang inklusif dan ramah remaja serta populasi LGBTQ+ dengan memberikan pelatihan khusus bagi tenaga kesehatan untuk melayani kelompok ini tanpa diskriminasi.

9. **Stabilitas Kebijakan dan Dukungan Jangka Panjang dari Pemerintah**

Implementasi kebijakan yang efektif membutuhkan dukungan jangka panjang dari pemerintah dan stabilitas dalam peraturan yang mendukung. Rekomendasi ini meliputi:

- **Penyusunan Kebijakan Jangka Panjang yang Berkelanjutan:** Menyusun kebijakan kesehatan reproduksi dengan orientasi jangka panjang, termasuk regulasi dan rencana aksi yang memastikan kesinambungan program terlepas dari perubahan politik.
- **Dukungan Regulasi yang Mengikat dan Kuat:** Mendorong penerbitan undang-undang yang kuat untuk melindungi hak kesehatan reproduksi dan memastikan pemerintah bertanggung jawab terhadap implementasinya.

10. **Pemanfaatan Teknologi untuk Memperluas Jangkauan Layanan**

Teknologi dapat digunakan untuk memperluas akses dan kualitas layanan kesehatan reproduksi, terutama di daerah

yang sulit dijangkau. Rekomendasi ini meliputi:

- **Telemedicine dan Konseling Online:** Memanfaatkan teknologi digital untuk menyediakan layanan *telemedicine* dan konseling *online* mengenai kesehatan reproduksi, sehingga masyarakat di daerah terpencil dapat mengakses informasi dan layanan tanpa harus bepergian jauh.
- **Aplikasi Informasi Kesehatan Reproduksi:** Mengembangkan aplikasi yang menyediakan informasi lengkap tentang kesehatan reproduksi, termasuk panduan penggunaan alat kontrasepsi, jadwal pemeriksaan kesehatan, dan penyuluhan kesehatan seksual.

H. Kesimpulan dan Implikasi Kebijakan Kesehatan Reproduksi

Kesimpulan

Kesehatan reproduksi adalah hak fundamental yang mendukung kesejahteraan individu dan masyarakat secara keseluruhan. Kebijakan kesehatan reproduksi memainkan peran penting dalam menciptakan layanan kesehatan yang inklusif, mudah diakses, dan berkualitas tinggi. Melalui kebijakan ini, masyarakat, khususnya perempuan dan remaja, memperoleh kesempatan yang lebih baik untuk hidup sehat, mencapai kualitas hidup yang tinggi, dan menghindari risiko-risiko kesehatan reproduksi yang merugikan.

Namun, kebijakan kesehatan reproduksi menghadapi berbagai tantangan dan hambatan, termasuk keterbatasan sumber daya, stigma sosial, dan distribusi layanan yang tidak merata. Implementasi yang belum optimal mengakibatkan masih adanya kesenjangan akses layanan kesehatan reproduksi di berbagai wilayah. Oleh karena itu, perlu adanya

strategi kebijakan yang lebih terarah dan berkelanjutan untuk memastikan layanan kesehatan reproduksi dapat dinikmati oleh semua kelompok masyarakat tanpa diskriminasi.

Implikasi Kebijakan

1. Perbaikan dalam Penyediaan Layanan Kesehatan Reproduksi

Untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, kebijakan kesehatan reproduksi harus didukung dengan alokasi sumber daya yang cukup dan distribusi layanan yang merata. Penguatan kapasitas fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan di seluruh wilayah dapat memastikan akses layanan yang setara. Implikasi kebijakan ini termasuk peningkatan investasi dalam infrastruktur kesehatan reproduksi, terutama di daerah terpencil, serta pemberian insentif bagi tenaga kesehatan untuk bertugas di lokasi dengan akses terbatas.

2. Peningkatan Literasi dan Edukasi Kesehatan Reproduksi

Literasi kesehatan reproduksi yang memadai membantu masyarakat, khususnya remaja, dalam memahami hak dan kewajiban mereka terkait kesehatan reproduksi. Kebijakan yang memasukkan pendidikan kesehatan reproduksi ke dalam kurikulum sekolah, serta kampanye publik yang inklusif, dapat membantu membangun kesadaran dan mengurangi stigma sosial. Dengan demikian, masyarakat akan lebih siap untuk menjaga kesehatan reproduksi mereka dan mengakses layanan dengan lebih percaya diri.

3. Penguatan Kerja sama Lintas Sektor

Implikasi kebijakan ini adalah kebutuhan untuk memperkuat koordinasi antar sektor, seperti pendidikan,

ekonomi, dan sosial, guna mencapai dampak kebijakan yang lebih menyeluruh. Kolaborasi antara sektor-sektor ini memungkinkan tercapainya tujuan bersama dalam mendukung kesehatan reproduksi, misalnya dengan mengintegrasikan pendidikan kesehatan di sekolah dan menghubungkan program kesejahteraan sosial dengan layanan kesehatan.

4. Pengembangan Kebijakan yang Berbasis Data dan Berkelanjutan

Kebijakan yang berbasis bukti memerlukan dukungan sistem monitoring dan evaluasi yang efektif untuk memastikan bahwa dampak kebijakan dapat diukur dan dipertanggungjawabkan. Pengembangan kebijakan yang berorientasi jangka panjang memungkinkan pemerintah untuk membuat keputusan yang lebih strategis dan adaptif. Pengumpulan data yang komprehensif, termasuk data demografi dan epidemiologi kesehatan reproduksi, akan membantu dalam menyusun kebijakan yang lebih responsif dan relevan dengan kebutuhan masyarakat.

5. Penguatan Kebijakan Inklusif yang Mendukung Hak Asasi

Kebijakan kesehatan reproduksi harus berlandaskan pada prinsip-prinsip hak asasi manusia yang menjamin akses tanpa diskriminasi terhadap seluruh masyarakat, termasuk perempuan, remaja, dan kelompok rentan. Kebijakan yang mendukung hak kesehatan reproduksi akan menciptakan lingkungan yang inklusif dan menghormati keragaman, serta mengurangi stigma yang kerap menghalangi akses layanan bagi kelompok tertentu. Implikasi ini menuntut pemerintah untuk terus mendorong regulasi yang melindungi hak kesehatan

reproduksi dan mengintegrasikannya dalam peraturan perundang-undangan.

6. Penggunaan Teknologi untuk Meningkatkan Akses dan Kualitas Layanan

Penggunaan teknologi, seperti *telemedicine*, aplikasi informasi kesehatan, dan sistem informasi terintegrasi, memungkinkan masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan reproduksi dengan lebih cepat dan efisien. Dukungan kebijakan terhadap inovasi teknologi di bidang kesehatan reproduksi dapat membuka peluang baru untuk meningkatkan jangkauan layanan, khususnya bagi masyarakat di daerah sulit dijangkau.

DAFTAR PUSTAKA

- Afriyanti, H., & Subowo, A. (2017). Implementasi Strategi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Kabupaten Semarang. *Journal of Public Policy and Management Review*, 6(4), 23-41.
- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making Health Policy* (2nd ed.). Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Darmayanti, D., Supiyah, S., & Mesalina, R. (2020). Analisis Pelaksanaan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi dan Seksual pada Calon Pengantin di Kota Bukittinggi Tahun 2019. *Jurnal Sehat Mandiri*, 15(1), 62-78.
- Glasier, A., & Gülmezoglu, A. M. (2010). *Putting Sexual and Reproductive Health on the Agenda. The Lancet*, 368(9547), 2006–2011.

- International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2018). *Delivering Sexual and Reproductive Health Services to Communities in Humanitarian and Fragile Settings: Key Lessons and Recommendations*. London: IPPF.
- Marniati, M. (2016, December). The Influence of People's Knowledge and Attitudes Toward Traditional Treatment. In *1st Public Health International Conference (PHICo 2016)* (pp. 159-162). Atlantis Press
- Murray, C. J. L., & Frenk, J. (2000). *A Framework for Assessing the Performance of Health Systems*. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717–731.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Contraceptive Services for Under 25s*. London: NICE.
- Oktaria, R., & Martha, E. (2023). Analisis Penggunaan Media Belajar Pendidikan Kesehatan Reproduksi Berbasis Aplikasi Android dan Website: Sistematis Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 6(12), 2397-2404.
- Pandawa, R. M., & Djama, N. T. (2024). Kajian Kebijakan Implementasi Program Kesehatan Reproduksi Remaja Untuk Menghasilkan Model Pemberdayaan Remaja. *Jurnal Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 34(1), 80-90.
- Petchesky, R. P., & Judd, K. (1998). *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives across Countries and Cultures*. London: Zed Books.
- Puspasari, S., & Emilia, O. (2017). Paparan informasi kesehatan reproduksi melalui media pada perilaku seksual pranikah: analisis data survei demografi kesehatan Indonesia 2012. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 33(1), 31-36.

- Puspito, H. (2021). Analisis implementasi Perda Kabupaten Bantul No. 11 Tahun 2015 tentang Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas pada kesehatan reproduksi remaja disabilitas. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 10(3), 217-227.
- Sari, Y. N., Dirlanudin, D., & Amirudin, S. (2015). *Persepsi Stakeholder Terhadap Kebijakan Pengecualian Larangan Aborsi Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi (Studi Kasus di Kabupaten Tangerang)* (Doctoral dissertation, Universitas Sultan Ageng Tirtayasa).
- Sen, G., & Ostlin, P. (2008). *Gender Inequity in Health: Why it Exists and How We Can Change It. Global Public Health*, 3(sup1), 1-12.
- Syifa, M., Husna, A., Marniati, M., Reynaldi, F., & Safrizal, S. A. (2021). Hubungan Persepsi Pasien dengan Mutu Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Johan Pahlawan Kabupaten Aceh Barat. *Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat (Jurmakemas)*, 1(1), 39-55.
- UNFPA – United Nations Population Fund. (2021). *State of World Population 2021: My Body is My Own – Claiming the Right to Autonomy and Self-Determination*. New York: UNFPA.
- United Nations Development Programme (UNDP). (2016). *Human Development Report 2016: Human Development for Everyone*. New York: UNDP.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Sexual and Reproductive Health and Rights: Global Policy Recommendations*. Geneva: World Health Organization.
- Wm, M. P., Soebiyanto, A. W., & Limijadi, E. K. S. (2021). Analisis Pelaksanaan Pemenuhan Hak Atas Informasi Dan Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan Penyandang

Disabilitas Di Kota Semarang. *Jurnal Usm Law Review*, 4(2), 547-564.

Yohanis, J. C., & Winarti, E. (2024). Tinjauan Perilaku Kesehatan Remaja Dalam Konteks Kesehatan Reproduksi: Sebuah Analisis Literatur. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(1), 634-642.

BIODATA PENULIS

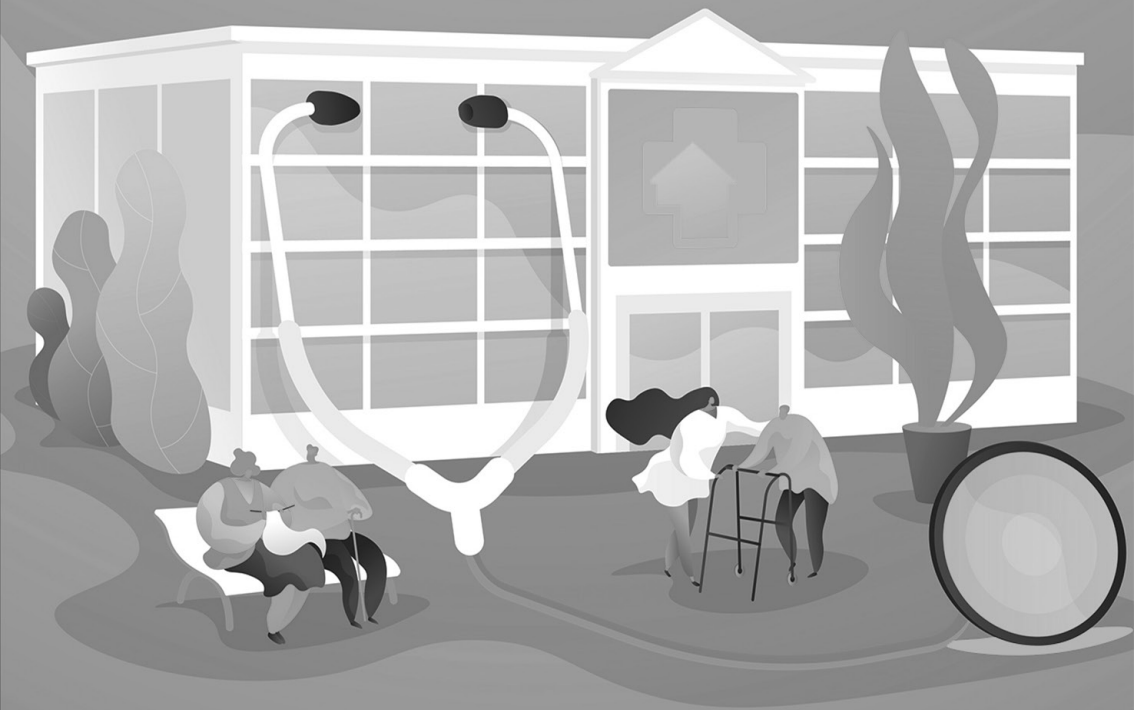


Marniati Lahir di Aceh Selatan 4 September 1978, anak ke 5 dari Tujuh bersaudara dari Pasangan almarhum Teuku Ali Johan dan Ibu Siti Asiah. Penulis Menikah dengan Edi Safutra, SE dan dikarunia 3 orang anak (Kevin Diniandra Putra, Chelva Vanisa Edi, Chelvi Vanisa Edi). Pada tahun 2003 memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhammadiyah Aceh. Selanjutnya menempuh Pendidikan S2 Megister Kesehatan Masyarakat di Universitas Sumatera Utara Medan Lulus pada tahun 2012. Pengalaman bekerja Tahun 2004 menjabat sebagai bendahara pada Fakultas Kesehatan Masyarakat. Pada Tahun 2007 disamping menjadi Dosen juga diberi kepercayaan Jabatan sebagai Wakil Dekan 2 Bidang Keuangan hingga tahun 2015. Tahun 2016 kembali dilantik menjadi Wakil Dekan 2 Bidang keuangan di Fakultas yang sama. Tahun 2019 sampai sekarang dipercayakan sebagai anggota Senat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Teuku Umar. Pada Tahun 2018-2021 diberi kepercayaan sebagai Anggota Tim PAK Universitas Teuku Umar. Tahun 2020 Lulus seleksi Sebagai

Asesor Beban Kerja Dosen Nasional (BKDN) Sampai sekarang. Tahun 2023 dipercayakan sebagai Koordinator Pusat Kesehatan dan Konseling Universitas Teuku Umar, dan sebagai Ketua KEPK di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Teuku Umar.

Karya-karya

Jurnal Internasional Bereputasi, Prossiding Internasional bereputasi Thomson, Jurnal Nasional terakreditasi, Book Chapter“ *Tren Isu Kesehatan DIMASA PANDEMI COVID-19, Buku Monograf Pemanfaatan Posyandu Balita, Buku Referensi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Buku Hitam Putih Telemedicine, Buku Referensi Kesehatan Implementer, Buku Ajar Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Buku Referensi Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan di Indonesia, Buku Sistem Pelayanan Kesehatan*”.email: marniati@utu.ac.id, hp 081370488319



Bab 11

Analisis Kebijakan Pengendalian Tembakau dan Alkohol

Dr. Juanita, SE, M.Kes.

Indonesia berkomitmen untuk mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan. Terdapat 17 tujuan termasuk tujuan 3 yaitu menjamin masyarakat hidup sehat dan mempertahankan kesejahteraan di segala usia. Dalam upaya pencapaian tujuan tersebut, tingginya konsumsi tembakau di Indonesia, jika tidak diatasi dengan peraturan yang ketat, berpotensi akan menghambat pencapaian tujuan SDG tersebut (Saminarsih *et al*, 2016).

Sementara untuk alkohol belumlah menjadi kebiasaan masyarakat untuk mengkonsumsinya. Namun, di beberapa daerah dengan keragaman budaya dan adat istiadat, mengonsumsi minuman beralkohol merupakan hal yang lumrah. Oleh masyarakat setempat disebut sebagai minuman tradisional dan biasanya hadir dalam acara adat.

Sebagai bentuk kepedulian WHO terhadap permasalahan tembakau di dunia, atas kesepakatan global dikeluarkan Kerangka Kerja Pengendalian Tembakau sebagai acuan dalam mengendalikan konsumsi tembakau di berbagai negara, sayangnya Indonesia belum menandatangani dan meratifikasi kerangka kerja ini.

Indonesia memiliki jumlah perokok ketiga tertinggi di dunia, yang menyebabkan permasalahan tembakau masih menjadi permasalahan utama di Indonesia (Tobacco Atlas, 2020). Laporan Survei Tembakau Dewasa Global (GATS) Indonesia tahun 2021 menunjukkan bahwa 34,5% orang dewasa (sekitar 70,2 juta orang) menggunakan tembakau, 65,5% untuk pria dan 3,33% untuk wanita.

Sementara berdasarkan hasil SKI 2023, ada sebanyak 22,48 % yang merokok setiap hari dalam sebulan terakhir pada penduduk berusia ≥ 10 tahun; merokok sesekali 4,56 %. Hal ini menunjukkan bahwa hampir sekitar 70 juta orang di Indonesia adalah perokok aktif. Menurut Barber *et al*, 2008, hampir 97 %

konsumsi tembakau di Indonesia adalah rokok, sebagai hasil produk tembakau, menjadikannya sebagai bentuk penggunaan tembakau paling umum.

Dampak dari aktivitas merokok bukan hanya kepada sektor kesehatan, namun juga ekonomi dan sosial. Dari sisi kesehatan, merokok meningkatkan risiko penyakit jantung, kanker, dan gangguan pernapasan. Dari sisi ekonomi, kerugian yang ditimbulkan karena penyakit terkait perilaku merokok mencapai Rp. 596,61 triliun (2017). Biaya ini lebih besar 4 x lipat dibandingkan dengan penerimaan cukai hasil tembakau sebesar Rp 147,7 triliun (Kosen, 2017).

Pemerintah telah menerapkan berbagai kebijakan pengendalian tembakau, namun angka konsumsinya masih tinggi. Di sisi lain, konsumsi alkohol hanya sebesar 0,11 liter per kapita tahun 2023, menempatkan Indonesia sebagai negara terendah di Asia Tenggara dan di dunia dalam konsumsi alkohol. Mengingat dampak negatif tembakau dan alkohol terhadap kesehatan masyarakat, diperlukan kebijakan yang lebih ketat untuk mengatur konsumsi dan produksinya.

A. Analisis Kebijakan

Kebijakan merujuk pada pedoman untuk bertindak. Pedoman dapat sederhana atau kompleks, umum atau khusus, luas atau sempit, kabur atau jelas, longgar atau terperinci, publik atau privat, kualitatif atau kuantitatif.

Kebijakan juga dapat dipahami sebagai suatu ketentuan yang dapat dilaksanakan yang ditandai dengan perilaku yang konsisten dan berulang-ulang baik dari pihak yang merumuskannya maupun dari pihak yang mematuhi. Sementara itu, Kebijakan kesehatan mengacu pada keputusan, rencana, dan tindakan yang

dilakukan untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan tertentu di masyarakat.

Analisis kebijakan adalah proses yang bertujuan menghasilkan pengetahuan dari dan selama proses pembuatan kebijakan. Proses ini merupakan kegiatan intelektual yang dilakukan dalam konteks politik untuk menyusun kebijakan publik. Dunn (2009) menyatakan bahwa analisis kebijakan adalah suatu proses analitis yang menghasilkan dan menyajikan informasi sedemikian rupa sehingga dapat menjadi dasar bagi pengambil kebijakan untuk mengambil keputusan. Analisis Kebijakan harus mampu menjawab tiga pertanyaan utama: kebijakan apa yang ditetapkan oleh pemerintah; alasan dibalik pengambilan kebijakan tersebut dan dampak yang mungkin terjadi akibat penerapannya. Tujuan analisis kebijakan meliputi: 1) memahami proses pengembangan dan implementasi kebijakan; 2) mengidentifikasi tujuan dan motivasi analisis dengan menggabungkan pendekatan gaya kerja praktisi yang terkait dengan penciptaan dan transformasi informasi sebelum dan setelah tindakan kebijakan diambil setelah kebijakan diimplementasikan, termasuk penekanan pada pendekatan pendapatan keluarga dan kemiskinan; 3) memahami cara kebijakan tersebut berpengaruh terhadap area keberadaan pendapatan keluarga, dan 4) memahami area-area yang potensial untuk diintervensi dalam proses kebijakan.

Manfaat: memahami apa yang sedang/tidak dilakukan pemerintah; memahami alasan, penyebab serta penentu suatu kebijakan diambil; memahami dampak atau pengaruh dari diterapkannya suatu kebijakan.

Walt and Gibson (1994) menggunakan pendekatan segi tiga kebijakan dalam menganalisis kebijakan yaitu analisis konten, konteks, proses dan aktor. Segitiga kebijakan digunakan untuk memahami suatu kebijakan tertentu, menerapkan dan

untuk merencanakan kebijakan adalah pendekatan yang sangat sederhana untuk memvisualisasikan serangkaian hubungan yang kompleks.

1. Konten atau isi kebijakan merupakan substansi kebijakan yang merinci bagian-bagian kebijakan dan menjelaskan secara rinci bagian-bagian utama kebijakan
2. Konteks mengacu kepada faktor politik, ekonomi dan sosial, nasional dan internasional yang mungkin memiliki pengaruh pada kebijakan kesehatan.
3. Proses mengacu kepada cara bagaimana kebijakan dimulai, dikembangkan atau disusun, dinegosiasi, disosialisasikan, diterapkan dan dinilai.
4. Aktor (pelaku) merupakan kelompok yang menaruh perhatian baik individu, maupun kelompok organisasi, yang bisa mendukung ataupun menolak kebijakan.

B. Kebijakan Pengendalian Tembakau dan Alkohol di Indonesia

1. Kebijakan Pengendalian Tembakau

Pada tingkat global, regulasi yang ada adalah Framework Convention on Tobacco Control atau disebut juga FCTC yang merupakan respons terhadap globalisasi epidemi tembakau yang ditujukan untuk melindungi kesehatan penduduk dunia. Peraturan FCTC mengatur pengendalian tembakau dari sisi permintaan (mengurangi permintaan) dan sisi pasokan (mengurangi pasokan).

FCTC mengatur kebijakan tarif dan cukai rokok; periklanan, sponsor dan promosi; pelabelan: peringatan kesehatan dan klaim menyesatkan; hukum kualitas udara pengungkapan dan pengaturan konten produk; dan juga penyelundupan. Sayangnya kita satu-satunya negara di Asia Pasific yang belum berkomitmen untuk

menandatangani dan meratifikasinya. Jika ditandatangani dan diratifikasi maka Indonesia memiliki kerangka hukum yang lebih kuat untuk mengurangi konsumsi tembakau; melindungi generasi muda dari paparan rokok; dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Pada tahun 2008 WHO meluncurkan strategi *MPOWER* yang merupakan panduan praktis untuk membantu negara-negara melaksanakan komitmen terhadap FCTC, untuk melawan ancaman global produk tembakau ini, meliputi enam strategi yaitu: 1) pemantauan penggunaan tembakau dan kebijakan preventif; 2) melindungi setiap orang dari asap rokok orang lain; 3) meningkatkan dukungan terhadap upaya berhenti merokok; 4) mewaspada dampak konsumsi rokok bagi masyarakat; 5) melarang iklan dan sponsorship dan 6) kenaikan cukai rokok. Dengan strategi ini diharapkan negara-negara diseluruh dunia dapat secara bersama-sama menurunkan prevalensi penggunaan tembakau dengan cepat.

Di tingkat nasional, peraturan rokok yang pertama kali dikeluarkan pemerintah adalah PP Nomor 81 Tahun 1999 tentang Keamanan Rokok Bagi Kesehatan. PP ini diterbitkan pada masa Presiden Habibie dan mencakup aspek terkait pengaturan iklan rokok, peringatan kesehatan, pembatasan kadar nikotin dan tar, sosialisasi kepada masyarakat tentang kandungan produk tembakau, sanksi dan hukuman, peraturan. pemerintah dan peran masyarakat di kawasan tanpa rokok. Namun, belum sempat dilaksanakan, PP ini direvisi menjadi PP Nomor 32 Tahun 2000 pada era Presiden Abdurrahman Wahid, dan direvisi lagi pada masa pemerintahan Megawati

hingga terbit PP Nomor 19 Tahun 2003. PP Nomor 19 Tahun 2003 telah ditinjau kembali dalam PP Nomor 109 Tahun 2012 di bawah kepemimpinan SBY. PP no. 109/2012 kini dicabut dengan terbitnya PP Nomor 28 Tahun 2024 tentang peraturan pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

2. Kebijakan Pengendalian Minuman Beralkohol

Pengendalian minuman beralkohol diatur dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 74 Tahun 2013 tentang Pengendalian dan Pengawasan Minuman Beralkohol. Dalam Perpres tersebut, yang dimaksud dengan minuman beralkohol adalah minuman yang mengandung etil alkohol atau etanol (C_2H_5OH) yang diolah dari hasil pertanian yang mengandung karbohidrat dengan cara fermentasi dan penyulingan atau tanpa penyulingan. Perpres ini juga mengatur pengertian minuman beralkohol tradisional, yaitu yang diproduksi secara lokal, tradisional dan pusaka yang dikemas secara sederhana dan diproduksi sewaktu-waktu dan digunakan untuk keperluan adat atau upacara keagamaan.

Pasal 7 mengatur minuman beralkohol golongan A (kadar etil alkohol atau etanol sampai dengan 5 persen), B (kadar 5-20 persen), dan C (kadar 20-55 persen) hanya boleh dijual di hotel, bar, dan restoran yang memenuhi persyaratan hukum yang sesuai di sektor pariwisata juga dapat melakukan hal tersebut. di toko bebas bea dan tempat yang ditunjuk oleh Bupati/Walikota dan Gubernur untuk dijual dan/atau didistribusikan oleh bupati, dekat tempat ibadah, lembaga pendidikan, dan rumah sakit. Selain itu, minuman beralkohol Golongan A juga dapat dijual di toko eceran dalam bentuk kemasan. Perhatikan

karakteristik daerah dan budaya setempat, bupati/wali dan gubernur.

Peraturan Menteri Perdagangan (Permendag) nomor 25 tahun 2019 tentang perubahan keenam atas Peraturan No. 20/M-Dag/Per 4/2014 Menteri Perdagangan tentang pengendalian dan pengawasan terhadap penyediaan, peredaran dan penjualan minuman beralkohol.

D. Analisis Kebijakan Pengendalian Tembakau dan Alkohol di Indonesia

Pendekatan segi tiga kebijakan (*Policy Triangle*) dari Walt and Gibson (1994) digunakan dalam melakukan Analisis kebijakan pengendalian tembakau dan alkohol di Indonesia. Segitiga kebijakan kesehatan merupakan suatu pendekatan yang sudah sangat disederhanakan untuk melihat suatu tatanan hubungan yang kompleks antara *content* (isi kebijakan); konteks, proses dan aktor.

- **CONTENT (ISI KEBIJAKAN)**

- 1. **Tembakau**

- Indonesia sudah memiliki sejumlah kebijakan yang mengatur pengendalian tembakau, di antaranya:

- a. Undang-Undang No 17 tahun 2023 tentang kesehatan
 - Pasal 149 dijelaskan bahwa hasil tembakau merupakan zat adiktif. Produksi, distribusi dan penggunaan produk tembakau harus memenuhi standar dan/atau persyaratan yang ditetapkan dengan mempertimbangkan profil risiko kesehatan.

- Zat Adiktif sebagaimana dimaksud pada Ayat (1) adalah semua hasil tembakau yang penggunaannya dapat merugikan diri sendiri dan/atau masyarakat sekitar serta dapat berbentuk padat, cair, dan gas. Bentuk kecanduan lainnya termasuk rokok elektrik dan permen yang mengandung nikotin.
 - Pemerintah Daerah wajib menerapkan KTR (zona bebas rokok). Pasal 151(1) meliputi: institusi kesehatan; tempat proses belajar mengajar; tempat anak-anak bermain; tempat ibadah; transportasi umum; tempat kerja dan tempat umum atau tempat lain yang diperuntukkan.
 - Pada Ayat 2, pemerintah daerah wajib menetapkan dan melaksanakan KTR di wilayahnya.
 - Pada Ayat 3. Kewajiban pengelola, penyelenggara atau penanggung jawab untuk menyediakan tempat khusus untuk merokok di tempat kerja dan di tempat umum atau tempat lain.
- b. Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 28 Tahun 2024
- PP No 28/2024 merupakan peraturan pelaksana dari UU No 17/2023, di mana dalam PP ini diatur:
- pengendalian zat adiktif seperti produk tembakau dan rokok elektronik.
 - Peringatan kesehatan pada kemasan produk tembakau harus menutupi 50% bungkus rokok.
 - Larangan penjualan hasil tembakau dan rokok elektronik dalam radius tertentu di sarana pendidikan dan tempat bermain anak.
 - Larangan penjualan rokok kepada individu sebelum 21 tahun serta wanita hamil.

Diharapkan dengan PP ini upaya pengendalian zat adiktif dan melindungi kesehatan masyarakat dari bahaya yang ditimbulkan oleh produk-produk tersebut.

Dalam PP ini pengendalian konsumsi produk tembakau dan rokok elektronik bukan lagi hanya menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan, namun juga Kementerian dan Lembaga Pemerintah terkait serta Pemerintah Daerah pada keseluruhan aturan, yang berperan sebagai penyelenggara pengawasan, mensosialisasikan, menetapkan, mengimplementasikan, dan melakukan pemantauan keberlangsungan aturan.

- c. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 tentang Cukai
- d. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah
- e. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 tahun 2013 tentang Peta jalan pengendalian dampak konsumsi rokok bagi kesehatan

2. Alkohol

- a. Perpres Nomor 74 Tahun 2013 tentang Pengendalian dan pengawasan minuman beralkohol.
- b. Peraturan Menteri Perdagangan (Permendag) Nomor 25 Tahun 2019 tentang Perubahan Keenam atas Peraturan Menteri Perdagangan No 20/M-Dag/Per4/2014 tentang Pengendalian dan Pengawasan Terhadap Pengadaan, Peredaran, Dan Penjualan Minuman Beralkohol.

Selain regulasi di tingkat nasional, ada tiga provinsi yang menerbitkan regulasi terkait minuman beralkohol,

yaitu Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 22 Tahun 2016 tentang larangan produksi, pendistribusian, dan penjualan minuman beralkohol; Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam Qanun Nomor 12 Tahun 2003 tentang Khamar dan minuman sejenisnya; Peraturan Gubernur NTT Nomor 44 Tahun 2019 Tentang Pemurnian dan Pengelolaan Minuman Beralkohol Tradisional NTT; Peraturan Gubernur Bali Nomor 1 Tahun 2020 tentang Pengelolaan Minuman Fermentasi dan/atau destilasi Bali.

- **KONTEKS (*CONTEXT*)**

1. **Tembakau**

- a. Konteks Sosial

Jumlah perokok di Indonesia terus meningkat. Data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, menunjukkan sebanyak 70 juta perokok aktif, dan sebesar 7,4% perokok berusia 10 hingga 18 tahun. Perokok anak-anak dan remaja juga meningkat. Hasil survei Tembakau Remaja Global (GYTS 2019), prevalensi merokok umur 13-15 tahun mengalami peningkatan dari 18,3% (2016) menjadi 19,2% (2019). Begitu pula di kalangan perokok dewasa, menurut Survei Tembakau Dewasa Global (GATS, 2021), ada sebanyak 59,9 juta perokok dewasa (2011), meningkat menjadi 68,9 juta orang (2021). Prevalensi perokok elektrik di kalangan orang dewasa juga meningkat 10 kali lipat, dari 0,3% (2011) menjadi 3% (2021).

Peningkatan jumlah perokok di Indonesia sangat bertolak belakang dengan kondisi di tingkat global, di mana prevalensi merokok umumnya menurun. Hal ini tentu saja merupakan tantangan kesehatan

masyarakat yang signifikan dan memerlukan perhatian dan tindakan dari berbagai pihak untuk mengatasi masalah ini.

Selain jumlah perokok, jumlah batang rokok yang dihisap juga mengalami peningkatan. Pada tahun 1970, jumlah batang rokok yang dihisap sebanyak 30 miliar batang meningkat tajam menjadi 260 milyar batang di tahun 2009. Hal ini sejalan dengan peningkatan produksi dari 260 miliar batang (2010) menjadi 270 miliar batang (2011).

b. Konteks Ekonomi

Penerimaan negara dari Cukai Hasil Tembakau hingga Juli 2024 sebesar Rp 111,3 triliun. Selain dari aspek penerimaan negara, permasalahan tembakau juga sering dikaitkan dengan petani tembakau. Selama ini, industri tembakau telah membentuk opini bahwa pertanian tembakau akan mendatangkan kemakmuran. Namun hasil penelitian Sahadewo dkk (2020) menganalisis antara keadaan petani tembakau saat ini dan mantan petani tembakau di tiga provinsi produsen tembakau (Jawa Timur, Jawa Tengah, dan Nusa Tenggara Barat), menunjukkan bahwa petani tembakau akan lebih baik secara ekonomi, apakah mereka berpindah ke tanaman lain atau mencari sumber pendapatan di luar pertanian, atau keduanya.

c. Konteks Politik

FCTC, yang merupakan perjanjian pengendalian tembakau global, telah ditandatangani dan diratifikasi oleh 183 negara pada tahun 2023. Indonesia adalah satu-satunya negara di kawasan Asia-Pasifik yang belum menandatangani atau meratifikasi FCTC.

Hal ini menunjukkan kuatnya peran pabrik rokok dalam pengaruh politik dan kebijakan kesehatan di Indonesia.

2. Alkohol

a. Konteks Sosial

Mengonsumsi minuman beralkohol bukanlah kebiasaan masyarakat Indonesia umumnya, namun di beberapa daerah, terkait budaya setempat, hal ini menjadi biasa seperti di Bali, NTT dan Sumatera Utara dengan minuman tradisionalnya tuak.

b. Konteks Ekonomi

Penerimaan cukai minuman mengandung etil alkohol (MMEA) hingga Juli 2024 sebesar Rp 4,6 triliun. Sedangkan di Bali, sebagai kawasan wisata, per tahun penjualan makanan dan minuman menghasilkan pendapatan sebesar Rp 7 triliun per tahun, dan 30%-nya berasal dari penjualan minuman beralkohol dan ini berasal dari produksi lokal dan impor.

c. Konteks Politik

Era pasar bebas tentu industri internasional berharap agar pemerintah melonggarkan kebijakan terkait konsumsi minuman beralkohol. Hal ini tentu menjadi tantangan dalam menyeimbangkan regulasi dengan kebutuhan industri pariwisata dan hiburan.

• PROSES (*PROCESS*)

1. Tembakau

a. Formulasi

Dualisme kebijakan anti rokok, antara kesehatan dan ekonomi. Pemerintah masih menilai industri rokok

mempunyai peranan penting dalam perekonomian. Namun, jika kita mengambil perspektif yang lengkap dan holistik, kita akan melihat bagaimana manfaat ekonomi akan mempunyai dampak sosial, ekonomi dan kesehatan yang jauh lebih mahal.

b. Implementasi

Dalam UU Kesehatan dinyatakan bahwa daerah wajib menerapkan KTR. Lemahnya penegakan hukum terkait penerapan kawasan tanpa rokok (KTR). Walaupun sudah ada perda KTR namun masih banyak pelanggaran dan tidak ada sanksinya. Harga rokok yang rendah dan terjangkau mengakibatkan tingginya jumlah perokok.

c. Evaluasi

Kajian kebijakan pengendalian tembakau lebih menekankan pada aspek ekonomi, sedangkan kajian biaya kesehatan yang akan dikeluarkan terkait penyakit akibat merokok sangat jarang dipaparkan.

2. Alkohol

a. Formulasi

Kebijakan pengendalian konsumsi alkohol melibatkan penyeimbangan antara kesehatan masyarakat dan kebutuhan ekonomi sektor pariwisata.

b. Implementasi

Penegakan hukum lebih tegas dibanding tembakau, terutama terhadap distribusi ilegal.

Konsumsi alkohol lebih terkendali karena distribusi terbatas pada tempat tertentu.

c. Evaluasi

Masih terdapat masalah peredaran alkohol ilegal yang memerlukan pengawasan lebih ketat.

- **AKTOR (ACTORS)**

- 1. Tembakau**

Kebijakan pengendalian tembakau melibatkan berbagai aktor seperti pemerintah pusat dan daerah, layanan kesehatan, lembaga asuransi, produsen tembakau, industri rokok dan masyarakat, LSM dan juga profesional kesehatan yang pro dan kontra.

- a. Pemerintah

Kementerian Kesehatan: memprioritaskan pengendalian konsumsi tembakau. Namun di pihak lain Kementerian Keuangan lebih fokus pada penerimaan cukai rokok.

- b. Industri Tembakau

Industri rokok adalah kelompok yang menolak kebijakan pengendalian tembakau yang ketat.

- c. Organisasi profesi kesehatan

Berbagai organisasi profesi seperti IDI, dr jantung, dr paru, dr anak, IBI, PPNI, IAKMI, Persakmi mendukung pemerintah untuk pengendalian tembakau yang ketat.

- d. Organisasi Masyarakat Sipil

Komnas Pengendalian Tembakau dan LSM lainnya memperjuangkan pembatasan konsumsi rokok.

Para perokok aktif cenderung menentang kebijakan pengendalian tembakau.

- 2. Alkohol**

- a. Pemerintah

Regulasi ketat oleh Kementerian Perdagangan dan peraturan daerah yang melarang distribusi alkohol.

- b. Industri Alkohol

Produsen alkohol legal, seperti pabrik bir dan

minuman keras, berupaya menjaga distribusi tetap legal.

c. Masyarakat Sipil

Lembaga agama dan masyarakat anti-alkohol aktif dalam menuntut pelarangan.

d. Pelaku Produksi Ilegal

Menjadi tantangan utama karena produksi minuman oplosan membahayakan kesehatan masyarakat.

• **REKOMENDASI**

Tembakau

- Ratifikasi FCTC WHO untuk memperkuat kerangka regulasi.
- Meningkatkan harga rokok melalui cukai.
- Mengatur lebih ketat iklan promosi dan sponsorship
- Mengatur penjualan rokok kepada anak dan remaja usia di bawah 18 tahun.
- Implementasi Perda/Pergub/Perbu/Perwalkot KTR di daerah

Alkohol

- Kebijakan yang ada saat ini belum komprehensif masih bersifat parsial, sehingga implementasi larangan dan pengendalian produksi dan konsumsi minuman beralkohol belum optimal. Dibutuhkan aturan yang ketat tentang minuman beralkohol, dalam bentuk undang-undang.

DAFTAR PUSTAKA

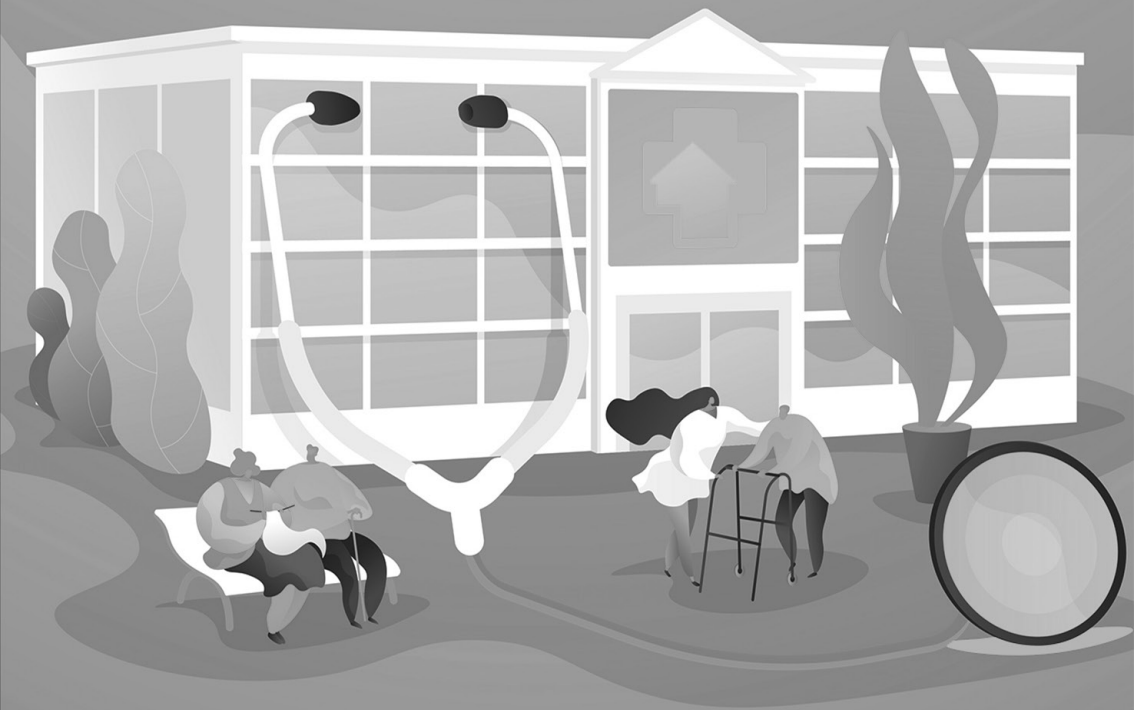
- Barber, S., Adioetomo, S.M., Ahsan, A., dan Setyonaluri, D. Ekonomi Tembakau di Indonesia. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2008.
- Buse K Nicholas Mays & Gill Walt. 2005. Making Health Policy Understanding Public Health. Open University Press
- DPR RI, 2020. Naskah Akademik RUU tentang Larangan Minuman Beralkohol.
- Kementerian Kesehatan. 2023. Survei Kesehatan Indonesia.
- Kosen. S. 2017. Review of Evidence Series Health and Economic Cost of Tobacco in Indonesia. LBP. Jakarta.
- PP No 28/2024
- Peraturan Menteri Kesehatan No 40/2013
- Perpres No 74/2013
- Peraturan Menteri Perdagangan No 20/M-Dag/Per4/2014
- Saminarsih D S; Anindita Sitepu; Liza Pratiwi; Olivia Herlinda, Egi Abdul Wahid, 2016. Policy Paper: Pengendalian Tembakau Dalam Konteks Sustainable Development Goals: Menuju Generasi Muda Yang Berkualitas.
- UU No 17/2023
- UU No 39/2007
- UU No 28/2009
- Walt G dan Gilson L . 1994. Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. Health Policy and Planning 9: 353-70
- WHO, 2024. Global Adult Tobacco Survey Indonesia Report.
- WHO. 2020. Tobacco Atlas
- WHO, 2019. Global Youth Tobacco Survey Indonesia Report.
- WHO, 2008. MPOWER: A Policy Package to Reverse The Tobacco Epidemic.

[https://rri.co.id/ntt/internasional/924151/indonesia-paling-rendah-konsumsi-alkohol-di-asia-tenggara#:~:text=KBRN%2C%20Rote%3A%20Indonesia%20berhasil%20mencatatkan,23%2F08%2F2024\).](https://rri.co.id/ntt/internasional/924151/indonesia-paling-rendah-konsumsi-alkohol-di-asia-tenggara#:~:text=KBRN%2C%20Rote%3A%20Indonesia%20berhasil%20mencatatkan,23%2F08%2F2024).)

BIODATA PENULIS



Dr. Juanita, SE, M.Kes lahir di Malang, 23 Desember 1962. Latar belakang pendidikan: S1 FE USU; S2 FKM Unair; S3 FK UGM.



Bab 12

Analisis Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS

Alfiani Rizqi, S.ST., M.M.RS.

A. Penularan HIV di Indonesia

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan permasalahan kesehatan global dan di Indonesia. Virus ini menyerang sistem kekebalan tubuh dengan menginfeksi serta merusak sel CD4, yang berperan penting dalam kekebalan tubuh manusia. Penyebaran HIV terjadi melalui kontak langsung dengan cairan tubuh seperti darah, ASI, cairan semen, dan cairan vagina, di mana virus ini dapat masuk ke aliran darah individu yang belum terinfeksi (WHO, 2021).

Di Indonesia, penularan HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) sering terjadi di kalangan populasi tertentu, seperti lelaki seks lelaki, pengguna narkotika suntik, pekerja seks, dan transgender (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Kasus AIDS pertama kali ditemukan di Indonesia pada tahun 1987, dengan perkembangan epidemi yang semakin meluas hingga tahun-tahun berikutnya. Pada akhir 1996, tercatat 381 kasus HIV positif dan 154 kasus AIDS.

Secara global, HIV/AIDS masih menjadi masalah besar dengan sekitar 39,9 juta orang hidup dengan HIV pada tahun 2023. Sejak epidemi dimulai pada 1980-an, sekitar 88 juta orang tertular virus ini, menyebabkan 42,3 juta kematian terkait HIV/AIDS. Sub-Sahara Afrika paling terdampak, mencakup 70% dari populasi HIV, dengan tingkat kematian tinggi.

Di Indonesia, hingga September 2023, terdapat 515.455 pengidap HIV, di mana 454.723 telah terdeteksi. Kelompok usia 25-49 tahun mendominasi jumlah kasus, dengan penularan terbanyak terjadi pada ibu rumah tangga. Meskipun berbagai upaya dilakukan, tantangan dalam akses pengobatan dan layanan penting menunjukkan perlunya upaya yang lebih kuat untuk menekan dampak epidemi ini. Risiko penularan HIV di Indonesia sering terjadi di antara kalangan populasi lelaki seks lelaki, orang

yang memakai narkoba suntik, pekerja seks, dan transgender (Kementerian Kesehatan RI, 2019:3).

AIDS pertama kali di Indonesia tahun 1987. Dalam kurun waktu 10 tahun sejak AIDS pertama kali ditemukan, pada akhir 1996 jumlah kasus HIV positif mencapai 381 dan 154 kasus AIDS. Kasus AIDS mendapat respon dari pemerintah setelah seorang pasien berkebangsaan Belanda meninggal di Rumah Sakit Sanglah Bali. HIV/AIDS masih menjadi masalah kesehatan global yang serius, dengan sekitar 39,9 juta orang hidup dengan HIV pada tahun 2023. Sejak epidemi ini dimulai pada awal tahun 1980-an, sekitar 88 juta orang telah tertular virus ini, yang menyebabkan 42,3 juta kematian akibat penyebab terkait.

Afrika Sub-Sahara terkena dampak secara tidak proporsional, menampung 70% dari mereka yang hidup dengan HIV dan menghadapi tingkat kematian yang signifikan. Meskipun ada kemajuan dalam pengobatan dan pencegahan, masih banyak yang tidak memiliki akses terhadap layanan penting, sehingga menekankan perlunya upaya global yang berkelanjutan untuk memerangi epidemi ini dan dampak sosial ekonominya.

HIV/AIDS di Indonesia menunjukkan situasi yang menyedihkan. Per September 2023, diperkirakan ada 515.455 orang pengidap HIV, dengan 454.723 di antaranya sudah terdeteksi. Kasus pertama dilaporkan pada tahun 1987, dan sejak itu, epidemi ini berkembang pesat, terutama pada kelompok usia 25-49 tahun. Penularan HIV didominasi oleh ibu rumah tangga, yang menyumbang 35% dari total kasus baru. Meskipun upaya penanggulangan dilakukan, seperti meningkatkan akses pengobatan ARV, tantangan besar tetap ada dalam mencapai target eliminasi HIV/AIDS pada tahun 2030. Negara dengan kasus HIV tertinggi di dunia adalah:

1. Eswatini (Swaziland) – Prevalensi mencapai 27% dari populasi, dengan sekitar 220.000 orang yang hidup dengan HIV.
2. Lesotho – Memiliki prevalensi 25% , dengan sekitar 340.000 pengidap.
3. Botswana – Prevalensi 21,9% , sekitar 360.000 orang terinfeksi.
4. Afrika Selatan – Menampung 7,1 juta orang mengidap HIV, prevalensi sekitar 18,9% .
5. Namibia – Sekitar 13.8% dari populasi terinfeksi, dengan total 230.000 pengidap.

Penanggulangan HIV/AIDS sangat penting dalam konteks kesehatan masyarakat karena dampaknya luas terhadap individu dan komunitas. Epidemi ini tidak hanya berdampak pada kesehatan fisik, tetapi juga menimbulkan stigma sosial dan diskriminasi yang dapat menghambat akses terhadap layanan kesehatan.

Upaya pencegahan, seperti edukasi tentang HIV/AIDS dan promosi penggunaan kondom, sangat diperlukan untuk mengurangi penularan, terutama di kalangan remaja dan kelompok rentan. Selain itu, strategi 95-95-95 yang ditetapkan oleh UNAIDS bertujuan untuk memastikan bahwa 95% orang dengan HIV mengetahui status mereka, 95% yang terdiagnosis diobati, dan 95% yang diobati mencapai supresi virus.

Keterlibatan masyarakat dalam penanggulangan HIV/AIDS juga penting untuk menciptakan lingkungan yang mendukung bagi orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dan meminimalkan dampak sosial dan ekonomi dari penyakit ini. (Sumakul *et al.*, 2023)

B. Definisi dan Sejarah HIV/AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dengan menginfeksi dan menghancurkan sel CD4, yang merupakan bagian penting dari sistem imun. Jika tidak diobati, infeksi HIV dapat berkembang menjadi AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), yang merupakan tahap akhir dari infeksi HIV, di mana kemampuan tubuh untuk melawan infeksi sudah hilang sepenuhnya. Penularan HIV terjadi melalui kontak dengan cairan tubuh seperti darah, sperma, dan cairan vagina, tetapi tidak melalui udara atau kontak biasa. Meskipun belum ada obat untuk menyembuhkan HIV, terapi antiretroviral (ARV) dapat memperlambat perkembangan penyakit dan meningkatkan kualitas hidup penderita.

Sejarah HIV dimulai pada tahun 1920, ketika virus ini pertama kali ditularkan dari simpanse ke manusia di Kinshasa, Republik Demokratik Kongo. Penularan terjadi melalui kontak dengan simpanse darah yang terinfeksi selama perburuan. Pada tahun 1981, HIV/AIDS mulai menjadi perhatian publik ketika kasus pertama kali dilaporkan di AS, yang ditandai dengan munculnya pneumonia langka pada lima individu. (Djoerban *et al.*, 1998).

Pada tahun 1982, istilah AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) diperkenalkan oleh CDC untuk menggambarkan kondisi ini. Penelitian lebih lanjut pada tahun 1984 mengidentifikasi virus penyebabnya sebagai HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Sejak itu, HIV telah menyebar secara global, dengan jutaan orang terinfeksi dan menjadi salah satu tantangan kesehatan masyarakat utama di dunia.

Kebijakan adalah serangkaian keputusan yang diambil oleh pihak berwenang dalam bidang tertentu. Kebijakan terkait HIV/AIDS melibatkan keputusan dan tindakan yang memengaruhi lembaga, organisasi, serta sistem pelayanan dan pendanaan yang

berhubungan dengan isu ini. Konteks kebijakan mencakup dimensi politik, ekonomi, dan sosial budaya di tingkat internasional, regional, nasional, hingga lokal.

Proses kebijakan mencakup tahap inisiasi, formulasi, pengembangan, komunikasi, implementasi, dan evaluasi. Aktor yang terlibat meliputi individu, organisasi masyarakat, lembaga pemerintah, serta mitra pembangunan internasional. Kebijakan ini sering kali didorong oleh peristiwa atau inisiatif berbagai pihak, seperti kelompok peduli, LSM, populasi kunci, birokrat, organisasi masyarakat, dan partai politik, yang berkolaborasi untuk mendukung pembentukannya.

Kebijakan Umum Pengendalian HIV dan AIDS di Sektor Kesehatan

1. **Pencegahan Efektif:** Mengutamakan penggunaan kondom 100% pada setiap hubungan seksual berisiko untuk memutus rantai penularan HIV.
2. **Pendekatan Terpadu:** Melakukan pengendalian dengan peningkatan perilaku hidup sehat, pencegahan, pengobatan, dan perawatan berbasis data ilmiah serta dukungan untuk ODHA (Orang dengan HIV/AIDS).
3. **Kemitraan Aktif:** Pengendalian dilakukan melalui kerja sama antara masyarakat, pemerintah, dan LSM. Masyarakat dan LSM berperan sebagai pelaku utama, sementara pemerintah bertugas mengarahkan, membimbing, dan menciptakan kondisi pendukung.
4. **Prioritas Kelompok Berisiko Tinggi:** Fokus utama diberikan pada masyarakat dengan perilaku risiko tinggi, namun tetap memperhatikan kelompok rentan lainnya, termasuk mereka yang berhubungan dengan pekerjaan tertentu atau kelompok marjinal.

- 5. Perhatian pada Kerentanan:** Upaya penanggulangan HIV/AIDS tidak hanya untuk kelompok berisiko tinggi tetapi juga mencakup kelompok masyarakat yang rentan terhadap infeksi.

Adapun untuk rencana kerja program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS didasarkan dari pada tujuan penanggulangan HIV DAN AIDS yaitu:

1. Tujuan Umum penanggulangan HIV dan AIDS Mencegah dan mengurangi penularan HIV, meningkatkan kualitas hidup ODHA serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat HIV dan AIDS pada individu, keluarga dan masyarakat.
2. Tujuan Khusus Penanggulangan HIV dan AIDS
 - Menyediakan dan menyebarluaskan informasi dan menciptakan suasana kondusif untuk mendukung upaya penanggulangan HIV dan AIDS.
 - Menyediakan dan meningkatkan mutu pelayanan perawatan, pengobatan, dan dukungan kepada ODHA yang terintegrasi dengan upaya pencegahan.
 - Meningkatkan peran serta remaja, perempuan, keluarga dan masyarakat umum termasuk ODHA dalam berbagai upaya penanggulangan HIV dan AIDS
 - Mengembangkan dan meningkatkan kemitraan antara lembaga pemerintah, LSM, sektor swasta dan dunia usaha, organisasi profesi, dan mitra internasional di pusat dan di daerah untuk meningkatkan respons nasional terhadap HIV dan AIDS.
 - Meningkatkan koordinasi kebijakan nasional dan daerah serta inisiatif dalam penanggulangan HIV dan AIDS.

B. Analisis Efektifitas Kebijakan

Dampak kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia mencerminkan hasil dari berbagai intervensi pemerintah, organisasi non-pemerintah (NGO), dan masyarakat. Berikut adalah dampak positif dan tantangan yang muncul:

1. Dampak Positif:

Peningkatan Akses Layanan Kesehatan, Kesadaran dan Edukasi Masyarakat, Kolaborasi Multi-Sektor, Penurunan Angka Penularan Ibu ke Anak.

2. Tantangan

- Stigma dan Diskriminasi. Stigma terhadap ODHA masih menjadi hambatan signifikan yang mempersulit akses layanan kesehatan dan pengungkapan status HIV. Diskriminasi di tempat kerja dan lingkungan sosial menurunkan efektivitas program.
- Ketidakmerataan Layanan
- Akses layanan kesehatan masih terkonsentrasi di wilayah perkotaan, sehingga masyarakat di daerah terpencil sulit mendapatkan layanan VCT dan ARV.
- Angka Infeksi Baru yang Masih Tinggi. Walaupun terdapat penurunan di beberapa kelompok, infeksi baru masih tinggi terutama di kalangan kelompok rentan, seperti pengguna narkoba suntik, pekerja seks, dan remaja.
- Kendala Pendanaan. Ketergantungan pada pendanaan donor luar negeri seperti Global Fund dapat menjadi risiko jika dukungan menurun, sementara alokasi anggaran pemerintah sering kali tidak mencukupi.
- Koordinasi Antar-Instansi. Kebijakan yang kurang terintegrasi di antara instansi pemerintah dan lembaga lokal dapat mengurangi efektivitas program.

Secara keseluruhan, kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia telah memberikan dampak positif dengan peningkatan akses layanan dan kesadaran masyarakat. Namun, diperlukan penguatan kebijakan yang lebih inklusif, pengurangan stigma, dan pemerataan akses untuk meningkatkan efektivitas jangka panjang.

Efektivitas kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia dapat dilihat dari beberapa program yang dijalankan pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat sipil. Berikut adalah contoh jumlah kasus dan program yang berhasil dalam konteks ini:

1. Data Jumlah Kasus

- Prevalensi HIV/AIDS: Menurut laporan Kementerian Kesehatan RI, hingga 2022, terdapat lebih dari 400.000 kasus HIV yang dilaporkan, dengan sebagian besar kasus baru ditemukan pada kelompok usia produktif (25-49 tahun). Tren menunjukkan bahwa jumlah kasus baru masih tinggi, tetapi ada peningkatan signifikan dalam deteksi dini.
- Kelompok Risiko Tinggi: Laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL) dan pekerja seks merupakan kelompok yang paling terpengaruh. Penularan HIV melalui hubungan seksual menjadi penyebab utama, diikuti oleh penggunaan jarum suntik pada pengguna narkoba.

2. Program yang Berhasil

- Program Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PMTCT) Salah satu upaya penting dalam mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi. Pada tahun 2021-2022, Kemenkes mencatat keberhasilan deteksi HIV pada ibu hamil meningkat hingga 80% di beberapa

wilayah. Penurunan angka penularan dari ibu ke anak juga tercatat hingga <2% di wilayah yang konsisten dengan program PMTCT.

- **Peningkatan Akses Terapi Antiretroviral (ARV)**
Pada 2022, sekitar 220.000 orang dengan HIV (ODHIV) aktif menerima ARV. Program distribusi ARV gratis melalui fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) membantu menekan viral load sehingga mengurangi risiko penularan dan meningkatkan kualitas hidup ODHIV.
- **Penerapan Layanan Tes HIV Gratis dan Konseling**
Layanan ini ditawarkan di banyak Puskesmas, rumah sakit, dan melalui mobil klinik di daerah-daerah dengan tingkat prevalensi tinggi. Jumlah orang yang melakukan tes HIV meningkat signifikan setiap tahun. Pada 2021, lebih dari 3 juta orang telah menjalani tes HIV.
- ***Harm Reduction* untuk Pengguna Narkoba Suntik**
Program seperti pemberian jarum suntik steril dan metadon telah membantu menurunkan kasus HIV di kalangan pengguna narkoba suntik. Angka penularan pada kelompok ini turun hingga 20% dalam 5 tahun terakhir di beberapa provinsi.
- **Edukasi dan Kampanye Kesadaran**
Kampanye besar seperti *Stop AIDS* dan program *Ayo Tes dan Obati HIV* berhasil meningkatkan kesadaran masyarakat tentang HIV/AIDS. Edukasi seksual di sekolah dan komunitas juga mulai diterapkan di beberapa wilayah, terutama di daerah dengan tingkat prevalensi tinggi.

3. Tantangan.

Meski ada keberhasilan, tantangan seperti stigma sosial, keterbatasan anggaran, dan distribusi layanan kesehatan di daerah terpencil masih perlu diatasi untuk meningkatkan efektivitas kebijakan. Indonesia terus melangkah menuju target global 95-95-95 (95% deteksi, 95% pengobatan, dan 95% supresi viral load) sesuai arahan UNAIDS.

C. Studi Kasus (Opsional)

Berikut adalah beberapa studi kasus yang menggambarkan keberhasilan dan kegagalan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS dari berbagai negara:

1. Keberhasilan: Thailand

- a. Konteks: Pada tahun 1990-an, Thailand menghadapi tingkat infeksi HIV/AIDS yang sangat tinggi, terutama melalui hubungan heteroseksual dan pekerja seks komersial. Pemerintah Thailand meluncurkan program penanggulangan HIV/AIDS yang agresif.
- b. Langkah-Langkah Kebijakan:
 - Kampanye “100% Condom Use Program”: Pemerintah mewajibkan penggunaan kondom dalam semua aktivitas pekerja seks komersial dan distribusi kondom dilakukan secara gratis, khususnya di tempat-tempat dengan risiko tinggi.
 - Edukasi dan Kesadaran: Kampanye kesehatan publik besar-besaran melalui media untuk meningkatkan kesadaran tentang HIV/AIDS.
 - Kolaborasi: Pemerintah bekerja sama dengan organisasi internasional dan lokal untuk menyediakan dana dan sumber daya.

- Peningkatan Akses ke Pengobatan: Thailand memperkenalkan terapi antiretroviral (ARV) dengan subsidi yang signifikan.
- c. Hasil:
 - Tingkat infeksi HIV baru menurun lebih dari 50% pada akhir 1990-an.
 - Kesadaran masyarakat tentang HIV/AIDS meningkat secara signifikan.
 - Thailand menjadi model bagi banyak negara berkembang dalam memerangi HIV/AIDS.

2. Keberhasilan: Botswana

- a. Konteks: Pada awal 2000-an, Botswana memiliki salah satu prevalensi HIV tertinggi di dunia, dengan lebih dari 25% populasi orang dewasa terinfeksi.
- b. Langkah-Langkah Kebijakan:
 - Pengobatan Universal: Botswana menjadi negara pertama di Afrika yang menyediakan terapi ARV secara gratis kepada semua warganya.
 - Tes HIV Wajib di Fasilitas Kesehatan: Pemerintah mewajibkan tes HIV bagi semua pasien di fasilitas kesehatan, dengan opsi untuk menolak.
 - Kampanye Publik: Program pendidikan masyarakat yang kuat untuk melawan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA.
 - Kerja sama dengan Mitra Internasional: Program ini didukung oleh organisasi seperti Bill and Melinda Gates Foundation dan CDC (Centers for Disease Control and Prevention).
- c. Hasil: Tingkat mortalitas akibat AIDS menurun drastis dan Penularan HIV dari ibu ke anak hampir dihilangkan.

3. Kegagalan: Afrika Selatan (Era 1990-an hingga awal 2000-an)

- a. Konteks: Afrika Selatan mengalami epidemi HIV/AIDS yang parah, dengan salah satu prevalensi tertinggi di dunia. Namun, kebijakan awal pemerintah menghadapi kritik keras.
- b. Masalah Kebijakan:
 - Penolakan Ilmiah oleh Pemerintah: Presiden Thabo Mbeki pada saat itu mempertanyakan hubungan antara HIV dan AIDS, sehingga menunda implementasi kebijakan berbasis sains.
 - Kurangnya Akses ARV: Pemerintah lambat dalam menyediakan ARV untuk masyarakat, meskipun biaya pengobatan mulai menurun.
 - Stigma yang Tinggi: Pemerintah gagal menangani stigma, yang menyebabkan orang takut untuk melakukan tes atau menerima pengobatan.
 - Krisis Kepercayaan: Pendekatan yang tidak berbasis bukti ilmiah menyebabkan banyak organisasi internasional menahan dukungan.
- c. Dampak: Ribuan kematian yang seharusnya dapat dicegah dan Penularan HIV tetap tinggi hingga pemerintah baru mengambil langkah yang lebih serius setelah tahun 2006.
- d. Kesimpulan
Keberhasilan kebijakan HIV/AIDS bergantung pada:
 - Kebijakan Berbasis Sains: Pengakuan hubungan antara HIV dan AIDS serta penerapan pendekatan berbasis bukti.
 - Akses Universal ke Pengobatan: Penyediaan ARV gratis atau bersubsidi.

- Pengurangan Stigma: Meningkatkan kesadaran publik dan melibatkan komunitas dalam kampanye.
- Kerja sama Internasional: Memanfaatkan dukungan dari organisasi global untuk sumber daya dan dana.

Sebaliknya, kegagalan sering kali berasal dari pendekatan represif, penolakan sains, dan stigma yang tinggi.

D. Perbandingan Kebijakan di Negara Lain

Kebijakan HIV/AIDS di Indonesia memiliki keunikan tersendiri karena dipengaruhi oleh konteks sosial, budaya, dan politik yang berbeda dengan negara lain. Berikut perbandingan kebijakan HIV/AIDS di Indonesia dengan beberapa negara lain:

1. Pendekatan Preventif

- **Indonesia:** Kebijakan pencegahan HIV/AIDS di Indonesia menekankan pada *harm reduction* untuk kelompok berisiko tinggi, seperti pengguna narkoba suntik, pekerja seks, dan komunitas LGBTQ+. Program distribusi kondom dan alat suntik steril telah diterapkan, namun sering kali menghadapi resistensi sosial dan politik karena nilai-nilai konservatif.
- **Thailand:** Thailand berhasil menurunkan prevalensi HIV melalui kampanye kondom nasional, seperti program “100% Condom Use”. Pendekatan mereka lebih terbuka, melibatkan pendidikan seks yang komprehensif dan dukungan dari pemerintah.
- **Afrika Selatan:** Memiliki program pencegahan berskala besar, termasuk distribusi kondom gratis dan kampanye kesadaran yang melibatkan selebritas lokal. Namun, stigma masih menjadi tantangan.

2. Pengobatan dan Akses Terapi Antiretroviral (ARV)

- **Indonesia:** Pemerintah menyediakan ARV gratis untuk ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) melalui BPJS Kesehatan. Namun, distribusi sering kali menghadapi hambatan logistik, terutama di daerah terpencil.
- **Brasil:** Brasil adalah pelopor dalam menyediakan ARV gratis untuk seluruh warganya sejak 1996. Negara ini memproduksi obat generik untuk menekan biaya dan menjamin aksesibilitas.
- **Amerika Serikat:** Program seperti *Ryan White HIV/AIDS Program* memberikan subsidi kepada kelompok berpenghasilan rendah. Namun, akses ke pengobatan sering kali tergantung pada status asuransi kesehatan.

3. Stigma dan Diskriminasi

- **Indonesia:** Stigma terhadap ODHA masih tinggi di Indonesia, terutama di komunitas agama konservatif. Ini sering menghalangi individu untuk mengakses layanan kesehatan. Kampanye pengurangan stigma sedang berlangsung, tetapi dampaknya masih terbatas.
- **Belanda:** Belanda memiliki pendekatan yang lebih inklusif, dengan fokus pada edukasi masyarakat untuk menghilangkan stigma. ODHA sering dipandang setara dalam masyarakat.
- **Uganda:** Uganda awalnya sukses dengan kampanye *ABC (Abstinence, Be Faithful, Condom Use)*, tetapi pengaruh religius dan hukum yang mengkriminalisasi homoseksualitas memperburuk stigma terhadap ODHA.

4. Edukasi dan Kesadaran Publik

- **Indonesia:** Pendidikan HIV/AIDS sering kali tidak menjadi bagian dari kurikulum formal. Upaya edukasi

lebih banyak dilakukan oleh LSM, namun cakupannya masih terbatas.

- **Australia:** Australia telah mengintegrasikan pendidikan HIV/AIDS ke dalam kurikulum sekolah sejak dini, termasuk kampanye media yang kuat untuk meningkatkan kesadaran masyarakat.
- **India:** India menjalankan kampanye besar-besaran melalui media massa dengan slogan seperti “NACO’s Red Ribbon Express” untuk meningkatkan kesadaran masyarakat di pedesaan.

5. Pendekatan pada Kelompok Marginal

- **Indonesia:** Kelompok seperti pengguna narkoba suntik, pekerja seks, dan komunitas LGBTQ+ masih menghadapi hambatan besar karena diskriminasi hukum dan sosial.
- **Kanada:** Kanada mendukung klinik *safe injection* dan program dukungan untuk komunitas LGBTQ+ tanpa kriminalisasi.
- **Rusia:** Kebijakan represif terhadap pengguna narkoba dan komunitas LGBTQ+ memperparah penyebaran HIV/AIDS di Rusia

Indonesia telah membuat kemajuan dalam menangani HIV/AIDS, namun masih menghadapi tantangan besar, terutama dalam mengatasi stigma, diskriminasi, dan akses ke layanan kesehatan di daerah terpencil. Bandingkan dengan negara seperti Brasil atau Thailand, pendekatan yang lebih inklusif dan edukasi masyarakat dapat menjadi inspirasi untuk meningkatkan efektivitas kebijakan di Indonesia.

E. Rekomendasi Kebijakan

Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia memerlukan pendekatan komprehensif yang melibatkan pencegahan, pengobatan, pemberdayaan masyarakat, serta penghapusan stigma dan diskriminasi. Berikut rekomendasi kebijakan yang dapat diimplementasikan:

1. Pencegahan

- Peningkatan akses edukasi kesehatan seksual (kurikulum pendidikan dan penyuluhan)
- Program distribusi alat pelindung (distribusi kondom dan jarum suntik steril Vaksinasi dan profilaksis:

2. Pengobatan dan Perawatan

- Akses universal terhadap ART (*Antiretroviral Therapy*):
- Deteksi dini; program skrining gratis, test HIV sukarela dan rahasia (VCT Integrasi layanan kesehatan: Mengintegrasikan pengobatan HIV/AIDS dengan layanan untuk penyakit menular seksual lainnya serta TB (tuberkulosis).

3. Penghapusan Stigma dan Diskriminasi

- Kampanye kesadaran publik: Kampanye masif untuk menghilangkan mitos dan stigma terkait HIV/AIDS. Melibatkan tokoh masyarakat, agama, dan selebriti dalam menyebarluaskan pesan positif.
- Perlindungan hukum: Memberlakukan undang-undang yang melarang diskriminasi terhadap ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) di tempat kerja, sekolah, dan fasilitas publik.
- Pemberdayaan ODHA: Dukungan bagi komunitas ODHA untuk menjalankan kegiatan produktif, seperti pelatihan keterampilan dan peluang kerja.

4. Pendanaan dan Kolaborasi

- Peningkatan anggaran pemerintah: Alokasi anggaran lebih besar untuk program pencegahan, pengobatan, dan riset HIV/AIDS.
- Kerja sama internasional: Menggandeng organisasi internasional seperti WHO, UNAIDS, dan donor global untuk meningkatkan kapasitas program.
- Keterlibatan sektor swasta: Mengajak perusahaan untuk berkontribusi melalui CSR (*Corporate Social Responsibility*) yang mendukung program HIV/AIDS.

5. Monitoring dan Evaluasi

- Penguatan data epidemiologi: Memperkuat surveilans untuk memantau pola penyebaran HIV dan menyesuaikan strategi kebijakan.
- Evaluasi berkala: Menilai efektivitas kebijakan secara rutin untuk memastikan bahwa target nasional dan global (seperti *Ending AIDS by 2030*) tercapai.

Dengan pendekatan multisektor dan sinergi yang kuat antara pemerintah, masyarakat, dan pihak swasta, Indonesia dapat mengurangi penyebaran HIV/AIDS secara signifikan.

DAFTAR PUSTAKA

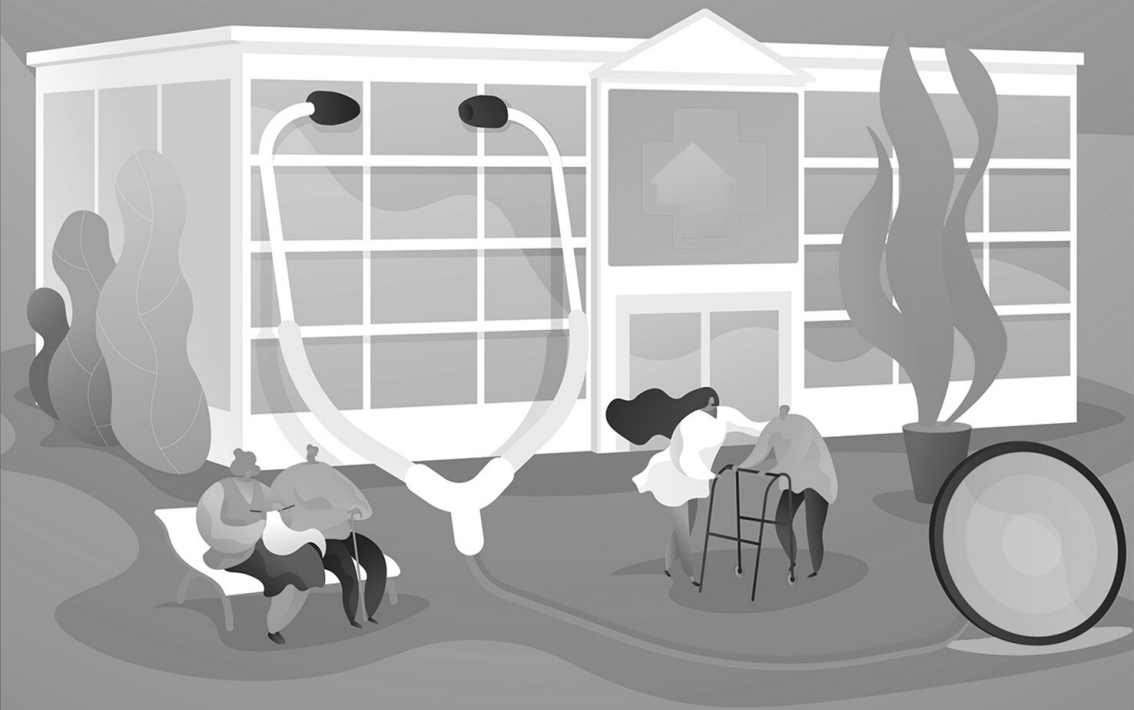
- Agung, R., & Paradissa, L. V. (2024). *Implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV / AIDS : Tantangan dan Hambatan pada Transpuan di Yogyakarta*. 2(1), 25–31.
- Djoerban, Z., Kongres, D., Ahli, P., Dalam, P., & Kopapdi, I. (1998). *Sejarah 1984 Sejarah 1985 Sejarah 1986 Sejarah 1987 Sejarah 1988 Sejarah 1989 Sejarah 1990 Sejarah 1991 Sejarah 1992 Sejarah 1993. faktor VIII*.

- Kebijakan, I., & Surakarta, D. I. K. (2017). *Immune Deficiency Syndrome (HIV / AIDS). V.*
- Kesehatan, D., & Kolaboratif, T. K. (2023). *Pencegahan Hiv / Aids Melalui Collaborative Governance Antara Pemerintah , Lembaga Swadaya Masyarakat , Dan Masyarakat Di Provinsi DKI Jakarta. XX(1), 9–25.*
- Rahman, A., Satispi, E., & Adiyasha, D. L. (2020). *Implementasi Kebijakan Pencegahan Hiv / Aids Di Provinsi DKI Jakarta Implementation Of HIV / AIDS Prevention Policy In Dki Jakarta Province. 11(1).*
- Rondonuwu, maxi. “*Laporan Perkembangan Penyakit HIV AIDS dan Penyakit Menular Seksual (PIMS) Triwulan I*”.2021
- Sumakul, V. D. O., Lariwu, C. K., & Langingi, A. R. C. (2023). *Pentingnya Pencegahan Penyakit HIV / AIDS Pada Remaja. 57–63.*
- Widyaningtyas, P. A. (2015). *Implementasi Kebijakan Pengendalian Penularan HIV / AIDS Melalui Hubungan Seksual Policy Implementation in Control of HIV / AIDS Control Through Sexual Relations. 24–30.*

BIODATA PENULIS



Alfiani Rizqi, S.ST, M.M.RS. lahir di Kuningan, 22 Januari 1989. Merupakan salah satu dosen di PTS Jawa Barat yaitu Universitas Islam Al-Ihya Kuningan Sejak tahun 2015 prodi Kesehatan Masyarakat. Dengan Pendidikan yang telah ditempuh D IV Kebidanan dan S2 Manajemen Rumah Sakit.



Bab 13

Analisis Kebijakan Penguatan Sistem Kesehatan Primer

Fokus: Pembiayaan Tenaga Kesehatan

Dr. Ayu Laili Rahmiyati, SKM., MM.

Berdasarkan kebijakan UU RI Nomor 17 Tahun 2023, Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan merupakan sumber potensi penting dalam bidang kesehatan khususnya dalam upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat dilakukan kepada perseorangan ataupun masyarakat secara langsung guna memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya secara komprehensif. Tenaga kesehatan dalam upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan diharuskan memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan baik sesuai keahlian dan kompetensinya yang didapatkan melalui pendidikan tinggi. Tenaga kesehatan dalam pemberian upaya kesehatan dapat berada pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama maupun tingkat lanjut (UU RI Nomor 17 Tahun 2023, 2023)

A. Kebijakan Pembiayaan di Layanan Primer

Pendanaan untuk Puskesmas dan Posyandu Puskesmas sebagai ujung tombak layanan kesehatan sering kali kekurangan anggaran untuk mendukung pelayanan komprehensif. Program seperti Posyandu Prima bertujuan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan di tingkat desa. Transparansi dan Akuntabilitas dana diperlukan, banyak desa tidak memiliki mekanisme transparansi dalam penggunaan dana kesehatan. Ini menyebabkan ketidakpastian dalam alokasi sumber daya untuk posyandu dan Puskesmas. Pendekatan berbasis komunitas seperti Posyandu Prima memberikan solusi untuk menjangkau masyarakat secara langsung. Namun, keberhasilan ini memerlukan pendanaan yang konsisten dan pelatihan bagi tenaga kesehatan dan kader. Sistem pembiayaan kesehatan di layanan primer, sebagai berikut:

1. Pendanaan Puskesmas dan Posyandu

Sumber utama pendanaan Puskesmas berasal dari APBN, APBD, dan Dana Desa. Namun, alokasi ini sering kali tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan operasional sehari-hari. Posyandu Prima, sebagai model inovatif, dirancang untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan primer berbasis komunitas. Pendanaan untuk Posyandu Prima melibatkan Dana Desa dan kontribusi masyarakat lokal.

2. Transparansi dan Akuntabilitas

Pengelolaan dana layanan primer sering kali menghadapi tantangan dalam hal transparansi dan akuntabilitas. Sistem pencatatan manual yang masih digunakan di banyak daerah menyebabkan kurangnya pelaporan yang akurat. Untuk mengatasi masalah ini, pemerintah mulai menerapkan teknologi informasi seperti e-SIMDA Kesehatan untuk memantau alokasi dan penggunaan dana secara real-time.

3. Pendekatan Berbasis Komunitas

Pendekatan berbasis komunitas seperti Posyandu Prima memungkinkan masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam meningkatkan layanan kesehatan. Pendanaan komunitas ini dapat digunakan untuk pelatihan kader, pembelian peralatan kesehatan, dan kegiatan rutin lainnya.

B. Tantangan dalam Pembiayaan Tenaga Kesehatan

Pembiayaan tenaga kesehatan merupakan salah satu elemen kunci dalam mewujudkan sistem kesehatan yang efektif dan berkeadilan. Namun, tantangan yang dihadapi dalam pembiayaan tenaga kesehatan di Indonesia masih cukup besar. Berbagai

masalah seperti ketidakcukupan anggaran, ketimpangan distribusi, dan ketidakadilan dalam sistem pengupahan menjadi kendala utama yang harus diatasi.

1. Ketidakcukupan Anggaran untuk Tenaga Kesehatan

Salah satu tantangan terbesar dalam pembiayaan tenaga kesehatan adalah ketidakcukupan anggaran yang dialokasikan untuk sektor kesehatan. Meskipun pemerintah telah meningkatkan alokasi anggaran kesehatan setiap tahunnya, namun dana tersebut sering kali tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan operasional dan pengembangan tenaga kesehatan.

Khususnya di daerah terpencil, tertinggal, dan perbatasan (3T), kebutuhan tenaga kesehatan jauh melebihi anggaran yang tersedia. Hal ini menyebabkan keterbatasan dalam merekrut tenaga kesehatan baru, memberikan pelatihan, dan meningkatkan insentif bagi mereka yang bekerja di daerah-daerah tersebut. Sebagai akibatnya, kualitas layanan kesehatan di daerah 3T sering kali tertinggal dibandingkan dengan daerah perkotaan.

2. Ketimpangan Distribusi Tenaga Kesehatan

Distribusi tenaga kesehatan di Indonesia masih sangat tidak merata. Sebagian besar tenaga kesehatan terkonsentrasi di wilayah perkotaan, sementara daerah-daerah terpencil mengalami kekurangan tenaga medis yang signifikan. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan, terdapat lebih dari 46% Puskesmas di Indonesia yang belum memiliki sembilan jenis tenaga kesehatan sesuai standar.

Ketimpangan ini disebabkan oleh beberapa faktor, seperti minimnya insentif untuk tenaga kesehatan yang bersedia bekerja di daerah terpencil, kurangnya

fasilitas pendukung, serta tantangan geografis yang sulit. Ketimpangan ini tidak hanya berdampak pada aksesibilitas layanan kesehatan, tetapi juga pada kualitas pelayanan yang diterima oleh masyarakat di daerah tersebut.

3. Ketidakadilan dalam Sistem Pengupahan

Sistem pengupahan tenaga kesehatan di Indonesia juga menjadi salah satu tantangan utama. Meskipun tenaga kesehatan ASN (Aparatur Sipil Negara) dan PPPK (Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja) memiliki pengupahan yang relatif lebih baik, tenaga kesehatan honorer dan kontrak sering kali menerima upah yang jauh di bawah standar minimum regional (UMR/UMP).

Ketidakadilan ini menciptakan disparitas yang signifikan dalam motivasi dan produktivitas tenaga kesehatan. Di sisi lain, tingginya tuntutan profesionalisme, seperti kebutuhan untuk mengikuti pelatihan berkelanjutan dan menjaga kompetensi, tidak diimbangi dengan pengupahan yang memadai. Hal ini memperburuk kondisi kerja dan menyebabkan tingginya tingkat perputaran tenaga kesehatan, terutama di sektor swasta dan daerah terpencil.

4. Beban Kerja yang Tidak Proporsional

Banyak tenaga kesehatan di tingkat layanan primer, seperti Puskesmas, menghadapi beban kerja yang tidak proporsional. Kekurangan tenaga kesehatan memaksa mereka untuk menangani berbagai tugas, mulai dari layanan medis hingga administrasi. Kondisi ini tidak hanya menyebabkan kelelahan, tetapi juga menurunkan kualitas layanan yang diberikan. Di daerah terpencil, satu tenaga kesehatan sering kali harus melayani beberapa desa dengan infrastruktur yang minim. Beban kerja yang

tinggi ini memperburuk ketimpangan layanan kesehatan antara daerah perkotaan dan pedesaan.

5. Minimnya Insentif dan Retensi Tenaga Kesehatan

Insentif untuk tenaga kesehatan, terutama mereka yang bertugas di daerah terpencil, sering kali tidak memadai. Program insentif yang telah diluncurkan oleh pemerintah sering kali bersifat sementara dan tidak berkelanjutan. Selain itu, kurangnya fasilitas pendukung seperti perumahan, transportasi, dan keamanan juga menjadi faktor yang menyulitkan retensi tenaga kesehatan di daerah tersebut.

Sebagai contoh, banyak tenaga kesehatan yang mengeluhkan kurangnya dukungan untuk kehidupan sehari-hari di daerah terpencil, seperti akses kepada pendidikan untuk anak-anak mereka dan infrastruktur yang memadai. Akibatnya, banyak tenaga kesehatan yang memilih untuk pindah ke daerah yang lebih menguntungkan, sehingga memperparah ketimpangan distribusi tenaga kesehatan.

6. Hambatan dalam Pembiayaan Berbasis Kinerja

Sistem pembiayaan berbasis kinerja (*Performance-Based Financing*) telah mulai diterapkan di beberapa daerah sebagai solusi untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan kesehatan. Namun, implementasinya masih menghadapi banyak hambatan, seperti kurangnya data yang valid dan akurat, minimnya kapasitas manajerial di tingkat Puskesmas, dan resistensi terhadap perubahan sistem pengupahan.

Pendekatan ini memerlukan mekanisme yang transparan dan akuntabel untuk memastikan bahwa insentif diberikan berdasarkan hasil kerja yang terukur. Namun, tanpa infrastruktur yang memadai dan pelatihan

untuk tenaga kesehatan serta manajer layanan kesehatan, sistem ini sulit untuk diimplementasikan secara luas.

C. Dampak Kurangnya Pembiayaan pada Layanan Kesehatan

Kurangnya pembiayaan tenaga kesehatan berdampak langsung pada aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan di Indonesia. Beberapa dampak yang terlihat antara lain:

- Keterbatasan Layanan di Daerah Terpencil: Banyak Puskesmas di daerah terpencil yang hanya mampu memberikan layanan dasar karena kekurangan tenaga medis dan peralatan.
- Penurunan Motivasi Tenaga Kesehatan: Upah yang rendah dan kurangnya insentif menyebabkan rendahnya motivasi tenaga kesehatan, yang pada akhirnya berdampak pada produktivitas dan kualitas pelayanan.
- Tingginya Tingkat Perputaran Tenaga Kesehatan: Banyak tenaga kesehatan yang memilih untuk pindah ke daerah perkotaan atau bahkan ke luar negeri untuk mencari peluang yang lebih baik.

D. Solusi Awal untuk Mengatasi Tantangan Pembiayaan

Untuk mengatasi tantangan-tantangan ini, diperlukan pendekatan yang komprehensif dan terintegrasi. Beberapa langkah awal yang dapat diambil meliputi:

1. Meningkatkan Alokasi Anggaran Kesehatan: Pemerintah perlu meningkatkan alokasi anggaran untuk sektor kesehatan, khususnya untuk tenaga kesehatan di daerah terpencil.
2. Peningkatan Insentif Berbasis Lokasi: Memberikan insentif tambahan bagi tenaga kesehatan yang bekerja di daerah 3T untuk meningkatkan retensi mereka.

3. Penerapan Sistem Pengupahan yang Adil: Mengembangkan sistem pengupahan yang berbasis kompetensi dan kinerja untuk menciptakan keadilan di antara tenaga kesehatan.
4. Peningkatan Fasilitas Pendukung: Menyediakan fasilitas pendukung seperti perumahan, transportasi, dan pendidikan untuk keluarga tenaga kesehatan di daerah terpencil.
5. Penguatan Kapasitas Manajerial: Memberikan pelatihan kepada manajer layanan kesehatan di tingkat Puskesmas untuk mengoptimalkan pengelolaan dana dan sumber daya manusia.

E. Kebijakan Pemerintah dalam Pembiayaan Tenaga Kesehatan

1. Redistribusi Tenaga Kesehatan
Pemerintah telah mengembangkan kebijakan redistribusi tenaga kesehatan untuk mengatasi ketimpangan distribusi. Program ini bertujuan untuk memindahkan tenaga kesehatan dari daerah surplus ke daerah yang membutuhkan, terutama di wilayah terpencil dan tertinggal.
2. Program Insentif
Program insentif berbasis lokasi memberikan tunjangan tambahan kepada tenaga kesehatan yang bekerja di daerah terpencil. Selain itu, insentif berbasis kinerja juga mulai diterapkan untuk meningkatkan produktivitas dan motivasi kerja.
3. Kolaborasi Lintas Sektor
Kebijakan pembiayaan kesehatan melibatkan berbagai sektor, termasuk pemerintah pusat, daerah, dan sektor swasta. Kolaborasi ini diperlukan untuk memastikan keberlanjutan pendanaan layanan primer.

F. Rekomendasi Kebijakan

1. Meningkatkan Alokasi Anggaran: Pemerintah perlu meningkatkan alokasi anggaran untuk daerah terpencil guna memastikan ketersediaan tenaga kesehatan dan fasilitas pendukung.
2. Reformasi Sistem Pengupahan: Mengembangkan sistem pengupahan yang berbasis kompetensi, risiko, dan kinerja untuk menciptakan keadilan di antara tenaga kesehatan.
3. Pemanfaatan Teknologi Digital: Mengintegrasikan teknologi informasi untuk meningkatkan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan dana layanan primer.
4. Penguatan Kapasitas Komunitas: Melibatkan masyarakat lokal dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan untuk meningkatkan keberlanjutan program.

G. Strategi Pengembangan Pembiayaan untuk Layanan Primer

Untuk meningkatkan keberlanjutan pembiayaan layanan primer, beberapa strategi berikut dapat diimplementasikan:

1. Integrasi Sistem Pembiayaan Mengintegrasikan sumber pembiayaan dari berbagai level pemerintahan, termasuk Dana Desa, DAK, dan APBD, untuk memastikan kecukupan dana bagi Puskesmas dan posyandu. Integrasi ini memerlukan regulasi yang jelas serta sistem koordinasi lintas sektor yang efektif.
2. Peningkatan Kapasitas Pengelolaan Dana Pelatihan bagi manajer Puskesmas dan pengelola dana desa diperlukan untuk meningkatkan kapasitas mereka dalam menyusun rencana anggaran yang sesuai dengan kebutuhan lokal.
3. Pengembangan Sistem Insentif Memberikan insentif berbasis kinerja kepada Puskesmas dan posyandu yang berhasil meningkatkan cakupan dan kualitas layanan.

Insentif ini dapat berupa tambahan dana operasional atau penghargaan non-finansial yang mendukung motivasi kerja.

4. Penerapan Teknologi Digital Memanfaatkan teknologi informasi untuk mempermudah pencatatan, pelaporan, dan monitoring penggunaan dana. Sistem seperti e-SIMDA dapat diperluas cakupannya untuk mendukung akuntabilitas layanan primer.
5. Kolaborasi Lintas Sektor Mendorong keterlibatan sektor swasta dan masyarakat dalam mendukung pembiayaan layanan primer, misalnya melalui program CSR (*Corporate Social Responsibility*) atau dana gotong royong berbasis komunitas.
6. Integrasi dengan Program Pendidikan dan Pelatihan Kolaborasi dengan universitas dan lembaga pendidikan kesehatan untuk mencetak tenaga kesehatan yang siap bekerja di daerah terpencil.

Kebijakan pembiayaan tenaga kesehatan harus diarahkan pada pemerataan, peningkatan kualitas, dan keberlanjutan. Peran pemerintah pusat dan daerah sangat penting untuk mencapai tujuan ini.

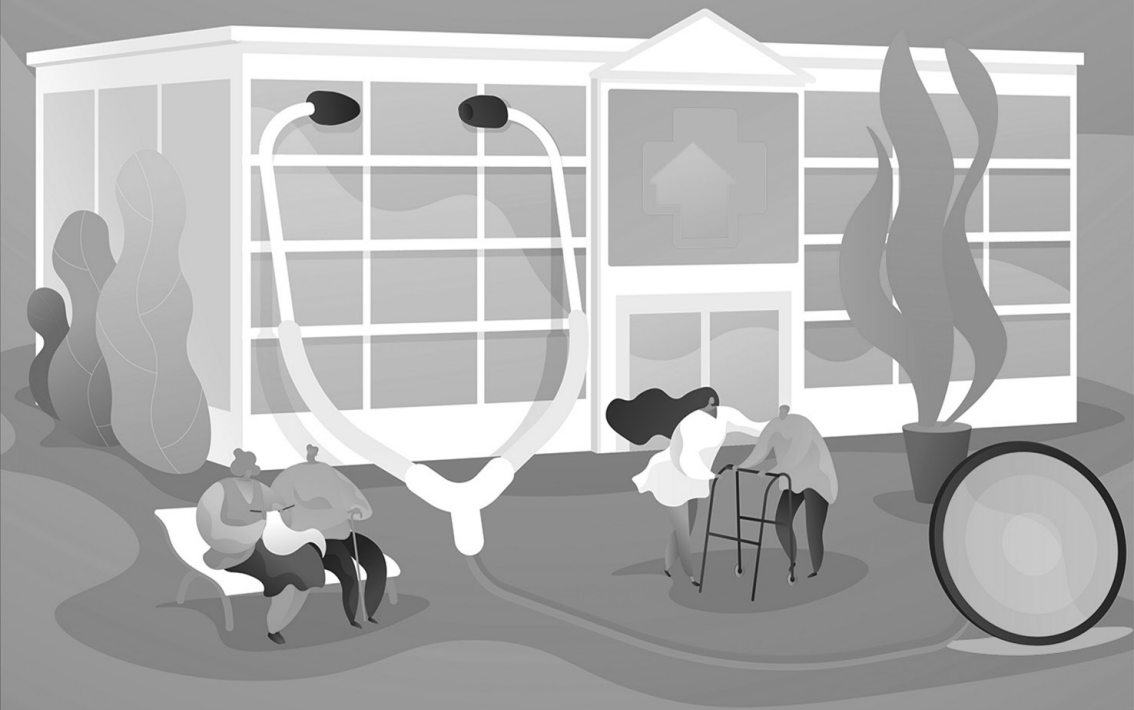
DAFTAR PUSTAKA

- Djojosoebagio, R. (2020). “*Desentralisasi dan Tantangan Pembiayaan Kesehatan di Indonesia.*” Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia.
- DPR RI. (2023). *Evaluasi Distribusi Tenaga Kesehatan di Daerah 3T*. Jakarta: DPR RI.
- Hardianti, S., Budiman, & Nadirawati. (2024). *Kesiapan Tenaga Kesehatan dalam Pelaksanaan Posyandu Prima Terintegrasi Perkesmas di Puskesmas Kota Purwakarta*. Jurnal Education and Development, 12(3), 464-471.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Sistem Informasi SDM Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Nurlinawati, I., Andayasari, L., & Syachroni. (2020). *Hubungan antara Motivasi Kerja, Kepuasan Kerja, dan Karakteristik Tenaga Kesehatan ASN terhadap Retensi Bekerja di Puskesmas: Analisis Data Risnakes 2017*. Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 30(2), 97-108. DOI: 10.22435/mpk.v30i2.2674.
- UU RI Nomor 17 Tahun 2023, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (2023).
- World Health Organization. (2022). “*The World Health Report 2022: Strengthening Primary Health Care.*”

BIODATA PENULIS



Dr. Ayu Laili Rahmiyati, SKM., MM. Lulus S3 Doktor Ilmu Manajemen dan S2 Magister Manajemen Rumah Sakit dari Universitas Pasundan, S1 Sarjana Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat dari Universitas Indonesia, FKM-UI. Dosen Tetap di Fakultas Ilmu dan Teknologi Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani (FITKES UNJANI) Cimahi. Memiliki pengalaman bekerja 11 tahun di Rumah Sakit Al Islam Bandung, penulis juga pernah bekerja di P3M-UI dan menjadi Asisten Dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM-UI) (2004). Selain mengajar, penulis juga sebagai Surveior Akreditasi Rumah Sakit, Bidang Manajemen di Lembaga Akreditasi Mutu Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS), juga sebagai Konsultan Manajemen Kesehatan. Memiliki aktivitas organisasi kesehatan dan kegiatan sosial sebagai Pengurus Forum Kota Sehat (FKS) Kota Cimahi Jawa Barat, Pengurus Pusat Ikatan Ahli Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit (IAMARSI), dan Pengurus Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI) Kota Cimahi Jawa Barat.



Bab 14

Analisis Kebijakan Pembiayaan Kesehatan

Andi Yulia Kasma, S.KM., M.Kes.

A. Sistem Pembiayaan Kesehatan

Dalam komponen utama sistem kesehatan salah satunya termasuk dalam hal ini adalah sistem pembiayaan kesehatan. Di mana pembiayaan ini adalah hal penting dan vital untuk pencapaian dari tujuan kesehatan yang dimulai di tingkat daerah baik kabupaten/kota maupun provinsi sampai pada tingkat nasional. Kondisi di mana dengan pembiayaan kesehatan terabaikan akan berakibat pada alokasi dana tidak sesuai dengan sasaran, yang akhirnya memberi dampak pada keberadaan jumlah dari tenaga kesehatan, ketersediaan obat-obatan, dan pengurangan pada program promosi kesehatan. Begitu penting pembiayaan untuk kesehatan yang merupakan landasan pencapaian tatanan sistem kesehatan proporsional dan efektif, dan memberi dampak terwujudnya capaian derajat kesehatan yang optimal. Pada hakikatnya, dengan pembiayaan kesehatan ini tentu merujuk pada upaya pengelolaan sumber daya keuangan guna memberikan keyakinan tentang sistem kesehatan dalam hal ini mampu memberikan kecukupan pada kebutuhan kesehatan secara keseluruhannya. Hal ini menegaskan, bahwa dengan pembiayaan kesehatan menjadi salah satu pilar faktor kinerja daripada sistem kesehatan itu sendiri baik hal untuk pemerataan dan efisiensi, serta dampak kesehatan.

Terobosan pemerintahan Indonesia dengan mengambil langkah taktis berupa kebijakan kesehatan dengan tujuan meningkatkan kesehatan dari penduduk. Sebagai contoh aktivitas program yang diterapkan yaitu Program JKN atau Jaminan Kesehatan Nasional, hal ini terimplemetasi dengan tujuan untuk mengasuransikan penduduk Indonesia. Program ini dimaksudkan dalam hal memberikan kepastian bahwa semua orang di Indonesia pada dasarnya dapat akses pelayanan kesehatan secara terjangkau serta berkualitas tinggi. Pembangunan kesehatan

dianggap sebagai aspek penting dalam pertumbuhan nasional, dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, keinginan, dan kemampuan masyarakat dalam menjalani gaya hidup sehat demi mencapai derajat kesehatan yang optimal. Kemiskinan saat ini tidak hanya melibatkan faktor ekonomi, tetapi juga sosial, kesehatan, pendidikan, dan politik. Kegagalan untuk pemenuhan daripada kebutuhan dasar baik pangan dan sandang, layanan kesehatan, dan perumahan, serta pendidikan dapat menjadi indikator pada masalah kemiskinan. Keberhasilan pembangunan di bidang kesehatan dapat meningkatkan kualitas manusia serta daya saing.

Dengan adanya peluncuran berupa Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang merupakan dari penguatan Program pada Jaminan Kesehatan Nasional yang berdampak secara signifikan pada layanan kesehatan untuk masyarakat, dengan meningkatkan upaya akses penduduk pada jaminan kesehatan. Dan secara hukum Program daripada Jaminan Kesehatan Nasional tertuang di dalam beberapa undang-undang utama, seperti UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional atau SJSN dan UU No 24 Tahun 2011 tentang BPJS atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.. Partisipasi aktif masyarakat dalam pelaksanaan program JKN-KIS sangat urgent, karena masyarakat yang sehat dapat membantu mengurangi biaya kesehatan per individu melalui prinsip saling menguntungkan. Kesadaran peserta yang sehat dan dukungan generasi muda terhadap lansia memiliki peranan krusial dalam memastikan kesehatan masyarakat Indonesia tetap terjaga (Salsabila *et al.*, 2023) .

B. Jenis-Jenis Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia

Pembiayaan kesehatan termasuk unsur utama dalam tercapainya sistem kesehatan nasional di Indonesia, yang

secara khusus bertujuan dalam pencapaian daripada cakupan kesehatan untuk semua/semesta atau istilah UHC sebagaimana dalam rumusan agenda pemerintahan yang dituangkan dalam RPJMN (2020- 2024). Dengan pembiayaan ini yang merujuk pada upaya kelola sumber daya keuangan guna memberikan keyakinan tentang sistem kesehatan yang mampu mencukupi kebutuhan kesehatan secara seluruhnya. Sekaligus menegaskan bahwa pembiayaan untuk kesehatan menjadi *major project* dari implemetasi RKP di setiap tahunnya, dengan harapan bahwa pembiayaan untuk kesehatan akan optimal serta lebih tercapai.

Pembiayaan kesehatan adalah hal utama dalam kemampuan sistem pada kesehatan negara yang bertujuan dalam meningkatkan kesejahteraan serta memelihara kesehatan penduduknya. Secara umum beberapa jenis pembiayaan berbagai negara didunia sebagai berikut (Jayadie *et al.*, 2020):

1. Pembiayaan Kesehatan Publik: pembiayaan ini dari anggaran yang berasal dari pemerintah dan diperuntukkan dalam membiayai daripada sistem kesehatan nasional.
2. Asuransi Kesehatan Swasta: dengan sistem melibatkan pembayaran premi oleh individu atau pimpinan guna memperoleh akses kelayanan kesehatan dari penyedia layanan asuransi swasta.
3. Asuransi Kesehatan Sosial: dengan sistem melibatkan iuran yang dibayarkan penerima manfaat (misalnya pekerja dan pemberi kerja) untuk pembiayaan jaminan kesehatan bagi warganya.
4. Pembiayaan Kesehatan Berbasis Pajak: di mana anggaran pada sistem kesehatan terkumpulkan melalui pajak serta teralokasikan guna membiayai pelayanan kesehatan untuk keseluruhan Masyarakatnya.
5. Pembiayaan Kesehatan Berbasis Tabungan atau *Out of Pocket*

Adapun di Indonesia, di mana pembiayaan kesehatan dengan beberapa model dan jenis pembiayaan kesehatan antara lain (Jayadie *et al.*, 2020):

1. Asuransi Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan)
2. Anggaran Pemerintah
3. Pembiayaan Pribadi
4. Dana Bantuan dan Donasi
5. Dana Desa
6. Dana Asuransi Kesehatan Mandiri (AKM)
7. Dana dalam bentuk Donasi atau Bantuan dari Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) serta Organisasi Internasional

Demi mewujudkan akan adanya kepastian pada perlindungan serta kesejahteraan secara sosial dilapisan masyarakat Indonesia keseluruhan, maka di tahun 2004 telah dikeluarkan UU No 40 tahun 2004 berkaitan dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional atau SJSN dengan demikian dapat mewujudkan adanya jaminan pada pemenuhan kebutuhan dasar hidup layak setiap peserta serta anggota keluarga lainnya. Dengan SJSN ditetapkan adanya jaminan sosial bersifat wajib pada semua masyarakat Indonesia melalui penyelenggaraan BPJS atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Dan kepesertaan SJSN yaitu setiap individu, termasuk pula dalam hal ini orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia, dan telah membayar iuran.

Adapun aktivitas program menjadi bagian daripada SJSN dan penyelenggaraanya dengan memakai sistem asuransi kesehatan yang bersifat wajib yaitu di antaranya JKN atau Jaminan Kesehatan Nasional. Sebagaimana tertuangr dalam UU No 24 tahun 2011, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang ditetapkan serta mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014. Dengan program JKN ini melalui BPJS Kesehatan adalah bentuk

pemerataan kualitas untuk layanan kesehatan yang ditujukan untuk keseluruhan masyarakat, di mana iurannya terjangkau serta mendapatkan cakupan layanan kesehatan yang lebih luas (Wulandari, Syah and Ernawati, 2020).

Badan Pengelola untuk program BPJS adalah lembaga yang mempunyai tanggung jawab dalam upaya pengelolaan program jaminan sosial di dalam SJSN. Di mana hal ini merupakan sistem yang dirancang guna memberikan perlindungan sosial kepada seluruh penduduk suatu negara. Tujuan utama SJSN adalah untuk melindungi serta meningkatkan kesejahteraan pada masyarakat, terutama dalam jaminan untuk kesehatan, jaminan sosial dan tenaga kerja, serta jaminan sosial untuk masyarakat rentan. BPJS ini merupakan lembaga secara otoritas bertanggung jawab dalam pengelolaan program-program jaminan sosial di dalam SJSN.

Dalam perjalanannya keberadaan BPJS atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang merupakan lembaga dibentuk guna penyelenggaraan program jaminan sosial di Indonesia oleh UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Sesuai UU No 40 Tahun 2004, di mana BPJS adalah badan hukum nirlaba. Dan selanjutnya didasarkan UU No 24 Tahun 2011, BPJS selanjutnya akan menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia: lembaga asuransi jaminan kesehatan PT Askes Indonesia menjadi BPJS Kesehatan dan lembaga jaminan sosial ketenagakerjaan PT Jamsostek menjadi BPJS ketenagakerjaan. Transformasi PT Askes dan PT Jamsostek menjadi BPJS dilakukan secara bertahap. Pada awal 2014, PT Askes akan menjadi BPJS Kesehatan, selanjutnya pada 2015 giliran PT Jamsostek bertransformasi menjadi BPJS Ketenagakerjaan.

Pengelolaan JKN atau Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola BPJS mewajibkan bagi seluruh individu atau penduduk

Indonesia masuk dalam kepesertaan jaminan kesehatan, dan termasuk dalam hal ini orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayarkan iuran. Keberadaan JKN ini ditujukan guna memberikan jaminan kepada seluruh peserta individu untuk mendapatkan kebermanfaatan pada perlindungan pemenuhan kebutuhan dasar pada kesehatan maupun pemeliharaan kesehatannya itu sendiri. Hal ini juga berarti keseluruhan dari warga negara Indonesia tentu mempunyai kesempatan lebih baik dalam menjaga kesehatan masing masing. kebermanfaatan yang terjamin dalam program JKN dituangkan pada Pasal 22 Ayat 1 UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Pasal 20 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yaitu jaminan kesehatan perorangan secara menyeluruh. Di mana layanan kesehatan terkait dengan upaya promosi kesehatan, pencegahan, dan pengobatan, serta rehabilitasi, dan dalam hal ini masuk obat-obatan yang habis pakai dan bahan medis lain yang dibutuhkan guna keperluan pengobatan.

Adapun kepesertaan daripada JKN ada dua yaitu PBI atau Penerima Bantuan Iuran peserta Jaminan Kesehatan yang diperuntukkan untuk fakir miskin serta orang yang tidak mampu sebagaimana dalam amanat UU SJSN tentunya iuran terbayarkan melalui pemerintahan sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. Peserta PBI yaitu fakir miskin yang telah ditetapkan pemerintah serta diatur secara jelas dengan peraturan pemerintah, dan kepesertaan bersifat non-PBI termasuk dalam hal ini adalah penerima upah seperti halnya PNS, Anggota Polri, Anggota TNI, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non-PNS, Pegawai Swasta, dan lain lain, bukan penerima upah dan bukan pekerja (investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan, dll.) dengan pembayaran sesuai yang telah diatur dan ditetapkan.

Adapun Penyedia layanan kesehatan dibagi atas tiga yaitu PPK tingkat 1 adalah baik klinik, dan praktik dokter umum, dokter keluarga, dokter gigi, serta, Puskesmas. Sementara PPK untuk tingkat 2 dan 3 termasuk RSUD, dan rumah sakit spesialis.

Adapun kelebihan dan kelemahan dari Sistem JKN adalah sebagai berikut (Uly, 2019):

1. Kelebihan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) antara lain:
 - Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN pada prinsipnya merupakan asuransi sosial yang tidak mengedepankan pencarian nirlaba atau profit; dibandingkan dengan asuransi bersifat komersial.
 - Bersifat Universal Coverage yaitu semua warga dapat tercakup pada sistem pembiayaan JKN hingga 100 persen.
 - Dalam hal ini, pemerintahan tidak terlalu dibebani di mana pembiayaan untuk pengobatan tertanggung sebagian warga sendiri dengan sistem bayar premi; dan
 - warga yang kurang mampu dalam pembayaran premi tentu menjadi tanggung jawab oleh pemerintah melalui kepesertaan PBI.
2. Kelemahan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) antara lain:
 - Ada kemungkinan terjadinya *fraud* yaitu kesalahan *coding*, perubahan akan prosedur, meminimalisir action, serta pemeriksaan diagnosis karena keterbatasan anggaran.
 - Pembayaran untuk tenaga kesehatan dengan standar atau disesuaikan dengan pagu yang telah ditetapkan BPJS sesuai jenis penyakit.

- Kualitas dan mutu pelayanan bisa saja mengalami kemunduran (dengan biaya INA CBG's yang terbatas, maka dengan hal ini agar tidak mengalami kerugian maka hendaknya penyedia layanan kesehatan sebisa mungkin mengelola dengan bijak dan hati hati.
- Terjadinya ketimpangan pada penggunaan layanan kesehatan yang berdomisili di daerah perkotaan dengan daerah pelosok atau pedesaan hal ini dikarenakan keterbatasan atau tidak adanya tenaga kesehatan serta peralatan yang memadai. Pada posisi ini, daerah pada perkotaan akan lebih mudah dalam mengakses sarana fasilitas kesehatan dibanding dengan daerah pedesaan atau pelosok.

C. Kebijakan Pembiayaan Kesehatan dan Pembangunan Berkelanjutan

Implementasi dari Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat atau JKN-KIS adalah komitmen Indonesia terhadap tujuan pembangunan berkelanjutan yaitu memberikan kepastian bagi setiap orang/individu dalam memiliki akses terhadap layanan kesehatan secara adil dan bermutu tanpa adanya masalah atau hambatan dari segi pembiayaan. Program terselenggara oleh BPJS Kesehatan atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan sesuai amanat UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN atau Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU No 24 Tahun 2011 tentang BPJS atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yaitu BPJS kesehatan serta ketenagakerjaan, di mana penerapan implementasi telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Sebagai penguatan dari implementasi program JKN, maka diterbitkanlah Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN, yang dengan demikian

tujuannya guna memberikan manfaat perlindungan pada kesehatan dan manfaat dalam pemeliharaan kesehatan dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada untuk individu yang telah membayarkan iuran dan atau iuran terbayarkan pemerintah. Hingga Juni 2024, cakupan kepesertaan JKN telah mencapai 273,5 juta jiwa (96,8%) dari keseluruhan penduduk Indonesia. Capaian ini menunjukkan kemajuan signifikan, namun masih dalam proses untuk memenuhi target RPJMN atau Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2020–2024, yaitu sedikitnya 98% dari total keseluruhan populasi (BPJS Kesehatan, 2024).

Program Jaminan Kesehatan di Indonesia walaupun telah lama dilaksanakan, namun masih terdapat fragmentasi serta pengelolaan kelembagaan dan pelayanan yang diberikan belum dilakukan secara terintegrasi. Berdasarkan literatur yang ada, asuransi sosial dapat meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menjangkau pelayanan kesehatan, sehingga dapat meningkatkan penggunaan, dan meningkatnya status kesehatan, serta meminimalisir biaya pada kesehatan yang dikeluarkan sendiri. Setelah program Jaminan Kesehatan Nasional dilaksanakan, layanan kesehatan primer termasuk masyarakat Puskesmas mempunyai peranan yang penting bagi masyarakat fasilitas Puskesmas mempunyai fungsi. Fungsi itu sendiri digambarkan melalui Sosial Kesehatan Badan Penjaminan, yang biasa dikenal dengan BPJS Kesehatan, sebagai pelayanan kontak pertama, pelayanan berkesinambungan, pelayanan menyeluruh yang meliputi kuratif, promotif dan pelayanan preventif dan juga koordinasi pelayanan (Firori and Wisana, 2023).

Dalam satu riset yang terlaksana pada rumah sakit X terkaait implementasi Permenkes No, 28 Tahun 2014 yaitu ketentuan Pedoman pada Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan

Nasional didapatkan bahwa tidak ada temuan penolakan dari pihak internal dari BPJS Kesehatan Kantor Cabang ataupun pada pihak rumah sakit pada pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. di mana kecenderungannya tenaga medis ataupun non-medis telah melaksanakan tugas pokoknya dan wewenangnya yang disesuaikan dengan Standar Operasional Prosedur atau SOP yang telah ditetapkan sebelumnya. Akan tetapi didapatkan faktor penghambat dalam upaya implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit tersebut, yaitu (Rizky and Mahardika, 2023):

1. Kurangnya kesadaran dari masyarakat, di mana sebagian banyak masyarakat belum mengerti pentingnya manfaat daripada jaminan sosial, dan belum memahami secara substansi akan pentingnya berbagi dalam bentuk subsidi silang ini.
2. Kesadaran peserta mandiri dalam melakukan pembayaran iuran, di mana sebagian masyarakat yang mendaftarkan JKN untuk mendapatkan manfaat berupa pengobatan secara gratis pada saat sakit, dan mengacuhkan pembayaran lagi setelah merasa sudah sembuh.
3. Kondisi di mana kurang kesadaran daripada masyarakat dalam melaksanakan pembayaran iuran, dengan begitu memiliki pengaruh dalam layanan yang diberikan oleh rumah sakit. Dalam hasil interview dengan pihak Rumah Sakit, menegaskan bahwa BPJS kesehatan dalam kondisi tertentu masih lamban pada proses pencairan dana klaim oleh pihak Rumah Sakit. Dan kondisi ini berkonsekuensi pada system penggajian pegawai honorer yang terlambat dan tidak terbayarkan.
4. Pemahaman Peserta pada program JKN tentang mekanisme sistem rujukan yang berjenjang serta

prosedur layanan JKN masih rendah bahkan banyak belum paham, ini terkait dengan system informasi dan sosialisasi yang harus intensif terlaksana, kondisi ini memberikan gambaran cenderung masyarakat bersifat acuh dengan sosialisasi yang disampaikan mengenai Jaminan Kesehatan ini. Hal ini berkonsekuensi pada banyaknya individu dan masyarakat masih bingung akan tempat Fasilitas Kesehatan, tempat pengobatan rujukan lanjutan, bagaimana syarat berobat menggunakan BPJS, dan sebagainya.

Pelaksanaan kebijakan Program untuk Jaminan Kesehatan Nasional juga dianalisis Triayu Nur Afifah *et al.*, (2022) yaitu bagaimana pelaksanaan Program BPJS Kesehatan dan dampaknya terhadap peningkatan mutu layanan kesehatan di Indonesia melalui studi literatur review. Hasil analisis menunjukkan bahwa meskipun implementasi program BPJS Kesehatan telah dilakukan dengan tertib sesuai regulasi yang ada, masih terdapat sejumlah kendala dan permasalahan yang menghambat optimalisasi pelayanan kesehatan. Beberapa faktor yang mempengaruhi implementasi program seperti kurangnya jumlah SDM atau sumber daya manusia memadai, kurangnya komunikasi antara pihak terkait, serta perbedaan dalam prioritas pelayanan terhadap peserta BPJS. Meskipun demikian, terdapat beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa implementasi program BPJS Kesehatan telah memberikan dampak positif dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, seperti peningkatan aksesibilitas dan ketersediaan fasilitas kesehatan bagi masyarakat.

Penelitian yang dilakukan oleh Setiawan *et al.*, (2022) yang menganalisis kualitas layanan kesehatan untuk program Jaminan Kesehatan Nasional menunjukkan bahwa setiap aspek mutu pelayanan memiliki peran penting dalam kepuasan pasien, baik

mereka yang menggunakan JKN maupun yang tidak. Kualitas pelayanan dari tenaga kesehatan dalam memberikan bantuan yang tepat dan responsif secara langsung mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap mutu layanan yang diberikan. Meskipun implementasi Program JKN sudah berjalan dengan baik, masih adanya tantangan yang perlu diatasi, misalnya penyediaan ruang konsultasi untuk peserta JKN, meningkatkan penyuluhan kepada masyarakat mengenai Program JKN, dan menggunakan media visual seperti poster untuk menyebarkan informasi tentang Program JKN.

Adapun penelitian yang dilakukan oleh Listiani *et al.*, (2022), didapatkan bahwa Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional yang telah diterapkan terbukti berhasil, meskipun beberapa kelompok masyarakat masih mengalami kendala. Salah satunya adalah kurangnya informasi mengenai tata cara dan proses penggunaan Jaminan Kesehatan. Selain itu, pelayanan kesehatan yang optimal belum tercapai dan ada kesulitan dalam pendataan untuk mendapatkan hak atas jaminan kesehatan pemerintah. Keberhasilan sebuah kebijakan terbagi menjadi dua bagian, yaitu isi kebijakan dan tempat pelaksanaannya. Dalam pelaksanaan kebijakan mencakup kebutuhan kelompok sasaran, manfaat yang diberikan, proses kesepakatan, tingkat perubahan, pelaksana program, dan sumber daya yang tersedia. Faktor penghambat termasuk kurangnya fasilitas untuk kesehatan serta SDM atau sumber daya manusia yang sepenuhnya belum terpenuhinyai standar daripada kualitas dan jumlah yang dibutuhkan. Ketersediaan sumber daya yang memadai akan memberikan dampak positif pada pelaksanaan kebijakan kesehatan. Selain memenuhi sumber daya manusia, pentingnya membangun system komunikasi serta koordinasi yang baik oleh pemangku kebijakan dan tenaga kesehatan serta masyarakat agar pelayanan maksimal

tercapai. Kesadaran masyarakat yang rendah terhadap regulasi Program JKN juga menjadi penghambat, yang menyulitkan mereka dalam mengakses manfaat daripada program yang ada. Hal ini terhubung karena kurang pemahaman akan pentingnya Program JKN sebagai asuransi kesehatan.

Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN adalah komitmen untuk mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) dengan memastikan tercapainya daripada cakupan pada kesehatan yang diperuntukkan untuk semua/semesta yaitu UHC atau *Universal Health Coverage*. Program ini bertujuan dalam memastikan bahwasanya setiap penduduk Indonesia mendapatkan akses dalam layanan kesehatan secara merata serta menyeluruh. Namun dalam hal ini sebagian daripada masyarakat Indonesia masih diperhadapkan berupa maasalah tantangan serta ketidak adilan pada pemerataan fasilitas infrastruktur kesehatan, khususnya pada wilayah pedesaan atau pelosok. Pendistribusian dari fasilitas infrastruktur kesehatan yang belum secara rata, termasuk dalam hal ini yaitu rumah sakit, tenaga kesehatan, klinik, kecukupan anggaran, pemanfaatan akan data serta sistem informasi, naiknya iuran dan aturan untuk mendukung perbaikan penyelenggaraan Program dari JKN serta mengurangi kesenjangan layanan kesehatan penduduk yang ada diperkotaan dan pelosok desa. Dengan kondisi dari adanya kesenjangan yang ada, membatasi ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi individu yang berada dalam kemiskinan (Sarjito, 2024).

Selain itu, masalah pada tantangan serta hambatan yang muncul sekarang seperti *Community awareness* terhadap fasilitas kesehatan yang disediakan oleh pemerintah relative masih kurang, Pengeluaran *out-of-pocket* dalam perawatan kesehatan tergolong cukup tinggi dengan demikian menghambat upaya

untuk menyediakan perlindungan secara finansial (Pradana *et al.*, 2022). Masalah berikutnya adalah adanya masyarakat kesulitan dalam akses pelayanan kesehatan dan belum dirasakannya akan kebermanfaatan dari penggunaan program untuk JKN. Hal lainnya terkait, masalah dari mutu pelayanan kesehatan yang butuh untuk ditingkatkan, seperti halnya kurang fasilitas kesehatan secara memadai, ditambah dengan kurangnya SDM atau sumber daya manusia serta pemenuhan fasilitas peralatan medis, dan juga adanya batasan mengakses pada informasi sekaitan dengan masalah kesehatannya (Pratama *et al.*, 2023)

Pembiayaan kesehatan adalah hal utama dalam pencapaian pembangunan kesehatan secara berkelanjutan untuk pencapaian visi Indonesia Emas 2045. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Pribadi and Setijaningrum (2023), yang menganalisis prinsip pembiayaan kesehatan dalam mendukung UHC atau *Universal Health Coverage* di Indonesia, dikemukakan bahwa adanya prinsip dasar dari pembiayaan kesehatan dalam mewujudkan apa yang dimaksud dalam UHC yaitu.

1. *Prinsip; Revenue raising*, pada prinsip ini sejalan dari amanat pada undang-undang, terkait akan pembiayaan kesehatan sebesar 5 persen APBN serta minimal 10 persen APBD.
2. *Prinsip; Pooling revenues*, prinsip ini difokuskan pada JKN yang merupakan program dengan fungsi dalam pengumpulan dai pendapatan kesehatan. selanjutnya dalam pengumpulan pendapatan guna pembiayaan kesehatan terdapat kendala karena *overlapping* yang terjadi dari berbagai lembaga yang terkait, sehingga menyebabkan pembiayaan untuk kesehatan tidak bisa disederhanakan sumbernya.
3. *Prinsip; purchasing services*, hal ini berkaitan pada sistem pelayanan kesehatan terkhusus pelayanan kesehatan dari

program JKN. Di mana program itu ditujukan dalam memudahkan masyarakat, tapi masalahnya sejak awal peluncuran masih mengalami defisit anggaran.

4. Prinsip; *benefit design and rationing mechanism* berkaitan dengan kesadaran masyarakat akan hak serta kewajiban atas layanan yang mereka terima dan yang harus dibayarkan. Dalam prinsip ini dijelaskan bahwa salah satunya pembiayaan kesehatan dengan melalui JKN. Namun dalam perjalanannya kepesertaan JKN yang mengalami kendala dalam penganggarannya, hal ini karena kurangnya komitmen peserta dalam pembayaran iuran, dan hal ini memberi dampak pada pelaksanaan JKN kedepannya.
5. Prinsip; *governance and institutional arrangements, including decentralization*, pada hal ini pemerintahan dari daerah masih punya ketergantungan pada pemerintahan pusat mulai dari proses perencanaan serta penganggaran untuk kesehatan, dan juga pemerintahan daerah cenderung masih memiliki sistem data yang masih kurang.

Beberapa rekomendasi utama yang terkait dengan prinsip pada pembiayaan untuk kesehatan guna terwujudnya cakupan kesehatan untuk semesta, yaitu (Pribadi and Setijaningrum, 2023):

1. Adanya pengembangan daripada skema insentif yang berbasiskan kinerja Puskesmas atau FKTP khususnya dalam fungsi secara promosi (promotif) serta pencegahan (preventif)
2. Pemerintah dalam hal ini mutlak dalam mengimplementasikan Undang Undang Kesehatan berkaitan dengan belanja wajib yang mesti dialokasikan oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah,

3. Kontribusi nyata dari berbagai pihak, misalnya:
 - Kontribusi oleh pihak penyelenggara BPJS Kesehatan dalam hal melakukan perbaikan strategis pada pelaksanaan JKN dan *co-sharing* dengan embaga JKN, dan kapitasi berbasiskan kinerja termasuk pengembangan pembiayaan UKM.
 - Kontribusi oleh pemerintah daerah berupa terpenuhinya akan pembiayaan untuk kesehatan minimal 10 persen APBD; di luar gaji dan pemenuhan akan cakupan untuk kepesertaan JKN,
 - Kontribusi daripada pihak non pemerintah untuk pembiayaan sektor kesehatan serta pengembangan insentif untuk penyediaan akan pelayanan kesehatan dasar,
 - Penerapan pajak yang terlaksana secara langsung guna dana aktivitas pelaksanaan promosi kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- BPJS Kesehatan (2024) *Peluncuran Data Sampel BPJS 2024 (2015-2023)*, *Portal Data JKN*.
- Firori, F.A. and Wisana, I.D.G.K. (2023) ‘The Effect Of Participation In Jkn On Unmet Needs For Healthcare Services’, *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 11(2), pp. 186–195. Available at: <https://doi.org/10.20473/jaki.v11i2.2023.186-195>.
- Jayadie, A. *et al.* (2020) *Pembiayaan Kesehatan*. Bandung: CV. Media Sains Indonesia. Available at: www.medsan.co.id.
- Listiani, R. *et al.* (2022) ‘Analisis Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional : a Systematic Review’, *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 3(4), pp. 645–652.

- Pradana, A.A. *et al.* (2022) 'Program Universal Health Coverage (Uhc) Di Indonesia', *Jurnal Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 7(2), pp. 462–473. Available at: <https://doi.org/10.22216/jen.v7i2.1363>.
- Pratama, A. *et al.* (2023) 'Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen', *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 8(1), pp. 124–134. Available at: <https://doi.org/10.52943/jipiki.v8i1.1225>.
- Pribadi, F.A. and Setijaningrum, E. (2023) 'Analisis Prinsip Pembiayaan Kesehatan dalam Mendukung Cakupan Kesehatan Semesta di Indonesia', *Jejaring Administrasi Publik*, 15(2), pp. 60–78. Available at: <https://doi.org/10.20473/jap.v15i2.49582>.
- Rizky, R.N. and Mahardika, A. (2023) 'Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan No.28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Umum Kota Medan', *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(4), pp. 1275–1289.
- Salsabila, T. *et al.* (2023) 'Analisis Akses Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Dalam Perspektif Pembiayaan Kesehatan Era JKN Di Indonesia', *JK: Jurnal Kesehatan*, 1(6), pp. 902–912.
- Setiawan, M.D. *et al.* (2022) 'Analisis Mutu Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Nasional (A: Systematic Review)', *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 6(2), pp. 12869–12873.
- Triayu Nur Afifah *et al.* (2022) 'Studi Literatur: Analisis Implementasi Kebijakan Program Bpjs Kesehatan Dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Indonesia',

Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Indonesia, 2(3), pp. 113–121. Available at: <https://doi.org/10.55606/jikiki.v2i3.792>.

Uly, N. (2019) *Kebijakan dan Pembiayaan Kesehatan*. Jakarta: PT Inkubator Penulis Indonesia.

Wulandari, A., Syah, N.A. and Ernawati, CH.T. (2020) 'Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Peserta Mandiri Dalam Pembayaran Iuran Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Solok', *Jurnal Kesehatan Andalas*, 9(1), pp. 7–17.

BIODATA PENULIS



Andi Yulia Kasma, SKM., M.Kes.

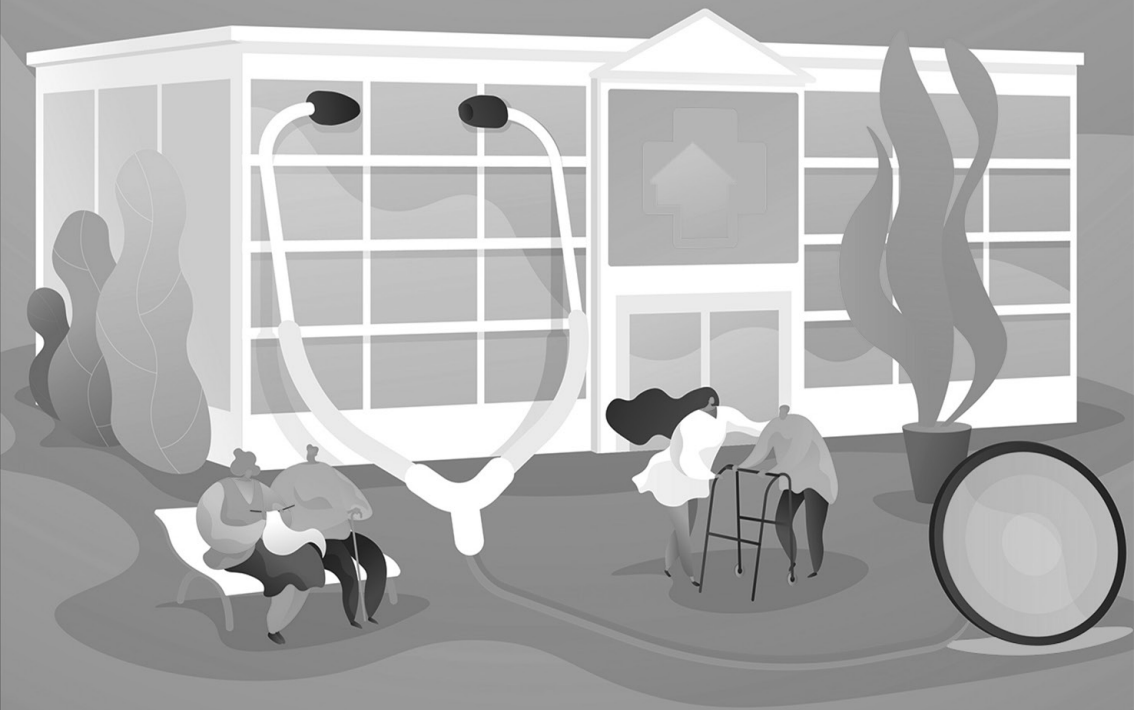
Penulis lahir di Soppeng pada tanggal 02 Juli 1988. Dan sekarang penulis berdomisili di Kota Makassar. Telah menyelesaikan studi S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2010 peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, dan menyelesaikan studi program Pasca Sarjana S2 di Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2015 dengan konsentrasi bidang Promosi Kesehatan.

Saat ini penulis sebagai dosen tetap yayasan di Sekolah Tinggi Kesehatan Makassar dalam naungan Yayasan Pendidikan Makassar sejak tahun 2015 dan mengampuh mata kuliah untuk beberapa program studi yang ada dalam lingkup Sekolah tinggi Ilmu Kesehatan Makassar. Beberapa mata kuliah yang diampuh yaitu Pendidikan dan Promosi Kesehatan, Dasar Kebijakan

Kesehatan, Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan, serta Ekonomi dan Pembiayaan Kesehatan.

Beberapa penelitian yang dilakukan pernah mendapatkan hibah penelitian dosen pemula dari Kemendikbud-Ristek yaitu pada tahun 2018, 2020, 2021 dan 2022 dan penelitian fundamental-reguler pada tahun 2024. Disamping itu juga melakukan pengabdian masyarakat di mana penelitian dan pengabdian masyarakat yang dilakukan telah dipublikasikan baik secara nasional, nasional terakreditasi maupun internasional bereputasi.

Email: ayulia.kasma@gmail.com



Bab 15

Analisis Kebijakan Obat dan Teknologi Kesehatan

Dewa Ngakan Gde Wahyu Mahatma Putra, S.ST., M.A.R.S.

A. Pentingnya Kebijakan Obat dan Teknologi Kesehatan dalam Sistem Kesehatan

Kebijakan obat dan teknologi kesehatan merupakan elemen penting dalam membangun sistem kesehatan yang efektif, efisien, dan berkeadilan. Obat yang aman, berkualitas, dan terjangkau, serta teknologi kesehatan yang inovatif, menjadi tulang punggung dalam memastikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Dalam konteks global, kebijakan ini juga berperan dalam mencapai target kesehatan seperti yang diamanatkan oleh *Sustainable Development Goals* (SDGs), terutama tujuan ketiga yang berkaitan dengan kesehatan yang baik dan kesejahteraan masyarakat.

Di era perkembangan teknologi yang pesat, transformasi layanan kesehatan semakin bergantung pada teknologi baru seperti kecerdasan buatan (AI), *telemedicine*, dan alat diagnostik modern. Kemajuan ini, meski membawa peluang besar, memerlukan pengaturan kebijakan yang dapat menjamin penggunaannya tetap aman, efisien, dan inklusif. Tanpa kebijakan yang efektif, risiko seperti ketimpangan akses, eksploitasi pasar, dan dampak sosial negatif dapat meningkat.

Sementara itu, kebijakan terkait obat memainkan peran krusial dalam memastikan ketersediaan dan aksesibilitas obat esensial, mengurangi beban biaya kesehatan, dan melindungi masyarakat dari obat-obatan yang tidak aman atau palsu. Namun, tantangan seperti harga obat yang tinggi, ketimpangan distribusi, dan monopoli pasar tetap menjadi isu global yang membutuhkan perhatian serius dari pembuat kebijakan.

Bab ini memberikan analisis mendalam tentang kebijakan obat dan teknologi kesehatan dengan menggunakan kerangka segitiga kebijakan kesehatan serta membahas tantangan seperti kesenjangan akses, isu etika, dan biaya tinggi. Peluang seperti digitalisasi layanan kesehatan, kolaborasi multi-*stakeholder*,

dan inovasi pembiayaan juga diuraikan. Melalui studi kasus kebijakan obat generik di Indonesia, pembaca diajak memahami implementasi kebijakan dalam konteks nyata, tantangan, serta peluang perbaikan untuk menciptakan sistem kesehatan yang berkeadilan dan berkelanjutan.

B. Konsep Dasar Kebijakan Obat dan Teknologi Kesehatan

Definisi Kebijakan Obat dan Teknologi Kesehatan

Kebijakan obat dan teknologi kesehatan merujuk pada serangkaian keputusan, peraturan, dan tindakan yang dirancang untuk mengatur perencanaan, pengadaan, distribusi, dan penggunaan obat serta teknologi kesehatan dalam sistem pelayanan kesehatan. Kebijakan ini bertujuan untuk memastikan bahwa obat-obatan dan teknologi yang tersedia bagi masyarakat aman, efektif, efisien, dan terjangkau.

Obat dalam konteks ini mencakup berbagai bentuk, seperti obat generik, obat paten, dan terapi baru yang dirancang untuk menangani penyakit tertentu. Teknologi kesehatan meliputi alat diagnostik, teknologi medis inovatif seperti pencitraan, kecerdasan buatan, *telemedicine*, hingga teknologi rehabilitasi.

Prinsip Utama Kebijakan Obat dan Teknologi Kesehatan

Kebijakan obat dan teknologi kesehatan harus dirancang untuk memastikan 3 hal: efektivitas, aksesibilitas, dan efisiensi ekonomi dalam implementasinya. Efektivitas dalam kebijakan ini menekankan bahwa obat-obatan dan teknologi kesehatan yang digunakan harus memiliki dasar bukti ilmiah yang kuat dan telah terbukti memberikan hasil klinis yang optimal. Hal ini menjadi prioritas untuk memastikan bahwa

setiap intervensi benar-benar memberikan manfaat yang signifikan bagi kesehatan masyarakat.

Prinsip aksesibilitas dalam kebijakan ini berfokus pada upaya untuk menjamin ketersediaan obat dan teknologi kesehatan bagi semua kalangan masyarakat. Hal ini mencakup distribusi yang merata, pengadaan obat esensial dengan harga yang terjangkau, dan penyediaan teknologi kesehatan yang dapat diakses oleh kelompok rentan atau masyarakat di daerah terpencil.

Selain itu, kebijakan ini juga harus mempertimbangkan efisiensi ekonomi dengan memastikan penggunaan dana kesehatan secara optimal. Ini berarti bahwa investasi dalam obat dan teknologi kesehatan harus menghasilkan manfaat kesehatan yang sebanding dengan biaya yang dikeluarkan. Dengan begitu, kebijakan dapat mendukung penghematan sumber daya jangka panjang sekaligus meningkatkan kualitas layanan kesehatan.

C. Kerangka Analisis Kebijakan: *Health policy triangle framework*

1. *Framework Content, Context, Process, dan Actors*

Health Policy Triangle Framework adalah alat analisis yang dirancang untuk memahami dinamika kebijakan kesehatan secara komprehensif. *Framework* ini mengintegrasikan empat elemen utama, yaitu *Content*, *Context*, *Process*, dan *Actors*, yang saling berinteraksi dalam pembentukan, implementasi, dan evaluasi kebijakan kesehatan.



Gambar 1 Health Policy Triangle Framework
(Walt & Gilson, 1994)

a. *Content* (Isi Kebijakan)

Elemen *content* mencakup tujuan, desain kebijakan, mekanisme spesifik, dan rencana implementasi yang dirancang untuk mencapai hasil yang diinginkan. Dalam konteks kebijakan obat dan teknologi kesehatan, *content* meliputi:

- Tujuan: Seperti meningkatkan aksesibilitas obat esensial atau mempercepat adopsi teknologi kesehatan baru.
- Desain kebijakan: Misalnya, penyediaan subsidi untuk obat generik atau insentif bagi inovasi teknologi kesehatan.
- Mekanisme spesifik: Termasuk regulasi, insentif fiskal, atau pembentukan lembaga pengawas.
- Rencana implementasi: Strategi operasional untuk memastikan kebijakan diterapkan dengan efisien, seperti distribusi obat hingga ke daerah terpencil.

Content menjadi pusat perhatian karena memengaruhi langsung hasil dari kebijakan yang diimplementasikan. Kebijakan yang dirancang dengan baik harus berbasis bukti, realistis, dan mampu memenuhi kebutuhan sistem kesehatan.

b. *Context* (Konteks Kebijakan)

Context mencakup faktor eksternal yang memengaruhi pembentukan dan pelaksanaan kebijakan, baik situasional, struktural, budaya, maupun eksogen. Dalam analisis *Health Policy Triangle*, beberapa aspek *context* yang relevan adalah:

- Situasional: Faktor sementara seperti pandemi atau bencana alam yang dapat mempercepat adopsi kebijakan tertentu, seperti *telemedicine*.
- Struktural: Struktur sosial dan ekonomi, seperti tingkat kemiskinan atau kapasitas sistem kesehatan, yang memengaruhi akses terhadap obat dan teknologi.
- Budaya: Nilai-nilai, norma, dan kepercayaan masyarakat yang dapat memengaruhi penerimaan kebijakan, seperti penerimaan masyarakat terhadap vaksinasi.
- Eksogen: Faktor eksternal seperti kebijakan global, bantuan internasional, atau pengaruh industri farmasi multinasional.

Konsep *context* membantu memahami latar belakang kebijakan dan faktor eksternal yang memengaruhi keberhasilannya.

c. *Process* (Proses Kebijakan)

Proses kebijakan merujuk pada tahapan formulasi, implementasi, dan evaluasi kebijakan. Dalam *Health Policy Triangle Framework*, proses ini mencakup:

- Tahapan formulasi: Identifikasi masalah kesehatan, pengumpulan bukti, dan perumusan solusi kebijakan. Misalnya, analisis kebutuhan obat generik di daerah terpencil.
- Implementasi: Penerapan kebijakan melalui mekanisme yang telah dirancang, seperti distribusi obat atau pelatihan tenaga kesehatan untuk menggunakan teknologi baru.
- Evaluasi: Penilaian terhadap efektivitas kebijakan berdasarkan indikator keberhasilan yang telah ditentukan, seperti cakupan distribusi obat esensial.

Proses kebijakan sering kali dipengaruhi oleh kemampuan pemerintah dalam mengelola berbagai tantangan teknis, politik, dan administratif.

d. *Actors* (Aktor Kebijakan)

Actors mencakup individu, kelompok, atau institusi yang memengaruhi atau dipengaruhi oleh kebijakan. Dalam konteks kebijakan obat dan teknologi kesehatan, aktor utama meliputi:

- Pemerintah: Sebagai pembuat regulasi dan pengawas pelaksanaan kebijakan.
- Industri farmasi dan teknologi: Sebagai inovator dan penyedia produk yang diatur oleh kebijakan.
- Tenaga kesehatan: Sebagai pelaksana kebijakan yang langsung berinteraksi dengan masyarakat.
- Masyarakat: Sebagai penerima manfaat kebijakan yang juga memiliki suara dalam mendukung atau menolak kebijakan tertentu.
- Organisasi internasional: Seperti WHO yang memberikan panduan atau dukungan teknis dalam kebijakan kesehatan.

Interaksi antaraktor ini sering kali diwarnai oleh dinamika kekuasaan, pengaruh, dan kepentingan yang berbeda. Analisis aktor membantu memahami bagaimana kepentingan dan kekuasaan mereka dapat memengaruhi hasil kebijakan.

2. Integrasi dengan Kebijakan Obat dan Teknologi Kesehatan

Penerapan Kerangka dalam Analisis Kebijakan

Kerangka *Health Policy Triangle Framework* dapat diintegrasikan secara efektif dalam analisis kebijakan obat dan teknologi kesehatan. Dengan fokus pada empat elemen utama (*content*, *context*, *process*, dan *actors*), kerangka ini memberikan pendekatan holistik untuk mengevaluasi kebijakan dan implementasinya.

Content dalam kebijakan obat dan teknologi kesehatan meliputi desain kebijakan yang bertujuan untuk memastikan ketersediaan obat esensial dan adopsi teknologi kesehatan berbasis bukti. Sebagai contoh, kebijakan subsidi obat generik yang dirancang oleh pemerintah mencerminkan upaya untuk menurunkan biaya pengobatan bagi masyarakat dan meningkatkan aksesibilitas. Kebijakan ini mencakup peraturan wajib penggunaan obat generik di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pemerintah menetapkan daftar obat generik esensial yang harus tersedia di setiap fasilitas kesehatan. Selain itu, sistem *e-catalog* digunakan untuk mempermudah proses pengadaan obat generik dengan harga yang transparan.

Context menjadi landasan penting untuk memahami faktor-faktor yang memengaruhi implementasi kebijakan.

Dalam kebijakan distribusi obat generik, misalnya, konteks seperti struktur sosial-ekonomi, infrastruktur logistik, dan budaya masyarakat memengaruhi sejauh mana kebijakan ini dapat berjalan secara efektif. Dalam konteks teknologi kesehatan, penerimaan masyarakat terhadap penggunaan *telemedicine* sangat dipengaruhi oleh literasi digital dan akses internet. Dalam konteks struktural, implementasi kebijakan ini menghadapi tantangan berupa distribusi yang tidak merata di daerah terpencil akibat keterbatasan infrastruktur logistik. Secara budaya, stigma terhadap obat generik yang dianggap kurang efektif dibandingkan obat bermerek menjadi hambatan dalam penerapan kebijakan ini. Secara situasional, pandemi COVID-19 justru meningkatkan kebutuhan terhadap obat generik yang lebih terjangkau bagi masyarakat.

Process merujuk pada tahapan kebijakan, mulai dari formulasi hingga evaluasi. Kebijakan ini dimulai dari formulasi kebijakan yang melibatkan berbagai aktor, termasuk Kementerian Kesehatan, asosiasi farmasi, dan penyedia layanan kesehatan. Dalam implementasi, pemerintah memanfaatkan sistem *e-catalog* untuk memastikan pengadaan obat yang transparan dan efisien. Evaluasi dilakukan melalui pemantauan ketersediaan obat generik di fasilitas kesehatan dan survei kepuasan masyarakat. Proses implementasi juga mencakup pelatihan tenaga kesehatan, sementara evaluasi dilakukan melalui analisis efisiensi sistem dan kepuasan pengguna.

Actors memainkan peran kunci dalam keberhasilan kebijakan. Aktor utama dalam kebijakan ini adalah Kementerian Kesehatan sebagai regulator, LKPP sebagai penyedia sistem *e-catalog*, industri farmasi sebagai

produsen obat generik, fasilitas kesehatan sebagai distributor, dan masyarakat sebagai pengguna akhir. Selain itu, organisasi seperti BPJS Kesehatan juga memainkan peran penting dalam pengaturan pembiayaan. Dalam kasus kebijakan obat generik, pemerintah berperan sebagai regulator, industri farmasi sebagai produsen, tenaga kesehatan sebagai pengguna, dan masyarakat sebagai penerima manfaat. Interaksi antaraktor ini, termasuk dinamika kekuasaan dan pengaruh mereka, menentukan bagaimana kebijakan diterima dan diimplementasikan.

Dengan menggunakan kerangka ini, pembuat kebijakan dapat mengidentifikasi kesenjangan dalam perencanaan atau pelaksanaan kebijakan, serta menemukan solusi yang lebih tepat untuk mengatasi tantangan.

D. Tantangan dalam Kebijakan Obat dan Teknologi Kesehatan

1. Ketimpangan Antara Inovasi Teknologi dan Regulasi

Kesenjangan antara inovasi teknologi dan regulasi dalam kebijakan obat dan teknologi kesehatan menghadirkan tantangan yang signifikan. Salah satu masalah utama adalah kompleksitas *Health Technology Assessment* (HTA), yang sangat penting untuk mengevaluasi obat dan teknologi kesehatan baru.

Evaluasi ini sering kali menghadapi kesulitan, seperti ketidakpastian mengenai efektivitas klinis dan perlunya proses pengambilan keputusan yang transparan yang melibatkan banyak pemangku kepentingan (Mukherjee & Walley, 2022; Son *et al.*, 2021). Selain itu, kemajuan teknologi yang sangat cepat sering kali melampaui kerangka regulasi yang ada, sehingga menyebabkan

keterlambatan dalam penerapan inovasi yang bermanfaat (Gozzo *et al.*, 2022).

Dengan demikian, upaya menjembatani kesenjangan ini harus melibatkan reformasi regulasi yang responsif terhadap perubahan, partisipasi aktif pasien dan masyarakat, serta adaptasi kerangka evaluasi untuk teknologi kesehatan yang terus berkembang.

2. Kesenjangan Akses Antar-wilayah

Tantangan dalam kebijakan obat dan teknologi kesehatan di Indonesia sangat terkait dengan kesenjangan akses antara wilayah. Meskipun program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diperkenalkan untuk meningkatkan akses layanan kesehatan, masih terdapat ketidakmerataan dalam distribusi fasilitas kesehatan dan ketersediaan obat di berbagai daerah (Nasution, 2024; Rahmani, 2023). Tantangan ini diperparah oleh masalah logistik dan manajemen persediaan obat, yang sering kali tidak efisien, sehingga mengakibatkan kekosongan obat di fasilitas kesehatan (Nugraha, 2023; Permatasari *et al.*, 2020).

3. Isu Etika dalam Penggunaan Teknologi Baru

Integrasi teknologi baru dalam kebijakan obat dan layanan kesehatan menghadirkan tantangan etika. Salah satu kekhawatiran utama adalah potensi konsekuensi yang tidak diinginkan akibat kemajuan teknologi yang terlalu cepat, terutama dalam kebijakan obat, di mana motif keuntungan sering kali dapat mengalahkan kepentingan kesehatan masyarakat (Holland, 2020).

Selain itu, penggunaan kecerdasan buatan (AI) dan *machine learning* dalam desain obat menimbulkan pertanyaan tentang bias algoritmik dan perlunya kerangka

kerja etika yang kuat untuk memastikan aplikasi teknologi ini dilakukan secara adil (Niazi*, 2023; Shaw & Donia, 2021).

4. Biaya Tinggi Obat dan Teknologi Kesehatan

Tingginya biaya obat dan teknologi kesehatan di Indonesia menjadi tantangan besar bagi kebijakan kesehatan masyarakat. Sistem pengadaan obat-obatan esensial yang sering kali terpusat menyebabkan inefisiensi dan kenaikan biaya, yang bahkan dapat menghabiskan 40-50% dari anggaran operasional kesehatan (Sinuraya *et al.*, 2021; Suprapti *et al.*, 2022).

Selain itu, harga tinggi obat bermerek, yang diperparah oleh regulasi paten, membatasi akses terhadap alternatif yang lebih terjangkau. Hal ini memperburuk beban keuangan baik bagi penyedia layanan kesehatan maupun pasien. Contohnya, aturan paten sering kali menghambat produksi obat generik lokal yang lebih murah, sehingga masyarakat harus mengandalkan obat impor dengan harga tinggi (Utari & Roisah, 2023).

Ketimpangan harga obat antara sektor publik dan swasta juga memperumit akses yang adil terhadap layanan kesehatan. Misalnya, obat-obatan tertentu di sektor swasta sering kali dijual dengan harga jauh lebih tinggi dibandingkan di fasilitas kesehatan milik pemerintah (Nugraheni & Thabrany, 2023)

Untuk mengatasi tantangan ini, diperlukan reformasi kebijakan yang menyeluruh. Kebijakan ini harus difokuskan pada peningkatan keterjangkauan obat dan pengelolaan investasi teknologi kesehatan yang lebih efisien. Reformasi tersebut dapat mencakup perbaikan sistem pengadaan obat, promosi produksi obat generik lokal, dan pengawasan ketat terhadap perbedaan harga antara sektor publik dan swasta (Fonjuno *et al.*, 2020).

E. Peluang dan Strategi Pengembangan Kebijakan Obat dan Teknologi Kesehatan

1. Pemanfaatan Teknologi Digital

Integrasi teknologi digital dalam kebijakan obat dan teknologi kesehatan membuka peluang besar untuk meningkatkan layanan kesehatan dan manajemen obat. Alat digital dapat menyederhanakan proses pemberian resep obat, yang berpotensi mengurangi biaya sekaligus meningkatkan hasil pengobatan pasien melalui kepatuhan yang lebih baik terhadap aturan pengobatan (Jiménez *et al.*, 2021).

Selain itu, teknologi *Internet of Things* (IoT) dapat meningkatkan pelacakan obat dalam rantai pasok. Dengan teknologi ini, transparansi dan pemantauan obat secara *real-time* dapat terwujud, yang sangat penting untuk memastikan keamanan dan efektivitas obat (Sarkar, 2024).

2. Kolaborasi *Multi-Stakeholder*

Kolaborasi *multi-stakeholder* memegang peranan penting dalam pengembangan kebijakan obat dan teknologi kesehatan yang inklusif dan efektif. Dengan melibatkan berbagai pihak seperti pemerintah, industri farmasi, perusahaan teknologi, penyedia layanan kesehatan, akademisi, dan masyarakat, kebijakan dapat dirancang berdasarkan kebutuhan nyata dan didukung dengan sumber daya yang lebih efisien. Pendekatan ini membuka peluang untuk inovasi berbasis kebutuhan masyarakat, distribusi yang lebih merata, serta percepatan adopsi teknologi kesehatan seperti *telemedicine* atau alat berbasis kecerdasan buatan.

Kolaborasi ini juga memungkinkan optimalisasi sumber daya. Pemerintah dapat memberikan insentif kepada sektor swasta untuk berinvestasi dalam pengembangan teknologi kesehatan, sementara akademisi dapat berkontribusi melalui penelitian yang relevan. Partisipasi aktif masyarakat juga menjadi elemen penting, karena masukan langsung dari pasien dan komunitas dapat memastikan bahwa kebijakan benar-benar sesuai dengan kebutuhan di lapangan.

Strategi untuk mendukung kolaborasi ini mencakup pembentukan forum diskusi lintas sektor, penguatan kemitraan publik-swasta, dan peningkatan transparansi dalam pengambilan keputusan. Selain itu, pemerintah dan akademisi perlu bekerja sama dalam menyediakan pelatihan bagi tenaga kesehatan untuk mendukung implementasi teknologi baru, terutama di daerah dengan sumber daya terbatas. Contoh keberhasilan kolaborasi *multi-stakeholder* dapat dilihat dalam distribusi vaksin COVID-19, di mana kerja sama antara pemerintah, organisasi internasional, dan sektor swasta memungkinkan percepatan distribusi secara merata.

3. Inovasi dalam Pembiayaan

Inovasi dalam pembiayaan merupakan elemen penting untuk mendukung pengembangan kebijakan obat dan teknologi kesehatan, terutama dalam mengatasi tantangan keterbatasan anggaran dan biaya tinggi teknologi kesehatan. Salah satu pendekatan yang dapat diterapkan adalah sistem pembayaran berbasis kinerja, di mana insentif diberikan kepada penyedia layanan berdasarkan hasil yang dicapai, seperti peningkatan cakupan vaksinasi.

Selain itu, kemitraan publik-swasta memungkinkan pemerintah dan sektor swasta bekerja sama dalam mendanai dan mengembangkan teknologi kesehatan baru. Contoh nyata adalah program *Advanced Market Commitment* (AMC) untuk vaksin COVID-19, yang menyediakan akses vaksin terjangkau bagi negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah melalui subsidi global.

Pemerintah perlu mendorong investasi di sektor kesehatan, memperkuat kolaborasi global, dan memanfaatkan teknologi digital untuk memastikan transparansi dan efisiensi dalam pembiayaan. Dengan strategi ini, kebijakan obat dan teknologi kesehatan dapat lebih inklusif, berkelanjutan, dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat.

F. Studi Kasus: Kebijakan Obat Generik

Kebijakan obat generik yang diimplementasikan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berhasil meningkatkan akses masyarakat terhadap obat berkualitas dengan harga terjangkau. Kebijakan ini diatur dalam (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/068/I/2010 Tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah, 2010).

Program ini mewajibkan penggunaan obat generik di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, sehingga membantu mengurangi beban ekonomi masyarakat, khususnya kelompok berpenghasilan rendah.

Selain itu, sistem *e-catalog* yang diterapkan dalam pengadaan obat generik mendorong transparansi dan menciptakan persaingan harga yang sehat di antara produsen obat. Kebijakan

ini juga memperkuat peran industri farmasi lokal sebagai pemasok utama obat generik, yang berdampak positif pada pengembangan sektor kesehatan dalam negeri.

Kebijakan obat generik menghadapi tantangan berupa stigma masyarakat yang menganggap obat generik kurang efektif, serta distribusi yang tidak merata, terutama di wilayah terpencil dengan infrastruktur terbatas. Koordinasi antara pemerintah pusat, daerah, dan penyedia layanan juga perlu ditingkatkan untuk mendukung implementasi yang lebih baik.

Namun, peluang untuk memperbaiki kebijakan ini cukup besar. Edukasi publik dapat mengubah persepsi negatif masyarakat, sementara digitalisasi sistem pengadaan dan pelacakan stok dapat meningkatkan efisiensi dan transparansi. Penguatan infrastruktur distribusi juga menjadi langkah strategis untuk memastikan ketersediaan obat secara merata di seluruh wilayah.

G. Rekomendasi Kebijakan

Untuk mendukung pengembangan kebijakan obat dan teknologi kesehatan, beberapa rekomendasi dapat diusulkan. Pertama, peningkatan regulasi diperlukan untuk menciptakan kerangka yang mendukung inovasi tanpa mengabaikan keselamatan dan aksesibilitas. Kedua, penguatan *Health Technology Assessment* (HTA) sebagai alat evaluasi wajib akan membantu memastikan bahwa teknologi kesehatan yang diadopsi berbasis bukti dan memberikan manfaat optimal.

Ketiga, edukasi publik harus ditingkatkan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya obat generik dan teknologi kesehatan, sehingga dapat mengurangi stigma dan meningkatkan penerimaan. Terakhir, pemberian insentif bagi inovasi teknologi kesehatan, seperti subsidi penelitian atau pemotongan pajak, dapat mendorong sektor swasta dan akademisi

untuk berkontribusi lebih besar dalam pengembangan teknologi kesehatan yang relevan dengan kebutuhan masyarakat.

Kebijakan obat dan teknologi kesehatan memainkan peran penting dalam memastikan sistem kesehatan yang efektif, efisien, dan berkeadilan. Dengan menggunakan *Health Policy Triangle Framework*, pembuat kebijakan dapat menganalisis elemen *content*, *context*, *process*, dan *actors* untuk memahami faktor yang memengaruhi keberhasilan kebijakan. Meskipun kebijakan ini menghadapi tantangan seperti ketimpangan akses, isu etika, dan biaya tinggi, peluang seperti digitalisasi, kolaborasi multi-stakeholder, dan inovasi pembiayaan memberikan arah untuk pengembangan lebih lanjut.

Studi kasus kebijakan obat generik di Indonesia menunjukkan keberhasilan dalam meningkatkan aksesibilitas, meski masih menghadapi tantangan stigma masyarakat dan distribusi yang tidak merata. Untuk memperkuat kebijakan ini, edukasi publik, penguatan regulasi, digitalisasi, dan pemberian insentif bagi inovasi menjadi langkah strategis. Dengan pendekatan yang berbasis bukti dan inklusif, kebijakan obat dan teknologi kesehatan dapat berkontribusi pada terciptanya sistem kesehatan yang lebih adil dan berkelanjutan di masa depan.

DAFTAR PUSTAKA

Fonjungo, F., Banerjee, D., Abdulah, R., Diantini, A., Wira Kusuma, A. S., Permana, M. Y., & Suwantika, A. A. (2020). Sustainable Financing for New Vaccines in Indonesia: Challenges and Strategies. *Sustainability*. <https://doi.org/10.3390/su12219265>

- Gozzo, L., Romano, G. L., Brancati, S., Cicciù, M., Fiorillo, L., Longo, L., Vitale, D. C., & Drago, F. (2022). Access to Innovative Neurological Drugs in Europe: Alignment of Health Technology Assessments Among Three European Countries. *Frontiers in Pharmacology*. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.823199>
- Holland, A. (2020). An Ethical Analysis of UK Drug Policy as an Example of a Criminal Justice Approach to Drugs: A Commentary on the Short Film Putting UK Drug Policy Into Focus. *Harm Reduction Journal*. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00434-8>
- Jiménez, G., Matchar, D. B., Koh, C. H., der Kleij, R. van, Chavannes, N. H., & Car, J. (2021). The Role of Health Technologies in Multicomponent Primary Care Interventions: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*. <https://doi.org/10.2196/20195>
- Mukherjee, K., & Walley, T. (2022). Assessing the Value of Healthcare Innovations: A Proposal for an Integrated Health Technology Assessment–responsible Innovation in Health Approach in the “New Normal”. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. <https://doi.org/10.1017/s0266462322000319>
- Nasution, I. S. (2024). Masalah Dan Isu Kebijakan Kesehatan Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Indra Husada*. <https://doi.org/10.36973/jkih.v12i1.586>
- Niazi*, S. K. (2023). *Computer-Aided Drug Design and Drug Discovery: A Prospective Analysis*. <https://doi.org/10.20944/preprints202311.0852.v1>
- Nugraha, E. C. (2023). Analisis Implementasi Pengelolaan Obat Program Jaminan Kesehatan Nasional Di RS X Wilayah Bandung Barat. *Media Publikasi Promosi Kesehatan*

- Indonesia (Mppki)*. <https://doi.org/10.56338/mppki.v6i12.4162>
- Nugraheni, W. P., & Thabrany, H. (2023). *Comparison of the Variation Cost of COVID-19 Medicine Among Public and Private Hospitals in Indonesia*. https://doi.org/10.2991/978-94-6463-112-8_54
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/068/I/2010 Tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah (2010).
- Permatasari, P., Pulungan, R. M., & Setiawati, M. E. (2020). Sistem Perencanaan Logistik Obat Di Puskesmas. *Window of Health Jurnal Kesehatan*. <https://doi.org/10.33368/woh.v0i0.262>
- Rahmani, A. A. (2023). Distribusi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Di Kecamatan Gubeng, Surabaya. *Media Gizi Kesmas*. <https://doi.org/10.20473/mgk.v12i2.2023.1036-1040>
- Sarkar, S. (2024). The Future of Digital Drug Traceability in the Global Supply Chain. *WJCMR*. <https://doi.org/10.31586/wjcmr.2024.896>
- Shaw, J., & Donia, J. (2021). The Sociotechnical Ethics of Digital Health: A Critique and Extension of Approaches From Bioethics. *Frontiers in Digital Health*. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2021.725088>
- Sinuraya, R. K., Rianti, A., & Suwantika, A. A. (2021). Cost Minimization of Cardiovascular Disease (CVD) Drugs in Primary Healthcare Centers in Bandung, Indonesia. *Journal of Advanced Pharmacy Education and Research*. <https://doi.org/10.51847/rzqepcg>

- Son, K.-B., Park, S., & You, M. (2021). *Manufacturers' Perceptions of the Decision-Making Process for New Drug Reimbursement in South Korea*. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. <https://doi.org/10.1017/s0266462321000489>
- Suprapti, B., Yusuf, M., Saraswati, M. D., Astuti, S. F., & Damayanti, D. (2022). The ABC Analysis of Drug Use and Cost in Cardiology Outpatients -National Health Insurance. *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*. <https://doi.org/10.20473/jfiki.v9i22022.193-199>
- Utari, D., & Roisah, K. (2023). Correlation of the Obligation to Implement a Patent by a Registered Patent Owner With the Drug Production Independence Policy in Indonesia. *International Journal of Social Science and Human Research*. <https://doi.org/10.47191/ijsshr/v6-i7-60>
- Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353–370.

BIODATA PENULIS



Dewa Ngakan Gde Wahyu Mahatma Putra, S.ST., M.A.R.S., lahir di kota Bangli pada tanggal 25 Mei 1990 adalah seorang dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. Memperoleh gelar Sarjana Sains Terapan (S.ST) dalam program alih jenjang di Fakultas Sekolah Teknik Elektro dan Informatika (STEI),

Jurusan Informatika, Peminatan Teknologi Informasi Kesehatan di Institut Teknologi Bandung (2014). Kemudian memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit (M.A.R.S) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (2018). Saat ini aktif mengajar mata kuliah Administrasi Kebijakan Kesehatan. Selain menjadi seorang dosen, tergabung juga dalam Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) sejak tahun 2020. Karya buku yang telah dihasilkan antara lain adalah Sekolah Dasar Tangguh Covid-19 di Wilayah Pesisir (2022), dan Modul *Digital Public Health* (2024) dari AIPTKMI dan *Transform Health Indonesia*. Selain mengajar, aktif melakukan penelitian, pengabdian kepada masyarakat, dan publikasi ilmiah di bidang kebijakan kesehatan.



Bab 16

Analisis Kebijakan Kesehatan Remaja

Yuyun Umniyatun, SKM., MARS.

A. Kesehatan Remaja

Masa remaja adalah fase kehidupan antara masa kanak-kanak dan dewasa, dari usia 10 hingga 19 tahun (Kemenkes, 2024; WHO, 2024c). Masa remaja merupakan tahap perkembangan manusia yang unik di mana terjadi pertumbuhan fisik, kognitif dan psikososial yang pesat. Hal ini memengaruhi cara mereka merasakan, berpikir, mengambil keputusan, dan berinteraksi dengan dunia di sekitar mereka (WHO, 2024c). Perubahan fisik pada masa remaja berhubungan dengan pubertas yang dipicu oleh hormon. Hal ini ditandai dengan lonjakan pertumbuhan tinggi badan, pertumbuhan rambut pada bagian sensitif dan ketiak, serta perubahan kulit (misalnya jerawat). Laki-laki mengalami pertumbuhan rambut wajah dan suara mereka menjadi lebih dalam. Wanita mengalami perkembangan payudara dan mulai menstruasi (O'Rourke *et al.*, 2020). Sedangkan perubahan kognitif mencakup perbaikan dalam pemikiran kompleks dan abstrak, serta perkembangan yang terjadi pada tingkat berbeda di berbagai bagian otak (Lang, Cone, Jones, *et al.*, 2022; O'Rourke *et al.*, 2020). Hal ini meningkatkan kecenderungan remaja terhadap perilaku berisiko karena peningkatan motivasi pencarian sensasi dan penghargaan mendahului peningkatan kontrol kognitif. Dalam domain psikososial, perubahan dipengaruhi oleh hubungan dengan orang tua, teman sebaya, dan "teman dekat". Salah satu perubahan penting adalah hubungan orangtua dengan anak (O'Rourke *et al.*, 2020). Remaja berusaha untuk lebih mandiri dan menghabiskan lebih banyak waktu dengan teman sebaya dibanding orangtua, sehingga perilaku yang mungkin terjadi lebih banyak dipengaruhi oleh teman sebaya. Pengaruh teman sebaya dapat bersifat positif dan negatif karena masa remaja merupakan masa eksperimen dalam rangka membentuk

identitas dan mendapatkan pengalaman baru (Lang, Cone, Beyer, *et al.*, 2022).

Situasi yang mengkhawatirkan yang terjadi pada masa remaja adalah perilaku negatif. Berbagai penelitian mengeksplor faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku negatif pada remaja. Diantaranya adalah faktor keluarga seperti pemantauan, komunikasi, keterikatan, keterlibatan, dukungan dan kedekatan emosional yang apabila kurang akan menimbulkan perilaku yang cenderung negatif (Ara, 2015). Faktor lain seperti pengaruh teman sebaya. Penelitian menunjukkan bahwa teman sebaya sangat mempengaruhi perilaku remaja dan mengubah perilaku remaja secara signifikan (Alexander *et al.*, 2024). Sehingga dapat diartikan apabila teman sebaya berperilaku negatif dapat diikuti oleh temannya untuk berperilaku negatif pula.

Menurut (UNICEF, 2024a) Perkembangan fisik dan kognitif yang pesat pada masa remaja merupakan suatu hal yang penting. Otak remaja berkembang lebih cepat dibandingkan masa kanak-kanak, sehingga remaja baik perempuan maupun laki-laki sangat sensitif terhadap pengaruh lingkungan. Kecenderungan remaja untuk mencoba hal-hal baru dapat mengarah pada hal-hal baik seperti inovasi, namun juga dapat membuat mereka rentan. Masa depan remaja bergantung pada kualitas lingkungan, hubungan, dan pengalaman yang mereka dapatkan. Pelayanan dan dukungan yang diterima, layanan yang tersedia bagi remaja, norma-norma sosial yang memandu komunitas remaja, dan sejauh mana remaja mampu mempengaruhi keputusan yang berdampak pada dirinya menjadi faktor yang menentukan.

Karena masa remaja adalah masa yang rentan dari berbagai pengaruh, maka perilaku berisiko yang sering dilakukan oleh remaja antara lain penggunaan narkoba, termasuk alkohol dan tembakau, perilaku depresi/bunuh diri/melukai diri sendiri,

perilaku kekerasan atau agresif, perilaku seksual berisiko (Bozzini *et al.*, 2021; *National Academies of Sciences et al.*, 2020; Purba *et al.*, 2023) dan berbagai faktor lainnya seperti perilaku pola makan yang tidak sehat, aktivitas fisik yang tidak memadai dan perjudian (Purba *et al.*, 2023). Perilaku tersebut dapat menimbulkan berbagai dampak kesehatan. Penelitian telah mengidentifikasi dampak kesehatan akut dari konsumsi alkohol yaitu keracunan alkohol, pingsan dan cedera, kecelakaan lalu lintas dan kematian, penyerangan fisik dan seksual, perilaku seksual tanpa kondom, dan masalah di sekolah dan tempat kerja. Mengemudi dalam keadaan mabuk menjadi kekhawatiran khusus di kalangan remaja karena dapat menyebabkan kecelakaan yang berakibat terhadap cedera bahkan kematian. Suatu penelitian memberikan hasil bahwa remaja yang mengemudi kendaraan bermotor dalam keadaan mabuk mempunyai risiko mengalami tingkat keparahan yang lebih berat dibanding dengan pengemudi yang tidak mabuk (Umniyatun *et al.*, 2021). Selain itu mengonsumsi alkohol dalam jangka panjang dapat menyebabkan peningkatan risiko penyakit jantung, atrofi otak, demensia, stroke, kerusakan hati, pankreatitis, penyakit paru-paru, pengeroposan tulang, dan beberapa jenis kanker (*National Academies of Sciences et al.*, 2020).

Penggunaan tembakau di kalangan remaja dikaitkan dengan sejumlah dampak kesehatan yang negatif. Merokok di kalangan remaja sangat terkait dengan depresi, kecemasan, dan stres, sehingga merokok dapat mendahului atau berkembang sebagai akibat dari masalah kesehatan mental dan emosional. Remaja yang merokok juga dapat menyebabkan peningkatan penyakit pernapasan, penurunan kebugaran fisik, dan dampak buruk pada pertumbuhan dan fungsi paru-paru (*National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health (HHS)*, 2012). Jika diteruskan hingga

dewasa, merokok dapat menyebabkan penyakit dan kecacatan pada hampir seluruh organ tubuh. Penyebab utama kematian di kalangan perokok adalah penyakit yang berhubungan dengan merokok, termasuk kanker, penyakit pernapasan, dan penyakit pembuluh darah (*National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health (HHS, 2014).*

Perilaku seksual berisiko pada remaja akan berdampak pada meningkatkan penderita HIV di kalangan remaja. Pada tahun 2023, sekitar 1 juta [680,000-1,3 juta] remaja berusia antara 15 dan 19 tahun hidup dengan HIV di seluruh dunia. Remaja perempuan menyumbang lebih dari dua pertiga dari seluruh infeksi HIV baru di kalangan remaja. Remaja menyumbang sekitar 3 persen dari seluruh orang yang hidup dengan HIV dan sekitar 12 persen dari infeksi HIV baru pada orang dewasa. Sekitar 840.000 [550.000-1,1 juta] (84 persen) tinggal di Afrika Sub-Sahara. Di luar Afrika Sub-Sahara, jumlah remaja HIV-positif tertinggi berada di Asia dan Amerika Latin (UNICEF, 2024b). Perilaku seksual di kalangan remaja dapat berakibat kepada kehamilan yang tidak diinginkan dan penyakit infeksi menular seksual (IMS) (*National Academies of Sciences et al., 2020).*

Remaja yang mempunyai pola makan yang tidak sehat dan aktivitas fisik yang kurang berpotensi untuk mengalami kegemukan dan obesitas. Obesitas merupakan penyakit kompleks kronis yang ditandai dengan timbunan lemak berlebihan yang dapat mengganggu kesehatan. Obesitas dapat menyebabkan peningkatan risiko diabetes tipe 2 dan penyakit jantung, dapat mempengaruhi kesehatan tulang dan reproduksi, serta meningkatkan risiko kanker tertentu. Selain itu, obesitas mempengaruhi kualitas hidup, seperti tidur atau bergerak. Secara global pada tahun 2022, 8% anak-anak dan remaja berusia 5–19

tahun mengalami obesitas, yaitu 160 juta anak muda. Angka ini merupakan peningkatan yang signifikan dibandingkan tahun 1990, ketika hanya 2% anak-anak dan remaja pada kelompok usia ini yang mengalami obesitas. Jumlah anak-anak dan remaja yang mengalami obesitas diperkirakan akan meningkat menjadi sekitar 383 juta pada tahun 2035 (WHO, 2024a).

Masalah kesehatan pada remaja dapat disebabkan karena aktivitas fisik yang kurang. Data global menunjukkan bahwa mayoritas (81%) anak laki-laki dan perempuan berusia 11–17 tahun menghabiskan waktu kurang dari satu jam sehari untuk melakukan aktivitas fisik dengan intensitas sedang hingga berat; dan lebih banyak anak perempuan yang tidak aktif dibandingkan anak laki-laki di sebagian besar negara (masing-masing 85% dan 77,6%). Kurangnya aktivitas fisik berkontribusi tidak hanya pada hilangnya kesempatan bagi anak-anak dan orang dewasa untuk mendapatkan kesehatan yang lebih baik, namun juga pada meningkatnya beban kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular (PTM) (WHO, 2022).

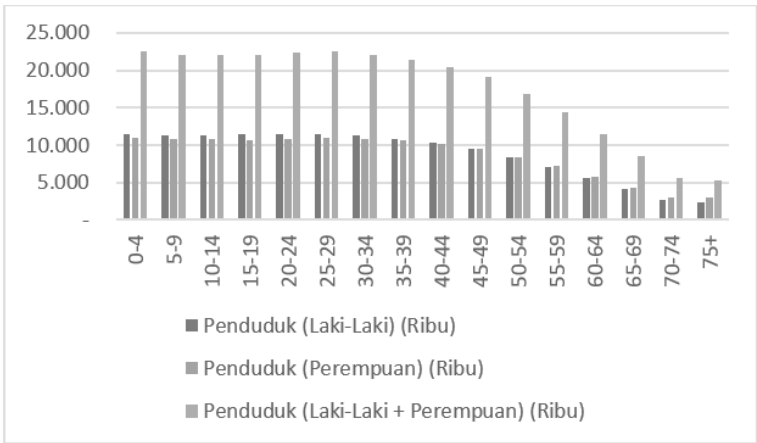
Kesehatan mental merupakan masalah kesehatan yang tengah meningkat saat ini. Secara global, satu dari tujuh anak usia 10-19 tahun mengalami gangguan mental, yang merupakan 15% dari beban penyakit global pada kelompok usia ini. Depresi, kecemasan dan gangguan perilaku merupakan salah satu penyebab utama penyakit dan kecacatan di kalangan remaja. Bunuh diri adalah penyebab kematian ketiga terbesar pada kelompok usia 15-29 tahun. Remaja dengan kondisi kesehatan mental sangat rentan terhadap pengucilan sosial, diskriminasi, stigma (yang mempengaruhi kesiapan untuk mencari bantuan), kesulitan pendidikan, perilaku mengambil risiko, kesehatan fisik yang buruk, dan pelanggaran hak asasi manusia. Konsekuensi dari kegagalan mengatasi kondisi kesehatan mental remaja akan

meluas hingga masa dewasa, berdampak buruk pada kesehatan fisik dan mental, serta membatasi peluang untuk menjalani kehidupan yang memuaskan di masa dewasa (WHO, 2024b).

Berbagai masalah yang timbul di masa remaja merupakan hal-hal yang tidak dapat diabaikan. Oleh karena mengembangkan dan menerapkan kebijakan yang mendukung kesehatan remaja merupakan faktor penting dalam pemerintahan suatu negara, termasuk di dalamnya kebijakan yang terkait dengan kesehatan remaja.

B. Profil Remaja di Indonesia

Data Badan Pusat Statistik Indonesia menerangkan bahwa total jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2024 adalah 278 juta jiwa. Adapun jumlah remaja yang berusia 10-19 tahun adalah sebesar 44,19 juta jiwa atau sebesar 16% yang terdiri dari laki-laki sebesar 22,73 juta dan perempuan sebesar 21,46 juta jiwa.



Gambar 1.1 Grafik Jumlah Penduduk Indonesia berdasarkan Kelompok Umur dan Jenis Kelamin Tahun 2023
Sumber: BPS, 2024

Melansir data UNICEF pada tahun 2021 tentang profil remaja di Indonesia, dijabarkan bahwa sebanyak 10% remaja di Indonesia masih berada di bawah garis kemiskinan. Pada peringkat DALYs remaja, penyebab tertinggi adalah cedera akibat kecelakaan lalu lintas, penyakit kulit, gangguan perilaku pada anak, tuberkulosis, dan gangguan kecemasan. Adapun kematian remaja paling banyak disebabkan oleh cedera akibat kecelakaan lalu lintas, tuberkulosis, kekerasan antar individu, tenggelam dan diare (UNICEF, 2023) .

Remaja di Indonesia tidak luput dari berbagai perilaku yang berisiko dan masalah yang ditimbulkan akibat perilaku yang berisiko tersebut. Faktor risiko remaja di Indonesia dijabarkan sebagai berikut:

- a. Hasil survei Global Adult Tobacco Survey (GATS) pada 2019 terhadap remaja Indonesia usia 13-15 tahun, menyatakan bahwa sebanyak 18,8% pelajar merokok, di mana pelajar laki-laki yang merokok 35,5% dan perempuan 3,5% (*World Health Organization; et al.*, 2019). Hasil Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023 mengemukakan bahwa prevalensi merokok dalam 1 bulan terakhir untuk usia 10-18 tahun adalah rata-rata sebesar 7,25% (Kemenkes, 2023). Prevalensi perokok remaja usia 13-15 tahun juga meningkat sebesar 19,2%. Saat ini tengah marak penggunaan rokok elektrik sehingga penggunaannya di kalangan remaja meningkat dalam 4 tahun terakhir. Dari hasil data Global Adult Tobacco Survey (GATS) pada 2021, prevalensi rokok elektrik naik dari 0,3% pada 2019 menjadi 3% pada 2021 (*WHO et al.*, 2024). Berdasarkan survei SKI tahun 2023, sebanyak 8,5% remaja menggunakan rokok elektronik (Kemenkes, 2023).

- b. Berdasarkan survei I-NAMHS (*Indonesia National Adolescent Mental Health Survey*) tahun 2022, dari 5.664 remaja usia 10-17 tahun yang diteliti, diketahui sebanyak 34,9% memiliki gangguan mental dalam 12 bulan terakhir, di mana kecemasan merupakan gangguan mental yang paling banyak diderita remaja yaitu 26,7%, diikuti oleh masalah terkait pemusatan perhatian dan atau hiperaktivitas sebesar 10,6%, depresi 5,3%, masalah perilaku 2,4% dan stres pasca trauma 1,8%. Remaja perempuan memiliki prevalensi depresi yang lebih tinggi dibanding pada remaja laki-laki, sementara remaja laki-laki memiliki prevalensi masalah perilaku yang lebih tinggi dibanding remaja perempuan (*Center for Reproductive Health; et al., 2022*).
- c. Menurut Kementerian Kesehatan tahun 2022, sekitar 1.929 remaja berusia 15-24 tahun diperkirakan terinfeksi HIV, meningkat 3,8% dari tahun sebelumnya. Penelitian yang dilakukan menjelaskan bahwa peningkatan kasus HIV di kalangan remaja disebabkan oleh rendahnya pengetahuan remaja, perilaku seksual berisiko, dan akses terbatas ke layanan HIV (*Farhan et al., 2024*).
- d. Indonesia masih memiliki 2 tantangan besar yang terkait dengan status gizi pada remaja. Berdasarkan data pada tabel 1 diketahui bahwa remaja di Indonesia di samping menderita status gizi berlebih, juga menderita status gizi kurang, bahkan stunting (*Kemenkes, 2023*).

Tabel 1.1 Prevalensi Status Gizi Berdasarkan Kelompok Umur
5-18 tahun di Indonesia Tahun 2023

Kelompok Umur	Stunting	Sangat kurus	Kurus	Kegemukan	Obesitas
5-12	14,1	3,5	7,5	11,9	7,8
13-15	17,5	1,9	5,7	12,1	4,1
16-18	20,1	1,7	6,6	8,8	3,3

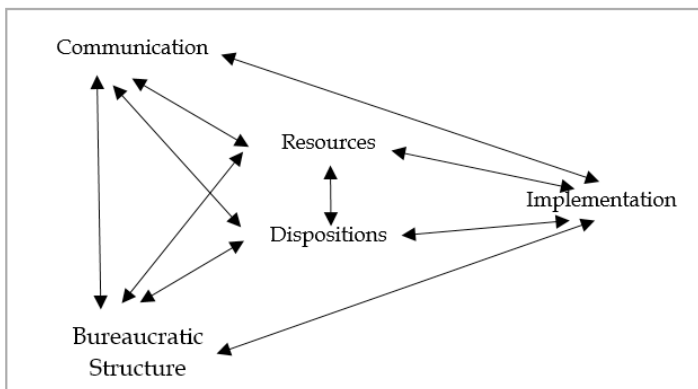
Sumber: SKI, 2023

Dari profil remaja di atas, dapat disimpulkan bahwa jumlah remaja berusia 10-18 tahun di Indonesia yang mencapai 16% dari total seluruh penduduk di Indonesia merupakan jumlah yang besar. Remaja di Indonesia tidak luput perilaku berisiko yang dapat mengarah kepada masalah kesehatan bahkan kematian. Berbagai pengaruh yang menyebabkan remaja melakukan hal-hal yang berisiko, di antaranya adalah kurangnya pengetahuan, pengaruh teman sebaya, hubungan dengan orangtua, dan sebagainya.

Pemerintah Indonesia telah membuat berbagai kebijakan yang ditujukan untuk menurunkan perilaku berisiko pada remaja dan akibat yang ditimbulkan. Hal tersebut sangat penting mengingat tahun 2045 merupakan tahun pencapaian Visi Indonesia Emas. Di samping itu Indonesia akan mengalami bonus demografi di mana usia produktif akan mendominasi penduduk Indonesia. Tingginya usia produktif saat itu akan menjadi bonus apabila seluruh penduduknya sehat dan produktif. Bukanlah suatu bonus apabila angkatan muda pada tahun 2045 banyak yang menderita sakit sehingga tidak produktif.

C. Analisis Implementasi Kebijakan Model George Edward III

Beberapa teori analisis implementasi telah dituliskan oleh banyak ahli dan dibuat model yang diberi nama sesuai penulisnya, seperti Model Grindle dikembangkan oleh Merilee S. Grindle pada tahun 1980, Model Edward III dikembangkan oleh George C. Edwards III pada tahun 1980, Model Mazmanian dan Sabatier dikembangkan oleh Daniel Mazmanian dan Paul A. Sabatier pada tahun 1983, Model Van Meter dan Van Horn dikembangkan oleh Donald Van Meter dan Carl Van Horn tahun 1975, Model Hoogwood and Gunn dikembangkan oleh Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn pada tahun 1986, Model Goggin yang dikembangkan oleh Malcolm L. Goggin, Ann Bowman dan James Lester pada tahun 1990 dan Model G. Shabbir Cheema dan Denis A. Rondinelly yang dikembangkan pada tahun 1983. Namun pada materi ini akan dijelaskan sekilas mengenai analisis implementasi kebijakan Model George Edwards III (Edward III, 1980). Model ini menggunakan empat (4) aspek pokok untuk menilai suatu kebijakan yang digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1.2. Model Implementasi Kebijakan Edward III (1980)

1. Komunikasi

Agar implementasi kebijakan berjalan efektif, maka kebijakan yang akan diimplementasikan harus disampaikan kepada pihak yang terlibat secara tepat, jelas, akurat, dan konsisten. Oleh karena itu untuk menilai implementasi suatu kebijakan apakah efektif atau tidak dapat dinilai dari proses transmisi, kejelasan dan konsistensi;

2. Sumber daya

Suatu kebijakan akan berjalan efektif jika didukung oleh sumber daya yang diperlukan. Sumber daya tersebut meliputi sumber daya manusia dengan jumlah yang tepat dan dengan keahlian yang diperlukan; informasi yang relevan dan memadai tentang cara menerapkan kebijakan dan keterlibatan pihak lain yang terlibat dalam implementasi; kewenangan untuk memastikan bahwa kebijakan dilaksanakan sebagaimana mestinya; dan fasilitas yang diperlukan sesuai dengan bentuk kebijakannya.

3. Disposisi

Sikap pelaksana merupakan faktor penting ketiga dalam pendekatan studi implementasi kebijakan publik. Jika implementasi ingin berjalan efektif, pelaksana tidak hanya harus tahu apa yang harus dilakukan dan memiliki kemampuan untuk melakukannya, tetapi mereka juga harus memiliki keinginan untuk melaksanakan kebijakan. Sebagian besar pelaksana mungkin sebagai perumus kebijakan sehingga mempunyai kewenangan yang besar untuk mengimplementasikannya. Namun tetap saja keinginan untuk melaksanakan kebijakan dipengaruhi oleh kepentingan organisasi dan pribadi. Seberapa besar

kebijakan akan berpengaruh terhadap organisasi dan pribadi. Oleh karena itu implementasi kebijakan sangat dipengaruhi oleh sikap, komitmen dan kesediaan untuk bertindak.

4. Struktur birokrasi

Para pelaksana kebijakan mungkin telah mengetahui apa yang harus dilakukan dan memiliki keinginan dan sumber daya yang cukup untuk melakukan implementasi kebijakan, tetapi prosesnya mungkin masih terhambat oleh karena struktur organisasi tempat mereka bertugas. Dua karakteristik dalam aspek birokrasi yang menonjol adalah SOP dan fragmentasi, di mana keduanya dapat menghambat implementasi kebijakan. Ketika unit organisasi menjalankan kebijakan, mereka mengembangkan SOP untuk menangani situasi rutin yang sering mereka hadapi. Sayangnya, SOP yang dirancang untuk kebijakan yang sedang berjalan sering kali tidak sesuai untuk kebijakan baru dan dapat menyebabkan penolakan terhadap perubahan, penundaan, pemborosan, atau tindakan yang tidak diinginkan. Fragmentasi organisasi merujuk pada kondisi di mana sebuah organisasi terpecah menjadi unit-unit atau bagian-bagian yang bekerja secara terpisah (silo) dengan sedikit atau tanpa koordinasi satu sama lain. Fragmentasi ini menciptakan isolasi antara departemen atau divisi dalam organisasi, sehingga menghambat kerja sama, efisiensi, dan pencapaian tujuan bersama. Oleh karena itu keduanya sering menghambat perubahan kebijakan, membuang sumber daya, menimbulkan tindakan yang tidak diinginkan, menghambat koordinasi, membingungkan pada yurisdiksi tingkat bawah, mengakibatkan kebijakan

berjalan berlawanan tujuan, dan menyebabkan beberapa kebijakan tidak sesuai dengan batasan organisasi.

D. Analisis Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Sekolah

Tingginya prevalensi merokok di Indonesia saat ini masih menjadi persoalan. Menurut SKI tahun 2023 terdapat 70 juta perokok aktif di Indonesia di mana sebanyak 7,4% dilakukan oleh remaja berusia 10-18 tahun. Menurunkan angka prevalensi ini bukan hal yang mudah, karena perilaku merokok khususnya pada remaja dipengaruhi oleh beberapa hal seperti kurangnya pengetahuan, pengaruh atau dorongan teman sebaya, meniru orangtua yang merokok, dan sebagainya. Di samping itu rendahnya harga rokok di Indonesia membuat remaja dapat dengan mudah membeli rokok. Rokok di Indonesia dapat dijual ketengan (per batang), sehingga sangat memudahkan remaja untuk membeli dari uang jajannya sehari-hari. Pemerintah masih enggan untuk menaikkan tarif cukai tembakau atau cukai rokok yang mungkin akan menyebabkan turunnya pendapatan negara dari cukai rokok. Sehingga upaya untuk menurunkan prevalensi rokok nampaknya belum sepenuhnya berhasil. Dengan diterbitkannya Undang-Undang Kesehatan nomor 23 tahun 2023 dan peraturan pelaksanaannya yaitu Peraturan Pemerintah nomor 28 tahun 2024, diharapkan Pemerintah melaksanakan salah satu pasalnya mengenai pengamanan zat adiktif melalui salah satunya adalah pengendalian tembakau.

Indonesia telah mengeluarkan kebijakan tentang kawasan tanpa rokok di beberapa tempat, seperti sekolah, universitas, rumah sakit, tempat umum seperti mall, dan sebagainya. Bahkan hal ini wajib didukung oleh pemerintah daerah dengan mengeluarkan Peraturan Daerah (Perda), namun implementasinya di masing-

masing tempat masih mengalami berbagai hambatan. Peraturan Pemerintah tentang Kawasan Tanpa Rokok dituangkan pada Undang-Undang Kesehatan dan diperkuat dengan Peraturan Daerah. Salah satu kawasan yang wajib diberlakukan adalah sekolah atau tempat proses belajar-mengajar. Di kota Depok, Kawasan Tanpa Rokok diterbitkan pada Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2014 dan diperbaharui oleh Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2020. Muhammadiyah sebagai organisasi keagamaan telah mengeluarkan fatwa bahwa merokok itu haram pada tahun 2010 dan pada tahun 2020 diperkuat dengan mengharamkan rokok elektrik termasuk vape. Majelis Tarjih Muhammadiyah pun meminta seluruh pihak untuk melakukan kampanye anti rokok.

Untuk mengetahui bagaimana implementasi kebijakan tersebut, maka dilakukan studi kualitatif di 6 (enam) sekolah/pesantren menengah atas yang dimiliki oleh Muhammadiyah di Kota Depok (Umniyatun *et al.*, 2019). Analisis ini didasarkan atas beberapa penelitian sebelumnya yaitu tentang pengetahuan, sikap dan perilaku merokok pada remaja di sekolah menengah atas Muhammadiyah di Kota Depok dan pengaruh teman sebaya, keluarga/orangtua, dan guru terhadap perilaku merokok remaja di sekolah tersebut. Dari 587 siswa yang diteliti ditemukan bahwa prevalensi siswa yang merokok adalah sebesar 16,8%. Penelitian tersebut mengemukakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku merokok dengan pengaruh dari teman, keluarga dan guru yang merokok (Nurmansyah, Umniyatun, Jannah, Syiroj, Purnama, *et al.*, 2021).

(Nurmansyah, Umniyatun, Jannah, Syiroj, & Hidayat, 2021) (Nurmansyah, Umniyatun, Jannah, Syiroj, & Hidayat, 2021) Terhadap pengetahuan mengenai rokok, siswa memahami bahwa merokok akan mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan, seperti menyebabkan kanker paru-paru, penyakit

jantung, ketagihan dan membahayakan kehamilan. Namun siswa merokok karena mempunyai persepsi seperti merokok membuat seseorang lebih percaya diri, keren, memudahkan berteman, dapat menghilangkan stres, melambangkan kedewasaan dan maskulinitas dan hal-hal tersebut secara statistik berpengaruh signifikan (Nurmansyah, Umniyatun, Jannah, Syiroj, & Hidayat, 2021).

(Umniyatun & Nurmansyah, 2019)(Umniyatun & Nurmansyah, 2019)Indonesia merupakan negara di mana jumlah penduduk muslim adalah yang terbesar. Dengan adanya fatwa dari Majelis Ulama Indonesia (MUI) pada tahun 2009 dan Muhammadiyah pada tahun 2010 tentang haramnya rokok, penelitian membuktikan bahwa terdapat hubungan yang signifikan atas kedua fatwa tersebut terhadap perilaku merokok. Pelajar yang tidak setuju dengan Fatwa Merokok Muhammadiyah berpeluang 2,22 kali lebih tinggi untuk menjadi perokok (Umniyatun & Nurmansyah, 2019).

Hasil dari analisis implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok di 6 sekolah/pesantren Muhammadiyah di Kota Depok dengan menggunakan Model Edward III adalah sebagai berikut:

1. Komunikasi

Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di sekolah yang diteliti dilaksanakan berdasarkan adanya kebijakan Pemerintah Kota Depok dan fatwa dari majlis Tarjih Muhammadiyah. Kebijakan ini telah dilaksanakan di seluruh sekolah dan berlaku tidak hanya untuk siswa tetapi juga untuk guru, staf dan orangtua atau wali murid serta tamu-tamu yang berkunjung ke sekolah. Kebijakan ini diterapkan di seluruh lingkungan sekolah seperti ruang kelas, ruang guru dan ruang lainnya, termasuk juga di area kamar mandi, kantin dan area parkir sekolah. KTR

disosialisasikan dalam bentuk tata tertib yang disetujui pada saat siswa masuk sekolah dan tata tertib tersebut ditempel di beberapa ruang. Selain itu sekolah telah memasang papan di area depan sekolah yang bertuliskan Kawasan Tanpa Rokok.

Komunikasi lain yang telah dilakukan adalah melalui proses belajar mengajar dalam bentuk pendidikan pencegahan dan upaya berhenti merokok. Misalnya dalam mata pelajaran disampaikan bahaya merokok. Koordinasi KTR kepada beberapa pihak yang bersangkutan pun telah dilakukan oleh beberapa sekolah. Misalnya melakukan koordinasi dengan RT setempat dan para pedagang di area luar sekolah untuk sama-sama menciptakan kawasan tanpa rokok di sekolah dan area sekitarnya. Komunikasi terhadap para pedagang bersifat himbauan untuk tidak menjual rokok dan sejenisnya dan kenyataannya masih didapati warung-warung yang menjual rokok di sekitar area luar sekolah.

2. Sumber daya

Sumber daya untuk melaksanakan kebijakan kawasan tanpa rokok sangat diperlukan agar kebijakan ini dapat berhasil. Pada dasarnya kebijakan KTR di sekolah bertujuan untuk mencegah siswa merokok. Oleh karena itu hal ini sangat didukung baik oleh pimpinan, maupun oleh guru, staf, dan orang tua siswa sekolah/pesantren yang diteliti. Dukungan yang diberikan dalam bentuk adanya kader teman sebaya dan organisasi intra sekolah (IPM) yang berfungsi untuk mengingatkan teman akan bahaya rokok. Guru dan staf tentu mendukung perilaku pencegahan merokok ini, misalnya dengan menyampaikan materi tentang bahaya merokok pada

mata pelajaran Bahasa Indonesia, Agama, Biologi, dan Olahraga. Selain itu IPM, guru dan masyarakat turut berperan dalam mengawasi siswa yang merokok di luar sekolah. Di Pesantren misalnya siswa sering keluar mencari tempat untuk merokok pada malam hari. Guru akan mencari siswa tersebut dan meminta untuk kembali ke pondok. Peran IPM misalnya melaporkan kepada guru apabila didapati temannya merokok. Pelaporan tersebut dilengkapi dengan bukti berupa foto. Meskipun demikian hal tersebut bukan berarti siswa jera untuk merokok, karena didapati masih banyak siswa yang merokok di luar sekolah. Orangtua pun turut terlibat di dalam mencegah anaknya merokok. Mereka setuju apabila kampanye anti rokok dilakukan oleh sekolah. Termasuk menyetujui sanksi yang diterapkan apabila kedapatan anaknya merokok di lingkungan sekolah, seperti membayar denda. Beberapa sekolah menerapkan sanksi denda di mana uang denda tersebut akan digunakan untuk perbaikan di sekolah.

3. Disposisi

Disposisi berhubungan dengan sikap, komitmen, dan kesediaan para pelaksana kebijakan (seperti guru, kepala sekolah, dinas pendidikan, dan dinas kesehatan) untuk mendukung dan menjalankan kebijakan tersebut. Sikap yang ditemukan dalam implementasi kebijakan di sekolah/pesantren ini adalah dukungan positif terhadap pemberlakuan KTR di sekolah dan lebih jauh lagi upaya yang dilakukan untuk mencegah siswa merokok. Adanya papan “Kawasan Tanpa Rokok”, larangan merokok yang dimasukkan dalam tata tertib, poster bahaya merokok yang ditempel di dinding, pendidikan pencegahan perilaku merokok dalam mata pelajaran di kelas, terbentuknya

kader teman sebaya dan peran IPM merupakan bentuk dukungan terhadap KTR.

Upaya lain seperti kolaborasi dengan berbagai pihak seperti Puskesmas, Komite Orangtua, Ketua RT dan warga di lingkungan sekitar sekolah juga dilakukan. Dengan pihak Puskesmas misalnya melalui edukasi pencegahan bahaya rokok dan penanggulangannya, komite sekolah dengan mengadakan kegiatan-kegiatan promosi bahaya merokok, Ketua RT dan warga di lingkungan sekitar untuk turut memantau siswa yang merokok di luar sekolah.

Selain itu adanya sanksi yang diterapkan apabila ditemukan siswa yang merokok seperti surat peringatan, konseling, digunduli, memberitahukan orang tua, membuat perjanjian tidak mengulang kembali, hingga denda.

4. Birokrasi

Setelah Pemerintah Kota Depok mengeluarkan regulasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR), maka sekolah/pesantren yang diteliti melaksanakan kebijakan tersebut melalui berbagai upaya, seperti membuat peraturan tertulis tentang larangan merokok dan hukuman yang diterapkan apabila dilanggar. Namun peraturan tersebut kurang mendetail pada hal tentang pengawasan, pembinaan dan mekanisme pelaporan seperti yang tercantum dalam Perda KTR. Dari hasil analisis dokumen juga diketahui bahwa peraturan tertulis untuk staf, guru dan pengunjung masih bersifat instruksi sehingga sanksi yang diberikan hanya sebatas teguran saja. Selanjutnya jenis rokok yang dicantumkan tidak dijelaskan jenisnya, hanya tertulis rokok saja.

Pengawasan siswa yang merokok di luar sekolah masih sulit untuk dilaksanakan. Namun ada sekolah yang tetap memberlakukan larangan merokok pada siswa sampai kepada di area luar sekolah atau di luar jam sekolah dan menerapkan sanksi terhadap pelanggaran yang dibuat. Caranya sekolah melibatkan guru dan organisasi intra sekolah untuk melaporkan apabila terdapat siswa yang melanggar.

Hal lain yang belum terdapat pada peraturan tertulis yang dibuat sekolah adalah iklan rokok yang dipasang di sekolah dan sponsorship dari industri rokok untuk kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan di sekolah. Meskipun belum dibuat aturan tertulisnya namun sekolah akan menolak apabila ada tawaran tersebut.

Sekolah membina kerja sama dengan beberapa OPD (Organisasi Perangkat Daerah) seperti Dinas Kesehatan, Puskesmas dan Polsek untuk memberikan edukasi kepada siswa mengenai bahaya rokok dan juga narkoba dan obat-obatan terlarang. Namun belum ada program berhenti merokok yang diselenggarakan oleh pihak sekolah. Apabila sekolah belum mempunyai sumber daya untuk melaksanakannya, bisa bekerja sama dengan Puskesmas setempat.

Berdasarkan analisis implementasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di 6 Sekolah/Pesantren Muhammadiyah di Kota Depok dapat disimpulkan bahwa seluruh sekolah telah mempunyai kebijakan secara tertulis yang diterbitkan dalam peraturan dan tata tertib sekolah. Peraturan tersebut berlaku untuk seluruh *stakeholder* sekolah namun sanksi yang diberikan masih terbatas kepada siswa saja. Kebijakan tersebut telah disosialisasikan kepada

siswa, guru, staf dan komite sekolah. Sekolah pun telah berupaya untuk mendidik siswa untuk mencegah dari perilaku merokok dengan melaksanakan edukasi bekerja sama dengan Dinas kesehatan, Puskesmas dan Polsek. Di samping itu telah memasukkan ke dalam mata pelajaran yaitu Bahasa Indonesia, Agama, Biologi, dan Olahraga, meskipun belum terdapat kurikulum khusus mengenai pencegahan merokok. Berbagai sumber daya dilibatkan untuk melaksanakan kebijakan tersebut, seperti peran dari guru, staf, IPM, teman sebaya dan orangtua. Seluruh *stakeholder* sekolah memahami untuk sama-sama memberikan dukungan terhadap kawasan tanpa rokok di sekolah dan sekitarnya dan memahami pentingnya edukasi tentang bahaya rokok serta penerapan sanksi apabila melanggar peraturan. Kebijakan KTR di sekolah dianggap telah berhasil, namun tidak memungkiri siswa tetap merokok, terlebih saat ini telah berkembang rokok elektrik. Oleh karena itu edukasi sesuai perkembangan terbaru, pengawasan dan pembinaan perlu dilakukan secara berkala melalui kerja sama dengan berbagai pihak agar siswa selalu mengingat bahaya rokok. Sekolah dan Puskesmas sebaiknya membuat program berhenti merokok agar siswa yang ingin berhenti merokok mendapat pendampingan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alexander, J. M., Yesodharan, R., & Nayak, M. G. (2024). Peer influence and its impact on behavior among South Indian adolescents: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1). https://journals.lww.com/jehp/fulltext/2024/03280/peer_influence_and_its_impact_on_behavior_among.98.aspx
- Ara, E. (2015). Behavioural Problems in Adolescents: An Analysis of the Family Factors. *Asian Journal of Research in Social Sciences and Humanities*, 5, 90. <https://doi.org/10.5958/2249-7315.2015.00264.6>
- Bozzini, A. B., Bauer, A., Maruyama, J., Simões, R., & Matijasevich, A. (2021). Factors associated with risk behaviors in adolescence: a systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(2), 210–221. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0835>
- Center for Reproductive Health,, University of Queensland,, & Johns Bloomberg Hopkins School of Public Health. (2022). *Indonesia – National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS): Laporan Penelitian*. Pusat Kesehatan Reproduksi. <https://qcmhr.org/outputs/reports/12-i-namhs-report-bahasa-indonesia>
- Farhan, M., Maulana, Z., Hasibuan, A., & Mauliah, S. (2024). Melonjaknya Kasus HIV Dikalangan Remaja Indonesia. *ACS Journal*, 2(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.62861/acsj.v2i1.392>
- Kemenkes. (2023). Survei Kesehatan Indonesia (SKI) dalam Angka Tahun 2023. In *Badan Pembangunan Kebijakan Kesehatan Kemenkes RI* (p. 882).

- Kemenkes. (2024, December 10). *Kelompok Usia: Remaja 10-18 Tahun*. <https://ayosehat.kemkes.go.id/kategori-usia/remaja>
- Lang, D., Cone, N., Beyer, A., Lazzara, J., Lally, M., Valentine-French, S., & OpenStax College. (2022). Social and Emotional Development in Adolescence. In *Individual and Family Development, Health, and Well-being* (pp. 356–360). Iowa State University Digital Press.
- Lang, D., Cone, N., Jones, T., & Lumen Learning. (2022). Adolescence: Physical, Cognitive, Social, and Emotional Changes. In *Individual and Family Development, Health, and Well-being* (pp. 334–336). Iowa State University Digital Press.
- National Academies of Sciences, E. and M., Health and Medicine Division,, Division of Behavioral and Social Sciences and Education,, Board on Children, Y. and F., & Committee on Applying Lessons of Optimal Adolescent Health to Improve Behavioral Outcomes for Youth. (2020). *Promoting Positive Adolescent Health Behaviors and Outcomes: : Thriving in the 21st Century*. (R. Graham & N. F. Kahn, Eds.). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25552>
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health (HHS). (2012). Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. In <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99237/>. Centers for Disease Control and Prevention (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99237/>
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health (HHS).

- (2014). *The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. www.cdc.gov/tobacco
- Nurmansyah, M. I., Umniyatun, Y., Jannah, M., Syiroj, A. T., & Hidayat, D. N. (2021). Knowledge, attitude and practice of cigarette smoking among senior secondary school students in Depok, Indonesia. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 33(2). <https://doi.org/10.1515/ijamh-2018-0124>
- Nurmansyah, M. I., Umniyatun, Y., Jannah, M., Syiroj, A. T. R., Purnama, T. B., & Koire, I. I. (2021). Peer, family and teachers' role on smoking behaviour among Islamic high school students in Depok, Indonesia. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 16(2), 189–194. <https://doi.org/10.1080/17450128.2020.1861398>
- O'Rourke, S., Whalley, H., Janes, S., MacSweeney, N., Skrenes, A., Crowson, S., MacLean, L., & Schwannauer, M. (2020). The development of cognitive and emotional maturity in adolescents and its relevance in judicial contexts. *Scottish Sentencing Council*, 1–3.
- Purba, A. K., Thomson, R. M., Henery, P. M., Pearce, A., Henderson, M., & Katikireddi, S. V. (2023). Social media use and health risk behaviours in young people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 383. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073552>
- Umniyatun, Y., & Nurmansyah, M. I. (2019). Keyakinan Agama dan Hubungannya dengan Perilaku Merokok pada Pelajar Sekolah Menengah Atas Muhammadiyah di Kota Depok. In *Journal of Religion and Public Health* (Vol. 1, Issue 1).
- Umniyatun, Y., Nurmansyah, M. I., Farradika, Y., Purnama, T. B., & Hidayat, D. N. (2021). Motorcycle risky behaviours

- and road accidents among adolescents in Jakarta metropolitan area, Indonesia. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 28(3), 339–346. <https://doi.org/10.1080/17457300.2021.1928229>
- Umniyatun, Y., Nurmansyah, M. I., Maisya, I. B., & Al Aufa, B. (2019). Analisis Kebijakan dan Program Pencegahan Perilaku Merokok pada Sekolah Muhammadiyah di Kota Depok. *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 29(2), 123–134. <https://doi.org/10.22435/mpk.v29i2.1000>
- UNICEF. (2023). *Adolescent health profiles*. <https://data.unicef.org/resources/adolescent-health-dashboards-country-profiles/>
- UNICEF. (2024a). *Adolescent development and participation*.
- UNICEF. (2024b, July). *Adolescent HIV prevention*. <https://data.unicef.org/topic/hiv/aids/adolescents-young-people>
- WHO. (2022). *Global status report on physical activity 2022*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/physical-activity/global-status-report-on-physical-activity-2022>
- WHO. (2024a, March 1). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- WHO. (2024b, October 10). *Mental health of adolescents*. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- WHO. (2024c, December 10). *Adolescent health*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- WHO, Ministry of Health Republic of Indonesia, & Badan Riset dan Inovasi Nasional. (2024). *Global Adult Tobacco Survey Indonesia Report 2021*. *World Health Organization, Regional Office for South-East Asia*; <http://apps.who.int/iris>

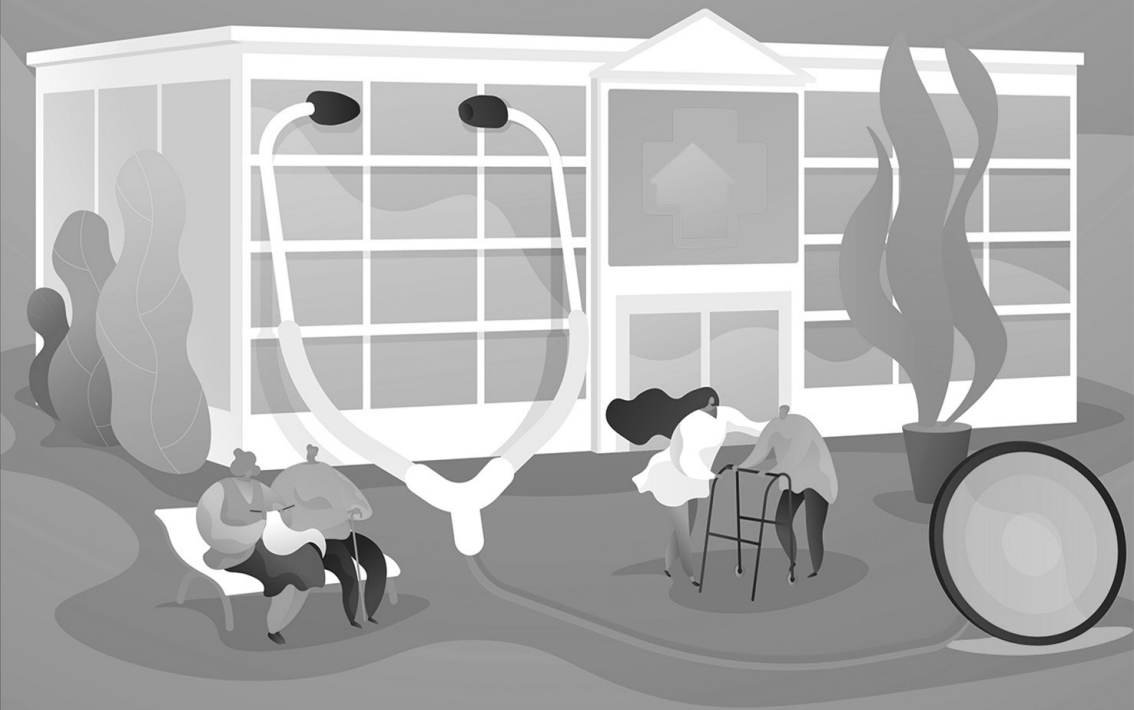
World Health Organization, Ministry of Health Republic of Indonesia, & Centres for Disease Control and Prevention. (2019). *Global Youth Tobacco Survey: Fact Sheet Indonesia*. <https://www.who.int/publications/m/item/2019-gyts-fact-sheet-indonesia>

BIODATA PENULIS



Penulis adalah Dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan di Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia jurusan Manajemen Pelayanan Kesehatan.

Penulis menyelesaikan pendidikan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia jurusan Kajian Administrasi Rumah Sakit. Penulis pernah bekerja di rumah sakit selama lebih dari 10 tahun di bagian keuangan dan admisi. Penulis saat ini mengajar di peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) dan mengampu beberapa mata kuliah di antaranya Pembiayaan dan Penganggaran kesehatan, Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan, Analisis Kebijakan Kesehatan, Manajemen Keuangan Rumah Sakit dan Standarisasi dan Akreditasi Rumah Sakit.



Bab 17

Analisis Kebijakan Kesehatan Daerah Terpencil

Dr. Ernawaty, drg., M.Kes.

A. Tantangan Kesehatan Daerah Terpencil

Daerah terpencil merupakan istilah yang sering digunakan untuk menggambarkan wilayah yang memiliki akses terbatas terhadap berbagai sumber daya dan layanan, termasuk layanan kesehatan, pendidikan, dan infrastruktur dasar. Definisi daerah terpencil dapat bervariasi tergantung pada konteks geografis, sosial, dan ekonomi. Namun secara umum, daerah ini ditandai oleh beberapa karakteristik kunci yang membedakannya dari daerah perkotaan atau daerah yang lebih maju.

Salah satu ciri utama dari daerah terpencil adalah lokasi geografisnya. Daerah ini sering kali terletak jauh dari pusat-pusat urban, yang mengakibatkan kesulitan dalam aksesibilitas. Jalan yang tidak memadai, transportasi umum yang terbatas, dan jarak yang jauh dari fasilitas kesehatan dan pendidikan menjadi tantangan utama bagi penduduk yang tinggal di daerah tersebut. Dalam banyak kasus, daerah terpencil juga dikelilingi oleh medan yang sulit, seperti pegunungan, hutan, atau lahan pertanian yang luas, yang semakin memperburuk kondisi aksesibilitas.

Selain faktor geografis, karakteristik demografis juga memainkan peran penting dalam mendefinisikan daerah terpencil. Penduduk di daerah ini sering kali terdiri dari kelompok masyarakat yang lebih kecil, dengan tingkat kepadatan penduduk yang rendah. Hal ini dapat menyebabkan kurangnya sumber daya manusia dan infrastruktur yang diperlukan untuk mendukung layanan dasar. Selain itu, masyarakat di daerah terpencil sering kali memiliki latar belakang budaya dan ekonomi yang berbeda, yang dapat mempengaruhi cara mereka mengakses dan memanfaatkan layanan kesehatan.

Ekonomi daerah terpencil juga sering kali menjadi faktor penentu dalam definisi mereka. Banyak daerah terpencil bergantung pada sektor pertanian, perikanan, atau sumber daya

alam lainnya sebagai sumber utama pendapatan. Ketergantungan pada sektor-sektor ini dapat membuat masyarakat rentan terhadap fluktuasi harga dan perubahan iklim, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan mereka. Keterbatasan dalam akses terhadap pekerjaan yang lebih beragam dan peluang ekonomi yang lebih baik juga dapat memperburuk kondisi sosial dan kesehatan masyarakat di daerah terpencil.

Daerah terpencil sering kali menghadapi tantangan kesehatan yang unik, termasuk akses terbatas ke layanan kesehatan, kekurangan tenaga medis, dan infrastruktur yang tidak memadai. Penelitian Garchitorena (2021) di Madagascar menunjukkan bahwa keterbatasan akses geografis ke pelayanan kesehatan primer merupakan salah satu tantangan terpenting dan tersulit untuk mencapai *universal health coverage* dan meningkatkan kesehatan masyarakat di negara-negara berkembang.

Dalam konteks kebijakan kesehatan, pemahaman yang jelas tentang definisi daerah terpencil sangat penting. Kebijakan yang dirancang untuk meningkatkan kesehatan masyarakat di daerah ini harus mempertimbangkan karakteristik unik yang membedakan mereka dari daerah lain. Misalnya, pendekatan yang berhasil di daerah perkotaan mungkin tidak dapat diterapkan secara langsung di daerah terpencil tanpa penyesuaian yang sesuai. Oleh karena itu, penting bagi pembuat kebijakan untuk melakukan analisis mendalam tentang kondisi dan kebutuhan spesifik daerah terpencil agar dapat merumuskan strategi yang efektif dan berkelanjutan.

Kebijakan kesehatan yang efektif sangat penting untuk meningkatkan kesehatan masyarakat di daerah terpencil. Kebijakan ini harus mempertimbangkan konteks lokal dan kebutuhan spesifik masyarakat. Sebuah studi oleh Kemenkes RI (2022) menunjukkan bahwa kebijakan yang responsif terhadap

kondisi lokal dapat meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan.

Tujuan utama dari analisis kebijakan kesehatan di daerah terpencil adalah untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang ada dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Hal ini mencakup analisis data epidemiologi dan demografi untuk memahami beban penyakit di daerah tersebut. Analisis ini juga bertujuan untuk mengevaluasi kebijakan kesehatan yang sudah diterapkan, termasuk efektivitas dan dampaknya terhadap masyarakat. Evaluasi kebijakan yang berkelanjutan dapat membantu dalam perbaikan dan penyesuaian kebijakan yang lebih baik (OECD, 2020). Bab ini memberikan gambaran umum tentang pentingnya analisis kebijakan kesehatan di daerah terpencil. Dengan memahami tantangan yang dihadapi dan tujuan analisis, diharapkan tulisan ini memberikan kontribusi yang signifikan dalam pengembangan kebijakan kesehatan yang lebih baik untuk masyarakat di daerah terpencil.

B. Profil Kesehatan Daerah Terpencil

Secara keseluruhan, definisi daerah terpencil mencakup berbagai aspek yang saling terkait, termasuk lokasi geografis, demografi, dan kondisi ekonomi. Memahami karakteristik ini adalah langkah awal yang krusial dalam merumuskan kebijakan kesehatan yang tepat dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat di daerah terpencil. Peraturan Presiden (Perpres) No 63 Tahun 2020 Tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2020-2024, pada **Pasal 2 Ayat (1)** menyebutkan bahwa suatu daerah ditetapkan sebagai berdasarkan kriteria:

1. Perekonomian masyarakat;
2. Sumber daya manusia;
3. Sarana dan prasarana;

4. Kemampuan keuangan daerah;
5. Aksesibilitas; dan
6. Karakteristik daerah.

Daerah terpencil sering kali menghadapi tantangan kesehatan yang signifikan, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup masyarakat. Profil kesehatan di daerah ini mencakup berbagai aspek, termasuk prevalensi penyakit, akses terhadap layanan kesehatan, dan faktor-faktor sosial yang mempengaruhi kesehatan.

Daerah terpencil di Indonesia sering kali memiliki populasi yang lebih muda dengan tingkat migrasi yang rendah. Hal ini dapat mempengaruhi dinamika kesehatan, di mana kelompok usia muda mungkin lebih rentan terhadap penyakit infeksi dan masalah kesehatan reproduksi. Data epidemiologi menunjukkan bahwa daerah terpencil sering kali memiliki tingkat prevalensi penyakit menular yang lebih tinggi, seperti tuberkulosis dan malaria.

Penyakit menular seperti diare, malaria, dan tuberkulosis masih menjadi masalah utama di daerah terpencil. Menurut WHO (2024), akses yang terbatas terhadap layanan kesehatan dan sanitasi yang buruk berkontribusi pada tingginya angka kejadian penyakit ini. Selain penyakit menular, penyakit tidak menular seperti hipertensi dan diabetes juga mulai meningkat.

Akses terhadap layanan kesehatan di daerah terpencil sering kali terbatas oleh faktor geografis, infrastruktur yang buruk, dan kurangnya tenaga kesehatan. Menurut penelitian oleh Soewondo *et al.* (2019), sebanyak 36% rumah tangga mengobati diri sendiri ketika sakit. Disebutkan dalam penelitian tersebut bahwa akses ke fasilitas kesehatan primer (puskesmas) perlu ditingkatkan, karena akses yang buruk atau sulit bisa menghalangi niat masyarakat untuk berkunjung ke Puskesmas (Soewondo *et al.*, 2019).

Kedua, kondisi kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) hanya 40% dari populasi di daerah terpencil yang memiliki akses ke fasilitas kesehatan dasar. Kualitas layanan kesehatan juga menjadi perhatian. Banyak fasilitas kesehatan di daerah terpencil kekurangan peralatan dan obat-obatan, yang dapat mempengaruhi hasil kesehatan. Profil kesehatan di daerah terpencil menunjukkan tantangan yang kompleks dan beragam. Dengan prevalensi penyakit yang tinggi dan akses yang terbatas terhadap layanan kesehatan, penting untuk mengembangkan kebijakan yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

C. Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

Undang-Undang nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan, meskipun tidak menyebutkan secara eksplisit daerah terpencil, memiliki banyak ketentuan yang secara tersirat mengakomodir kepentingan layanan kesehatan di wilayah tersebut.

Pertama, dalam **Pasal 28**, diatur mengenai kewajiban pemerintah untuk menyediakan fasilitas kesehatan yang memadai bagi seluruh masyarakat. **Pasal 28 (1)** menyebutkan bahwa Pemerintah pusat dan pemerintah daerah wajib menyediakan akses pelayanan kesehatan primer dan lanjutan di seluruh wilayah Indonesia. Hal ini menunjukkan komitmen pemerintah untuk meningkatkan infrastruktur kesehatan di semua wilayah, termasuk daerah terpencil yang sering kali mengalami kekurangan fasilitas. Dengan adanya ketentuan ini, pemerintah diharapkan untuk memperhatikan kondisi dan kebutuhan khusus daerah terpencil dalam penyediaan layanan kesehatan.

Selanjutnya, **Pasal 10 Ayat (1) dan Pasal 202** mengatur mengenai ketersediaan tenaga kesehatan. Disebutkan bahwa pemerintah pusat dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya kesehatan yang adil dan merata bagi

seluruh Masyarakat. **Pasal 204** menyebutkan bahwa pemerintah memperhatikan kebutuhan daerah dalam merencanakan tenaga Kesehatan. Meskipun tidak secara khusus ditujukan kepada daerah terpencil, keharusan untuk memastikan jumlah tenaga kesehatan yang cukup dapat diartikan sebagai upaya untuk menjangkau setiap lapisan masyarakat, termasuk mereka yang berada di lokasi yang sulit dijangkau. Ini menegaskan bahwa perhatian terhadap daerah terpencil merupakan bagian dari tanggung jawab pemerintah dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Selain itu, partisipasi masyarakat dalam pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan yang diatur dalam **Pasal 29**, juga menjadi elemen penting. Disebutkan pada **Pasal 29 (1)** bahwa masyarakat dapat berpartisipasi untuk pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Sedangkan pada **Ayat (3)** di Pasal yang sama dikatakan bahwa pembangunan fasilitas pelayanan Kesehatan harus mempertimbangkan kebutuhan pelayanan kesehatan di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan, termasuk untuk kebutuhan wahana pendidikan.

Pasal 15 mengatur tentang kebijakan di daerah. Dalam melaksanakan tanggung jawab, Pemerintah Daerah dapat menetapkan kebijakan daerah dengan mengacu pada norma, standar, prosedur, dan kriteria pembangunan kesehatan yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa meskipun undang-undang nomor 17 tahun 2023 tidak mengatur secara spesifik mengenai daerah terpencil, prinsip-prinsip yang terkandung dalam undang-undang tersebut secara keseluruhan mencerminkan perhatian dan komitmen terhadap peningkatan layanan kesehatan di semua wilayah, termasuk daerah terpencil.

Terlihat bahwa ada upaya untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan dapat diakses dengan baik di daerah terpencil, serta mendorong partisipasi masyarakat dalam pembangunan fasilitas kesehatan.

D. Peraturan Pemerintah No 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan

Peraturan pemerintah nomor 28 tahun 2024 muncul sebagai langkah konkret dalam pelaksanaan undang-undang nomor 17 tahun 2023 tentang kesehatan. PP ini bertujuan untuk mengatur lebih lanjut berbagai aspek yang diamanatkan oleh undang-undang tersebut, sehingga implementasi kebijakan kesehatan di Indonesia dapat berjalan lebih efektif dan terarah.

Salah satu fokus utama dari PP no. 28/2024 adalah penyediaan layanan kesehatan yang merata di seluruh wilayah, termasuk daerah terpencil dan kurang berkembang. Bagian ke 26 yang mencakup Pasal 540 sampai dengan 548 khusus membahas pelayanan kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan atau daerah tidak diminati. Peraturan ini memberikan pedoman bagi pemerintah daerah dan kementerian terkait untuk merumuskan kebijakan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat. Hal ini sangat penting, mengingat aksesibilitas layanan kesehatan sering kali menjadi tantangan besar di wilayah yang sulit dijangkau.

PP ini juga mengatur tentang pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan, yang merupakan salah satu aspek penting dalam undang-undang kesehatan. Dengan adanya ketentuan mengenai ketersediaan tenaga kesehatan, pemerintah diharapkan dapat lebih responsif dalam mengatasi kekurangan tenaga medis di daerah terpencil, memastikan bahwa setiap masyarakat dapat

mengakses layanan kesehatan yang berkualitas.

Selain itu, PP no. 28/2024 menekankan pentingnya partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan layanan kesehatan. Ini sejalan dengan prinsip yang diatur dalam Undang-Undang nomor 17 tahun 2023, di mana suara masyarakat menjadi faktor penting dalam merumuskan kebijakan kesehatan. Dengan mengikutsertakan masyarakat, kebijakan yang diambil diharapkan lebih relevan dan sesuai dengan kebutuhan lokal. Dengan demikian, Peraturan Pemerintah nomor 28 tahun 2024 merupakan langkah strategis dalam mewujudkan visi dan misi Undang-Undang nomor 17 tahun 2023 tentang kesehatan. Melalui pengaturan yang lebih rinci dan fokus pada implementasi, diharapkan layanan kesehatan di seluruh Indonesia, terutama di daerah terpencil, dapat ditingkatkan, sehingga masyarakat mendapatkan hak mereka untuk kesehatan yang lebih baik dan merata.

E. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil Dan Sangat Terpencil

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil. Dalam konsideran, dinyatakan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Pertimbangan a). Hal ini menjadi landasan utama bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di kawasan terpencil.

Pasal 8 dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 90 Tahun 2015 menguraikan kriteria kesulitan akses untuk menetapkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan di kawasan terpencil dan sangat terpencil. Berikut adalah detail dari kriteria tersebut:

1. **Wilayah Sulit Dijangkau atau Rawan Bencana:**

Fasilitas harus berada di daerah yang secara geografis sulit dijangkau, seperti pulau kecil, gugus pulau, atau daerah pesisir yang memiliki risiko bencana alam.

2. **Akses Transportasi Umum:**

Terdapat akses transportasi umum yang sangat terbatas, yaitu hanya satu kali dalam seminggu. Ini menunjukkan bahwa fasilitas tersebut tidak dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat.

3. **Jarak Tempuh dari Ibukota Kabupaten:**

Jarak pulang pergi dari ibukota kabupaten memerlukan waktu lebih dari 6 jam. Kriteria ini menunjukkan bahwa waktu yang dibutuhkan untuk mencapai fasilitas tersebut cukup lama, yang menyulitkan akses bagi pasien.

4. **Penghalangan Transportasi oleh Cuaca:**

Transportasi yang ada dapat terhalang oleh kondisi iklim atau cuaca, seperti hujan lebat atau bencana alam, yang dapat mengganggu aksesibilitas secara tiba-tiba.

5. **Kesulitan Pemenuhan Bahan Pokok:**

Terdapat kesulitan dalam memenuhi kebutuhan dasar, seperti bahan pokok, yang menunjukkan bahwa masyarakat di area tersebut mungkin mengalami kesulitan dalam mendapatkan kebutuhan sehari-hari.

6. **Kondisi Keamanan yang Tidak Stabil:**

Wilayah tersebut mungkin mengalami kondisi keamanan yang tidak stabil, yang dapat mengancam keselamatan masyarakat dan petugas kesehatan, serta menghambat akses ke fasilitas kesehatan.

Pada **Pasal 3** dikatakan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan di kawasan terpencil harus memperhatikan karakteristik daerah dan kebutuhan masyarakat. **Pasal 21** menekankan bahwa

pelayanan kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Jika tenaga kesehatan tidak tersedia, pemerintah harus melakukan pemindahan atau pelatihan untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

F. Peraturan Menteri Kesehatan No 19 Tahun 2024 Tentang Penyelenggaraan Puskesmas

Peraturan menteri kesehatan nomor 19 tahun 2024 tentang penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) memiliki implikasi yang signifikan terhadap pelayanan kesehatan di daerah terpencil. Dalam upaya meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan, peraturan ini memiliki beberapa kelebihan dan kekurangan yang perlu diperhatikan.

Peraturan ini menekankan pentingnya pelayanan kesehatan primer yang komprehensif, termasuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif. Hal ini mendukung upaya untuk memperbaiki kesehatan masyarakat secara menyeluruh dan dapat berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup di daerah terpencil. Salah satu poin positif dari peraturan ini adalah keharusan untuk mendirikan Puskesmas minimal di setiap kecamatan (**Pasal 10 Ayat (1)**). Ini merupakan langkah awal yang penting untuk memastikan bahwa layanan kesehatan primer dapat diakses oleh masyarakat, termasuk di daerah terpencil. Dengan adanya Puskesmas, warga di wilayah yang jauh dari pusat kota dapat memperoleh layanan kesehatan yang lebih dekat.

Penetapan standar persyaratan untuk sumber daya manusia kesehatan dan perbekalan kesehatan merupakan upaya menjaga dan meningkatkan mutu layanan di Puskesmas.

Pasal 29 dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 mengatur tentang persyaratan dan prosedur yang harus dipenuhi oleh Puskesmas, khususnya di daerah terpencil.

Konsekuensi dari ketentuan ini dapat dilihat dari berbagai sudut pandang, baik positif maupun negatif.

Kebijakan Pasal 29 ini memberikan nilai positif sebagai berikut:

1. **Peningkatan Aksesibilitas:** Dengan adanya ketentuan khusus untuk Puskesmas di daerah terpencil, diharapkan aksesibilitas layanan kesehatan dapat meningkat. Ini penting, mengingat masyarakat di wilayah tersebut sering kali mengalami kesulitan dalam mencapai fasilitas kesehatan.
2. **Fleksibilitas dalam Implementasi:** Pasal ini memberikan kelonggaran dalam memenuhi persyaratan tertentu, sehingga Puskesmas di daerah terpencil dapat lebih mudah beroperasi. Hal ini memungkinkan layanan kesehatan tetap berjalan meski dalam keterbatasan sumber daya.
3. **Pemberdayaan Masyarakat:** Dengan memudahkan pendirian Puskesmas, masyarakat di daerah terpencil dapat lebih terlibat dalam pengelolaan dan pengawasan layanan kesehatan, sehingga meningkatkan rasa kepemilikan dan tanggung jawab terhadap kesehatan mereka.

Namun demikian implikasi negatif yang bisa terjadi, antaranya:

1. **Standar yang berpotensi Menurun:** Kelonggaran dalam persyaratan dapat menyebabkan standar pelayanan kesehatan menjadi tidak konsisten. Dalam beberapa kasus, hal ini dapat berujung pada kualitas layanan yang lebih rendah, yang pada akhirnya dapat merugikan masyarakat.
2. **Risiko Ketidakmerataan:** Meski ada upaya untuk mempermudah pendirian Puskesmas, risiko ketidak-

merataan dalam distribusi sumber daya tetap ada. Beberapa daerah mungkin tetap terabaikan jika tidak ada perhatian yang cukup dari pemerintah.

3. **Beban pada Tenaga Kesehatan:** Dengan adanya Puskesmas yang mungkin tidak memenuhi semua persyaratan, tenaga kesehatan yang bekerja di daerah tersebut mungkin harus menghadapi beban kerja yang lebih berat. Hal ini dapat mengakibatkan kelelahan dan mengurangi kualitas pelayanan.

Pasal 29 dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 19 Tahun 2024 memiliki konsekuensi yang signifikan bagi pelayanan kesehatan di daerah terpencil. Meskipun memberikan peluang untuk meningkatkan akses dan fleksibilitas, perhatian harus diberikan untuk memastikan bahwa kualitas layanan tetap terjaga dan tidak ada daerah yang terabaikan. Upaya kolaboratif antara pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta sangat diperlukan untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas.

G. Tantangan Kebijakan Kesehatan Daerah Terpencil

Kebijakan kesehatan di daerah terpencil seringkali dihadapkan pada berbagai tantangan yang kompleks dan saling terkait. Salah satu tantangan utama adalah keterbatasan infrastruktur kesehatan yang memadai. Banyak daerah terpencil tidak memiliki fasilitas kesehatan yang cukup, seperti rumah sakit atau Puskesmas, sehingga akses masyarakat terhadap layanan kesehatan menjadi sangat terbatas. Hal ini menyebabkan masyarakat di daerah tersebut kesulitan untuk mendapatkan perawatan yang diperlukan, yang pada gilirannya dapat memperburuk kondisi kesehatan mereka.

Selain itu, kurangnya tenaga kesehatan yang berkualitas di daerah terpencil juga menjadi masalah signifikan. Banyak tenaga kesehatan enggan untuk bekerja di daerah terpencil karena faktor-faktor seperti gaji yang rendah, kurangnya fasilitas, dan tantangan dalam kehidupan sehari-hari. Akibatnya, terjadi kesenjangan dalam pelayanan kesehatan, di mana masyarakat tidak mendapatkan layanan yang memadai. Penelitian menunjukkan bahwa distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata ini berkontribusi pada tingginya angka kematian dan morbiditas di daerah terpencil.

Faktor transportasi dan mobilitas juga merupakan tantangan yang tidak bisa diabaikan. Masyarakat di daerah terpencil sering kali harus menempuh jarak jauh dan menghadapi medan yang sulit untuk mencapai fasilitas kesehatan. Hal ini sering kali mengakibatkan penundaan dalam mendapatkan perawatan medis yang diperlukan, yang dapat berakibat fatal dalam situasi darurat [1]. Keterbatasan akses transportasi ini juga menghambat distribusi obat dan peralatan medis yang diperlukan untuk menjaga kesehatan masyarakat.

Keterbatasan dalam akses teknologi informasi dan komunikasi juga menjadi penghalang dalam implementasi kebijakan kesehatan yang efektif. Di era digital ini, banyak layanan kesehatan yang beralih ke *telemedicine*, namun daerah terpencil sering kali tidak memiliki koneksi internet yang memadai untuk mendukung layanan tersebut. Hal ini mengakibatkan masyarakat di daerah terpencil tidak dapat memanfaatkan teknologi yang dapat meningkatkan akses dan kualitas layanan Kesehatan.

Daerah terpencil di Indonesia juga menghadapi tantangan dalam mengelola perubahan pola penyakit, termasuk meningkatnya penyakit tidak menular. Pendekatan pencegahan yang lebih holistik diperlukan untuk mengatasi masalah ini, namun sering kali sulit diterapkan di daerah dengan sumber daya terbatas.

Rendahnya pengetahuan serta kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan dan akses layanan kesehatan juga menjadi tantangan. Edukasi yang kurang memadai mengenai kesehatan dapat mengakibatkan masyarakat tidak memanfaatkan layanan yang tersedia

Mengatasi tantangan ini memerlukan pendekatan yang komprehensif dan kolaboratif antara pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat lokal untuk memastikan bahwa setiap individu, tanpa memandang lokasi, dapat mengakses layanan kesehatan yang berkualitas.

H. Praktik Baik Kebijakan Kesehatan untuk Daerah Terpencil di Negara Lain

Contoh kebijakan sukses di negara lain untuk kesehatan di daerah terpencil dapat dilihat dari beberapa inisiatif yang telah diterapkan di berbagai negara. Berikut adalah contoh di India dan Brasil yang menunjukkan keberhasilan dalam meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan di daerah terpencil:

1. Program Tenaga Kesehatan Sukarela di India.

India telah menerapkan program yang melibatkan tenaga sukarela (walaupun menerima insentif), yang dikenal sebagai “ASHA” (*Accredited Social Health Activists*). Program ini merupakan misi dari *National Rural Health* India yang dicetuskan tahun 2005. Program ini melibatkan perempuan dari komunitas lokal yang dilatih untuk melakukan kunjungan rumah, memberikan informasi kesehatan, pendampingan untuk kesehatan reproduksi dan anak (*Reproductive & Child Health*) dan program perawatan kesehatan lain, serta pembangunan toilet rumah tangga (Ministry of Health & Family Welfare Government of India, 2024).

Pekerja ASHA di India merupakan elemen kunci dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat, terutama di daerah pedesaan. Dengan lebih dari satu juta anggota, mereka berfungsi sebagai penghubung antara masyarakat dan sistem kesehatan formal, memastikan bahwa layanan kesehatan primer dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat (WHO, 2021). Pada Pembukaan Pertemuan Tingkat Tinggi WHO tahun 2022, pekerja ASHA mendapatkan penghargaan *Global Health Leader* karena pentingnya peranan mereka dalam sistem Kesehatan (WHO, 2022). Keberadaan ASHA juga menyumbang peningkatan penggunaan kontrasespsi modern pada perempuan (Moughalian *et al*, 2024).

Melalui program-program yang mereka jalankan, pekerja ASHA tidak hanya mendukung perawatan maternal dan imunisasi, tetapi juga berkontribusi dalam pengendalian penyakit menular, yang menjadi tantangan utama dalam kesehatan masyarakat modern. Dengan pendekatan berbasis komunitas, mereka mampu menjawab kebutuhan kesehatan masyarakat secara lebih efektif, menciptakan dampak positif yang signifikan terhadap indikator kesehatan di tingkat lokal.

2. **Model Pelayanan Kesehatan Berbasis Komunitas di Brasil.**

Brasil mengembangkan model pelayanan kesehatan primer berbasis komunitas dikenal sebagai “*Program Saúde da Família (PSF)*” atau program Kesehatan Keluarga, terutama daerah pedesaan. Model ini melibatkan tim kesehatan yang terdiri dari dokter, perawat, dan agen kesehatan masyarakat untuk memberikan layanan Kesehatan preventif dan kuratif. Tim ini memberikan

layanan kesehatan secara langsung kepada masyarakat, termasuk di daerah terpencil. *Program Saúde da Família* disebutkan berkontribusi memperbaiki aspek akses pada layanan kesehatan, perlindungan finansial, kualitas layanan, efisiensi sistem, dampak kesehatan, dan ekuitas yang hampir setara dengan negara-negara anggota OECD (*Organization for Economic Cooperation and Development*) (Macinko and Mendonça, 2018). **Penelitian sebelumnya oleh Dourado, et al (2011) juga menunjukkan pengaruh program Kesehatan Keluarga (PSF) ini dalam menurunkan tingkat rawat inap di Brasil.**

I. Mengatasi Keterbatasan Tenaga Kesehatan di Daerah Terpencil

Pada tahun 2023 terdapat 11,5% Puskesmas dengan status kekurangan dokter, di sisi lain terdapat sebanyak 59,1% Puskesmas kelebihan dokter (Kemenkes RI, 2024). Sama seperti permasalahan distribusi tenaga kesehatan lainnya, jumlah dokter spesialis juga menunjukkan ketimpangan antara wilayah barat dan timur (Kemenkes RI, 2024). Profil Kesehatan Indonesia 2023 mengemukakan bahwa sebagian besar dokter spesialis yang melakukan pelayanan di rumah sakit terkonsentrasi di Pulau Jawa Bali (66,2%) dan Sumatera (18%). Sedangkan 15,8% lainnya tersebar di pulau Nusa Tenggara, Kalimantan, Sulawesi, Maluku, dan Papua (Kemenkes RI, 2024). Distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata menjadi masalah serius. Banyak tenaga kesehatan enggan untuk bekerja di daerah terpencil karena faktor-faktor seperti gaji yang rendah, kurangnya fasilitas, dan tantangan dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini menyebabkan kekurangan tenaga kesehatan yang berdampak pada kualitas pelayanan.

UU no.8 tahun 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana menjadi dasar hukum penting dalam pengaturan distribusi tenaga kesehatan di Indonesia pada orde baru di Indonesia. Regulasi ini tidak hanya menyoar tenaga Kesehatan, disebutkan adalah dokter umum, dokter gigi, dokter hewan, apoteker dan akuntan. Selanjutnya terdapat Peraturan Pemerintah No 1 tahun 1988 tentang Masa Bakti Dan Praktek Dokter Dan Dokter Gigi, focus kebijakan ini mewajibkan dokter dan dokter gigi untuk menjalankan masa bakti paling lama 5 tahun. Tujuan kebijakan ini adalah pemerataan akses pelayanan Kesehatan dan penyebaran dokter umum dan dokter gigi untuk seluruh masyarakat, termasuk di daerah terpencil.

Masih pada masa orde baru, kemudian terbitlah Keputusan Presiden No 37 Tahun 1991 Tentang Pengangkatan Dokter Sebagai Pegawai Tidak Tetap Selama Masa Bakti. Keppres ini menjadi dasar hukum penetapan kewajiban dokter untuk menjalankan masa bakti sebagai Pegawai Tidak Tetap (PTT) (Pasal 4).

Kewajiban melaksanakan masa bakti ini dikemudian hari dianggap sebagai sebuah pelanggaran Hak Azasi Manusia (HAM) (Wiyanti dan Widiyani, 2018). Keterbatasan tenaga kesehatan di daerah terpencil di Indonesia tetap merupakan tantangan signifikan yang sangat mempengaruhi kualitas layanan kesehatan.

Beberapa alternatif rekomendasi kebijakan yang seharusnya bisa dilakukan di antaranya adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan Pelatihan dan Pendidikan

Salah satu solusi utama untuk mengatasi keterbatasan tenaga kesehatan adalah dengan meningkatkan pelatihan dan pendidikan bagi tenaga kesehatan lokal. Program pendidikan yang dirancang khusus untuk memenuhi kebutuhan masyarakat di daerah terpencil dapat membantu menciptakan tenaga kesehatan yang lebih terampil dan siap pakai. Misalnya, program pelatihan

berbasis komunitas dapat diimplementasikan untuk melatih tenaga kesehatan lokal dalam keterampilan dasar medis dan manajemen kesehatan.

2. Insentif dan Dukungan untuk Tenaga Kesehatan

Memberikan insentif kepada tenaga kesehatan yang bersedia bekerja di daerah terpencil juga merupakan langkah penting. Insentif ini bisa berupa tunjangan finansial, fasilitas perumahan, atau kesempatan untuk pengembangan karir. Penelitian menunjukkan bahwa insentif yang tepat dapat meningkatkan motivasi tenaga kesehatan untuk bertahan dan bekerja di daerah terpencil, sehingga mengurangi kekurangan tenaga medis.

3. Penggunaan Teknologi dan *Telemedicine*

Teknologi, terutama *telemedicine*, dapat menjadi alat yang efektif untuk mengatasi kekurangan tenaga kesehatan. Dengan memanfaatkan *telemedicine*, tenaga kesehatan yang berada di daerah terpencil dapat berkonsultasi dengan spesialis di lokasi lain, sehingga meningkatkan kualitas diagnosis dan perawatan yang diberikan. Selain itu, pelatihan jarak jauh melalui platform *online* dapat membantu tenaga kesehatan di daerah terpencil untuk terus belajar dan mengembangkan keterampilan mereka.

4. Kolaborasi dengan Organisasi Non-Pemerintah (NGO)

Kerja sama dengan organisasi non-pemerintah juga dapat membantu mengatasi kekurangan tenaga kesehatan. Banyak NGO yang memiliki program untuk mendukung kesehatan masyarakat di daerah terpencil, termasuk penyediaan tenaga kesehatan sukarela atau program pelatihan. Kolaborasi ini dapat memperkuat kapasitas layanan kesehatan di daerah yang kurang terlayani.

5. Pengembangan Kebijakan yang Mendukung

Pemerintah juga perlu mengembangkan kebijakan yang mendukung penempatan dan pengembangan tenaga kesehatan di daerah terpencil. Kebijakan ini dapat mencakup program beasiswa untuk mahasiswa kedokteran yang bersedia bekerja di daerah terpencil setelah lulus, serta program penempatan yang memastikan bahwa tenaga kesehatan didistribusikan secara merata ke seluruh wilayah.

J. Implementasi *Telemedicine* di Daerah dengan Infrastruktur Internet Terbatas

Pasal 29 dalam peraturan menteri kesehatan nomor 19 tahun 2024 memiliki beberapa pendekatan untuk mengatasi kendala geografis di daerah terpencil, salah satunya adalah penggunaan teknologi informasi dan komunikasi untuk meningkatkan layanan kesehatan, seperti *telemedicine*. Hal ini sangat penting di daerah terpencil, di mana akses fisik ke fasilitas kesehatan mungkin sulit. Dengan *telemedicine*, masyarakat dapat mengakses konsultasi medis tanpa harus melakukan perjalanan jauh.

Implementasi *telemedicine* di daerah dengan infrastruktur internet terbatas memerlukan pendekatan yang kreatif dan adaptif. Berikut adalah beberapa strategi yang dapat digunakan:

1. **Penggunaan Jaringan Seluler**

Memanfaatkan jaringan seluler yang lebih luas daripada *internet broadband*. Layanan *telemedicine* dapat diakses melalui aplikasi yang mendukung koneksi seluler. Aplikasi yang ringan dan dioptimalkan untuk penggunaan data rendah, memungkinkan konsultasi medis melalui SMS atau panggilan suara.

2. **Telemedicine Berbasis SMS**

Di daerah dengan koneksi internet yang sangat terbatas, layanan kesehatan dapat menggunakan SMS untuk konsultasi dan pengingat kesehatan. Masyarakat dapat mengirimkan pesan teks untuk bertanya tentang gejala, dan tenaga kesehatan dapat memberikan respon atau saran melalui SMS.

3. **Penggunaan Pos Layanan yang Terintegrasi**

Mendirikan pos layanan terintegrasi yang dilengkapi dengan koneksi internet yang lebih baik, di mana masyarakat dapat datang untuk menggunakan layanan *telemedicine*. Masyarakat di desa dapat mengunjungi pos tersebut yang di antaranya menyediakan layanan *telemedicine*, sehingga mereka bisa berkonsultasi dengan dokter tanpa harus memiliki koneksi internet di rumah.

4. **Pelatihan dan Pendampingan**

Melatih tenaga kesehatan lokal untuk menggunakan teknologi *telemedicine* dan memberikan pendampingan kepada masyarakat dalam menggunakan layanan tersebut. Tenaga kesehatan dapat mengunjungi rumah-rumah atau komunitas untuk mengedukasi masyarakat tentang cara mengakses layanan *telemedicine* secara efektif, termasuk penggunaan perangkat sederhana.

5. **Pengembangan Aplikasi Offline**

Membangun aplikasi *telemedicine* yang dapat berfungsi dalam mode *offline* dan hanya memerlukan koneksi internet untuk pengunduhan data atau pembaruan. Aplikasi yang memungkinkan pengguna mengisi kuesioner kesehatan dan menyimpan data lokal, yang kemudian dapat diunggah saat koneksi internet tersedia.

DAFTAR PUSTAKA

- Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, Turci MA, Macinko J. (2011). Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care*, 49(6):577-84 DOI: 10.1097/MLR.0b013e31820fc39f
- Garchitorena A, Ihantamalala FA, Révillion C, Cordier LF, Randriamihaja M, Razafinjato B, Rafenoarivamalala FH, Finnegan KE, Andrianirinarison JC, Rakotonirina J, Herbreteau V, Bonds MH. (2021). Geographic barriers to achieving universal health coverage: evidence from rural Madagascar. *Health Policy Plan*. Nov 11;36(10):1659-1670. doi: 10.1093/heapol/czab087. PMID: 34331066; PMCID: PMC8597972.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Laporan Tahunan Kesehatan 2022*. Jakarta: Kemenkes RI
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Profil Kesehatan Indonesia 2023*. Jakarta: Kemenkes RI
- Keputusan Presiden No 37 Tahun 1991 Tentang Pengangkatan Dokter Sebagai Pegawai Tidak Tetap Selama Masa Baktiwiyanti
- Macinko, J.; Mendonça, C.S. (2018). The Family Health Strategy, A Strong Model Of Primary Health Care That Delivers Results. *Saúde debate* 42 (spe1). <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
- Ministry of Health & Family Welfare Government of India (2024). About Accredited Social Health Activist (ASHA), viewed 5 Januari 2024. (<https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=1&sublinkid=150&lid=226>)

- Moughalian, C., Almansa, J., Vogt, T., Biesma, R., Täuber, S., Rao, A., Srivastava, A., and Stekelenburg, J. (2024). The impact of accredited sosial health activists in India on uptake of modern contraception: A nationally representative multilevel modelling study. *Global Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1080/17441692.2024.2329216>
- OECD (2020), Improving Governance with Policy Evaluation: Lessons From Country Experiences, OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/89b1577d-en>
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 Tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 90 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil Dan Sangat Terpencil.
- Peraturan Pemerintah No 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan
- Peraturan Pemerintah No 1 tahun 1988 tentang Masa Bakti Dan Praktek Dokter Dan Dokter Gigi
- Peraturan Presiden Republik Indonesia No 63 Tahun 2020 Tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2020-2024
- Soewondo, P., Johar, M., Pujisubekti, R., Halimah, Irawati,D.O. (2019). Kondisi Kesehatan Masyarakat yang Bermukim di Daerah Tertinggal: Kasus dari Bengkulu, Sulawesi Selatan, dan Nusa Tenggara Timur. *Media Litbangkes*, Vol. 29 No. 4, Desember 2019, 285 – 296
- Undang-Undang Republik Indonesia nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan

Undang-Undang Republik Indonesia no. 8 tahun 1961 tentang
Wajib Kerja Sarjana

World Health Organization (2022). Asha workers win Global
Health Leaders Award, viewed 5 Januari 2024. ([https://
www.who.int/india/india-asha-workers](https://www.who.int/india/india-asha-workers))

World Health Organization (2021). ASHA — The Driving Force
Behind India's Public Health Services, Viewed 5 Januari
2024. ([https://www.who.int/india/news/feature-stories/
detail/asha-the-driving-force-behind-india-s-public-
health-services](https://www.who.int/india/news/feature-stories/detail/asha-the-driving-force-behind-india-s-public-health-services))

Wiyanti, W. dan Widiyanti, R. (2018). Program Wajib Kerja Dokter
Spesialis (WKDS) Dibatalkan?”. ([https://health.detik.
com/berita-detikhealth/d-4351860/program-wajib-kerja-
dokter-spesialis-wkds-dibatalkan](https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-4351860/program-wajib-kerja-dokter-spesialis-wkds-dibatalkan))

BIODATA PENULIS

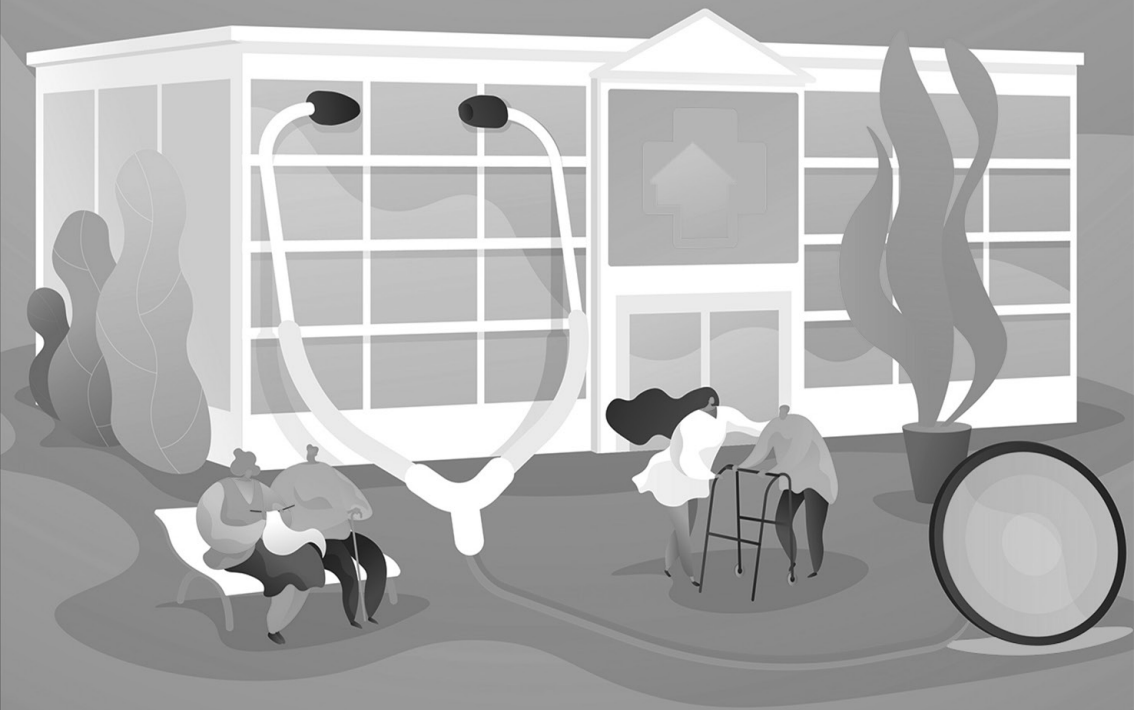


Dr. Ernawaty drg, M.Kes.,
adalah dokter gigi lulusan Fakultas
Kedokteran Gigi Universitas
Airlangga. Memperoleh gelar
Magister Kesehatan dari Fakultas
Kesehatan Masyarakat Universitas
Airlangga, dan gelar Doktor dari
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia.

Saat ini, sebagai staf pengajar di Departemen Administrasi
dan Kebijakan Kesehatan Universitas Airlangga. Sejak tahun
2016 sampai sekarang menjadi Ketua Pusat Layanan Kesehatan
Universitas Airlangga. Sejak tahun 2017 sampai sekarang sebagai

Ketua Minat Manajemen Pemasaran dan Keuangan Pelayanan Kesehatan, Program Magister Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

Pernah menjadi dokter gigi di Puskesmas Baserah dan Puskesmas Taluk Kuantan di Kabupaten Kuantan Sengingi Provinsi Riau. Pengurus Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) Jawa Timur, pengurus Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Indonesia (PKFI) Kota Surabaya serta sebagai Ketua Korwil Jawa Timur Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Primer (LAFKESPRI)., aktif sebagai anggota organisasi profesi Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) Kota Surabaya.



Bab 18

Analisis Kebijakan Kebencanaan

Dra. Rodiyah Soekardi, M.Kes.

A. Pendahuluan

Secara geologis Indonesia berada pada pertemuan dua lempeng besar Eurasia dan Indoaustralia. Indonesia menjadi salah satu negara yang dilalui jalur *Ring of Fire* atau jalur cincin api. Hal ini menyebabkan Indonesia menjadi negara yang dengan potensi bencana yang tinggi karena memiliki beberapa gunung berapi. Oleh karena itu, bencana yang berpeluang terjadi di Indonesia adalah lain gempa bumi dan gunung meletus.

Bencana menurut Pasal 1 UU No. 24 Tahun 2007, adalah rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan yang disebabkan oleh faktor alam, faktor non alam, atau faktor manusia, yang mengakibatkan korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis. Bencana yang disebabkan oleh faktor alam misalnya gempa bumi, gunung meletus, tsunami, dan puting beliung. Bencana yang disebabkan oleh faktor nonalam seperti covid-19. atau faktor manusia. Selain itu, ada bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antarkelompok atau antarkomunitas masyarakat, dan teror. (UU No. 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana.

Mengingat besarnya potensi bencana pemerintah mengeluarkan berbagai kebijakan berkaitan dengan kebencanaan di Indonesia. Pascatsunami Aceh (2004) dan Gempa di Yogyakarta (2006) yang menelan korban ribuan jiwa manusia, kerusakan infrastruktur yang begitu besar pemerintah mengeluarkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana. Undang-undang ini menjelaskan bahwa bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam kehidupan masyarakat serta mengakibatkan adanya korban jiwa, kerugian harta benda, dan beberapa dampak lainnya. didasari oleh bencana

yang terjadi di Provinsi Aceh pada Tahun 2004 dan di Yogyakarta pada Tahun 2006. Kemudian pada tahun 2008 pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana. Kebijakan di bidang kebencanaan dibuat agar dapat menjadi acuan pemerintah baik pusat maupun daerah dalam menjalankan tugasnya menanggulangi bencana di wilayah masing-masing. Lebih lanjut, pemerintah daerah perlu untuk menyusun kebijakan mengenai penanggulangan bencana sesuai dengan karakteristik wilayah dan potensi bahaya yang ada untuk meminimalisasi dampak bencana.

Menurut *Asian Disaster Reduction Center*, bencana adalah sebuah gangguan terhadap manusia yang mengakibatkan banyak kerugian secara luas yang dirasakan secara langsung oleh manusia, alam yang di mana dampak yang ditimbulkan melebihi sebuah kemampuan manusia (Wijayanto, 2012). Bencana muncul ketika masyarakat mempunyai kapasitas yang lebih rendah dibandingkan dengan risiko yang mungkin terjadi melebihi kemampuan manusia (Khaldun.2019). Oleh karena itu mitigasi bencana melalui penguatan kapasitas warga yang tinggal di kawasan rawan bencana menjadi sangat penting. Meskipun demikian, manusia bukan satu-satunya komponen yang dapat mengurangi kemungkinan terjadinya bencana, risiko terjadi karena faktor non-alam, seperti lingkungan alam dan lingkungan buatan. Karena setiap daerah memiliki karakteristik masing-masing, ketahanan masyarakat terhadap bencana dan tingkat kerentanannya berbeda. Apabila kelompok rentan memiliki kapasitas lebih rendah dari tingkat bahaya tersebut atau bahkan menjadi salah satu sumber ancaman maka menjadi bencana (Paripurno, 2008 dalam Cahyani, 2020).

Dalam penanggulangan bencana hal yang sangat penting adalah adanya kajian risiko bencana. Kajian risiko bencana

dilakukan dengan memperhitungkan komponen potensi bahaya (*hazard*), kerentanan (*vulnerability*), dan kapasitas (*capacity*) di setiap wilayah. Komponen bahaya adalah fenomena alam yang dapat menyebabkan bencana seperti gempa bumi, letusan gunung api, tsunami, banjir, dan lainnya. Komponen kerentanan meliputi (1) kondisi fisik, (2) sosial budaya, (3) ekonomi, dan (4) lingkungan yang berpeluang besar terjadi bencana. Sementara, komponen kapasitas meliputi unsur ketahanan daerah termasuk kebijakan dan kelembagaan, pendidikan dan pelatihan, logistik, kapasitas mitigasi, pencegahan, kesiapsiagaan dan penanganan darurat; dan kapasitas pemulihan. Buku Indeks Risiko Bencana (BNPB, 2023).

Berikut adalah gambaran beberapa bencana di Indonesia pada tahun 2022. Tercatat jumlah kejadian bencana sebanyak 3.544 kejadian (sumber Data Infografis Bencana Indonesia tanggal 31 Desember 2022), yang terdiri dari bencana banjir (1.531 kejadian), cuaca ekstrem (1.068 kejadian), tanah longsor (634 kejadian), kebakaran hutan dan lahan (252 kejadian), gempa bumi (28 kejadian), gelombang ekstrem dan abrasi (26 kejadian), kekeringan (4 kejadian), dan erupsi Gunung Aoi (1 kejadian). Kejadian bencana ini mengakibatkan 6.144.324 jiwa menderita dan mengungsi, 861 jiwa meninggal dunia, 46 jiwa hilang, dan 8.727 jiwa mengalami luka-luka sebagai dampak bencana di tahun ini. Selain itu, infrastruktur yang terdampak bencana adalah sebanyak 95.403 unit rumah rusak (terdiri dari 20.205 unit rusak berat, 23.213 unit rusak sedang, dan 51.985 unit rusak ringan), 1.983 unit fasilitas rusak (terdiri dari 1.241 unit fasilitas pendidikan, 95 unit fasilitas kesehatan, dan 647 unit fasilitas peribadatan), 163 unit perkantoran rusak, dan 342 unit jembatan rusak. Selain bencana yang disebabkan oleh fenomena alam, Indonesia juga masih terus berupaya menanggulangi

bencana yang disebabkan oleh faktor non alam seperti Covid-19 dan Penyakit Mulut dan Kuku (BNPB, 2023).

Melihat kondisi tersebut, dipandang perlu dilakukan upaya pengelolaan risiko bencana untuk menekan sekecil mungkin kerugian yang timbul akibat bencana. Upaya pengelolaan risiko bencana ini didasari dengan pemahaman risiko bencana yang diperoleh melalui kajian risiko bencana. Informasi risiko bencana tersebut kemudian dijadikan sebagai salah satu dasar dalam perumusan berbagai upaya penanggulangan bencana. Penentuan tingkat risiko bencana sudah dilakukan Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) sejak tahun 2008. Pada tahun 2009, BNPB menerbitkan status kebencanaan melalui Indeks Kerawanan Bencana Indonesia yang diperbaharui dengan Indeks Rawan Bencana Indonesia pada tahun 2011. Sejak tahun 2013, BNPB menerbitkan Indeks Risiko Bencana Indonesia. Perubahan terminologi dari “rawan” menjadi “risiko” menunjukkan perubahan substansi dari penilaian dampak bencana (korban jiwa, kerusakan atau kerugian) menjadi penilaian potensi kehilangan atau kerugian (risiko). Dalam indeks risiko, tingkat kebencanaan dinilai berdasarkan komponen penyusunnya, yaitu bahaya, kerentanan, dan kapasitas pemerintah dalam menghadapi bencana.

Penilaian tingkat risiko berdasarkan potensi kerugian di atas memungkinkan adanya perhitungan capaian upaya pengurangan risiko bencana di suatu wilayah. Risiko bencana akan mengalami penurunan atau peningkatan dengan adanya perubahan pada komponen tersebut. Dengan demikian, program atau kegiatan yang berkaitan dengan pengurangan kerentanan atau peningkatan kapasitas dapat dilihat kontribusinya secara kuantitatif dalam bentuk penurunan indeks risiko bencana. Penilaian secara berkala terhadap indeks risiko ini dapat menjadi perangkat pemantauan

dan evaluasi terhadap capaian program penanggulangan bencana pada periode tertentu.

Menurut BNPB, 2003 Indeks Risiko Bencana Indonesia (IRBI) ini dihitung berdasarkan rumus berikut:

$$Risk = Hazard \times \frac{Vulnerability}{Capacity}$$

Di mana *hazard* (bahaya) dihitung berdasarkan probabilitas spasial, frekuensi dan kekuatan (*magnitude*) dari suatu fenomena alam seperti gempa bumi, banjir, letusan gunung api, dan lainnya. *Vulnerability* (kerentanan) dihitung berdasarkan parameter sosial budaya, ekonomi, fisik dan lingkungan. *Capacity* (kapasitas) dinilai dengan menggunakan pendekatan tingkat ketahanan daerah berdasarkan tujuh prioritas yaitu: (1) Perkuatan kebijakan dan kelembagaan; (2) Pengkajian risiko dan perencanaan terpadu; (3) Pengembangan sistem informasi, diklat dan logistik; (4) Penanganan tematik kawasan rawan bencana; (5) Peningkatan efektivitas pencegahan dan mitigasi bencana; (6) Perkuatan kesiapsiagaan dan penanganan darurat bencana; dan (7) Pengembangan sistem pemulihan bencana. (BNPB. 2023)

B. Analisis Peraturan Badan Nasional Penanggulangan Bencana tentang Rencana Nasional Penanggulangan Bencana Tahun 2020-2024

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2005) kebijakan adalah (1) rangkaian konsep dan asas yang menjadi pedoman dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dan cara bertindak. (2) pernyataan cita-cita tujuan, prinsip, atau maksud sebagai garis pedoman untuk manajemen dalam usaha mencapai sasaran; garis haluan. Istilah ini dapat diterapkan pada

pemerintahan, organisasi dan kelompok sektor swasta, serta individu. Dengan batasan tersebut kebijakan dapat dimaknai bahwa sebuah kebijakan dibuat karena ada masalah yang penyelesaiannya cukup kompleks, membutuhkan persiapan yang matang, melibatkan banyak pihak dan kadang-kadang membutuhkan dana yang cukup besar.

“*Policy*” menurut Lasswell dan Kaplan, kebijakan diartikan sebagai program yang memiliki tujuan yang jelas, tindakan, nilai-nilai, serta aturan yang terarah (Winarno. B, 2022). Melalui upaya bersama antara pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta. Kebijakan pemerintah di bidang kebencanaan. bertujuan untuk meningkatkan ketahanan masyarakat menghadapi bencana, melindungi kehidupan dan aset warga dari potensi bahaya yang ditimbulkan. Untuk itu, perlu terus dilakukan evaluasi dan perbaikan, agar kebijakan tersebut dapat menjadi landasan yang kuat bagi pemerintah dan masyarakat dalam melakukan upaya mitigasi bencana dan hidup lebih aman.

Analisis kebijakan diambil dari berbagai macam disiplin dan profesi yang tujuannya bersifat deskriptif, evaluatif, dan preskriptif. Analisis kebijakan tidak hanya dilakukan pada ilmu sosial dan perilaku tetapi juga administrasi publik, hukum, etika dan berbagai macam cabang analisis sistem dan matematika terapan. Analisis kebijakan dapat menghasilkan informasi dan argumen-argumen yang masuk akal mengenai tiga macam pertanyaan yaitu: 1) Nilai yang pencapaiannya merupakan tolak ukur utama untuk melihat apakah masalah telah teratasi; 2) Fakta yang keberadaannya dapat membatasi atau meningkatkan pencapaian nilai-nilai; 3) Tindakan yang penerapannya dapat menghasilkan pencapaian nilai-nilai. (Meyer & Dunn, 2006 dalam Khaldun dkk. 2019). Nampaknya, kebijakan pemerintah di bidang kebencanaan muncul sejak dua bencana besar terjadi

di Indonesia, yaitu tsunami aceh pada tahun 2004 dengan korban 170.000 jiwa (uptd museum tsunami aceh) dan gempa bumi di Yogyakarta pada tahun 2006 dengan korban 5.760 orang meninggal dunia, 29.277 orang luka berat, dan 7.863 orang luka ringan. Kedua bencana ini seperti mengingatkan pemerintah dan masyarakat Indonesia bahwa mereka tinggal di wilayah dengan potensi bahaya yang cukup besar sehingga perlu kewaspadaan bersama. Oleh karena itu pada tahun 2007 pemerintah indonesia mengeluarkan undang-undang nomor 24 tahun 2007 sebagai rujukan bagi pemerintah daerah untuk menyusun peraturan tentang penanggulangan bencana yang disesuaikan dengan kondisi wilayah dan potensi bencana di daerah tersebut.

Menyadari begitu besar potensi bencana di indonesia, setelah terbitnya undang-undang nomor 24 tahun 2007, pemerintah pusat menerbitkan beberapa kebijakan berkaitan dengan kebencanaan, Misalnya, pada tahun 2009 BNPB menerbitkan status kebencanaan melalui Indeks Kerawanan Bencana Indonesia yang diperbaharui dengan Indeks Rawan Bencana Indonesia pada tahun 2011. Selanjutnya ada beberapa kebijakan berkaitan dengan kebencanaan yang diterbitkan oleh pemerintah. Hal ini dilakukan agar pemerintah dan masyarakat tidak gagap jika terjadi bencana sebagai upaya mitigasi bencana. Mitigasi bencana bertujuan untuk mengenal dan menyadari risiko bencana sehingga mampu merencanakan upaya penanggulangannya.

Salah satu kebijakan pemerintah yang berkaitan dengan kebencanaan adalah Peraturan Badan Nasional Penanggulangan Bencana tentang Rencana Nasional Penanggulangan Bencana Tahun 2020-2024 atau Peraturan BNPB No.7 tahun 2022 tentang Rencana Nasional Penanggulangan Bencana 2022-2024. Peraturan ini berisi 16 Pasal dan dilengkapi dengan lampiran tentang kegiatan yang dilakukan, aksi, indikator, lokasi tugas, kewenangan, dan sumberdaya serta waktu pelaksanaan.

Selanjutnya analisis terhadap peraturan BNPB No 7 tahun 2022 ini dilihat apakah peraturan tersebut telah mencakup 1) nilai sebagai tolak ukur utama untuk melihat bahwa masalah telah teratasi 2) fakta yang keberadaannya dapat membatasi atau meningkatkan pencapaian nilai-nilai 3) tindakan yang penerapannya dapat menghasilkan pencapaian nilai-nilai tersebut. Hal ini penting mengingat kebijakan yang baik harus mencakup tiga kriteria tersebut.

Menurut KBBI (2005) nilai adalah sifat-sifat (hal-hal) yang penting atau berguna bagi kemanusiaan. Mengacu pada pengertian nilai ini Peraturan BNPB No 7 tentang Rencana Penanggulangan Bencana 2020-2024 telah memenuhi kriteria mencakup nilai sebagai tolak ukur utama untuk melihat bahwa masalah telah teratasi. Hal ini secara umum tersirat dalam pasal-pasal yang ada di dalam peraturan tersebut. Misalnya, pada Pasal 4 Ayat (3) Rencana Penanggulangan Bencana 2020-2024 meliputi

1. pengenalan dan pengkajian ancaman bencana;
2. pemahaman tentang kerentanan masyarakat;
3. analisis kemungkinan dampak bencana;
4. pilihan tindakan pengurangan risiko bencana;
5. penentuan mekanisme kesiapan dan penanggulangan dampak bencana; dan
6. alokasi tugas, kewenangan, dan sumber daya yang tersedia.

Dalam Pasal 4 Peraturan BNPB No 7 tahun 2022 disebutkan pengenalan dan pengkajian ancaman bencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 Ayat (3) huruf a, dilakukan melalui: a. pemantauan potensi ancaman bencana yang diperoleh dari kementerian/lembaga terkait; b. penggunaan data indeks risiko bencana; dan c. konsultasi dengan para ahli kebencanaan.

Dari Pasal 4 Ayat 1 di atas kita ketahui bahwa, untuk mengetahui potensi bencana BNPB tidak melakukannya sendirian

atau sebagai single fighter tetapi bekerja sama dengan pihak lain yang dalam hal ini adalah seperti beberapa kementerian. Selain kementerian, pemerintah daerah di mana bencana itu terjadi juga harus dilibatkan karena pemerintah daerah merupakan pihak yang paling mengenal wilayah dan berbagai potensi yang dimiliki, termasuk kearifan lokal yang mungkin dapat dimanfaatkan dalam penanggulangan bencana.

Pada Pasal 4 Ayat 2 dinyatakan pengenalan dan pengkajian ancaman bencana sebagaimana dimaksud pada Ayat (1), diprioritaskan terhadap: a. ancaman bencana geologi; b. ancaman bencana hidrometeorologi; dan c. ancaman bencana nonalam. Artinya, rencana penanggulangan bencana ini diutamakan pada tiga macam bencana tersebut mengingat ketiga bencana tersebut merupakan bencana utama yang sangat mengancam kehidupan manusia. Berdasarkan UU No.24 tahun 2007 yang termasuk bencana geologi yaitu gempa bumi, tsunami, gunung meletus, dan tanah longsor. Bencana hidrometeorologi yaitu banjir, kekeringan, angin topan. Sementara bencana nonalam adalah gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit.

Untuk bencana sosial yaitu bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antarkelompok atau antarkomunitas masyarakat, dan terror belum masuk dalam Rencana Penanggulangan Bencana Nasional 2020-2024. Padahal, bencana sosial juga terjadi dan sering menimbulkan korban jiwa sehingga menimbulkan rasa tidak aman dan tidak nyaman di masyarakat.

Penggunaan data indeks risiko bencana. Hal ini dilakukan untuk efektivitas dan efisiensi kerja para petugas penanggulangan bencana di lapangan. Pengenalan indeks risiko bencana akan sangat membantu dalam penyusunan rencana penanggulan

bencana karena akan sangat membantu memetakan kawasan rawan bencana (KRB) beserta tingkatannya. Untuk ini BNPB telah menerbitkan Buku Indeks Bencana Indonesia pada tahun 2022 untuk 34 provinsi di Indonesia yang disertai dengan table risiko bencana per ancaman dari berbagai macam bencana yang sering terjadi di Indonesia.

Konsultasi dengan para ahli kebencanaan. Bencana selalu identik dengan ketakutan dan ketidaknyamanan. Oleh karena itu, BNPB tidak gegabah dalam setiap tindakan yang berkaitan dengan kebencanaan. Demikian juga dalam pengenalan dan pengkajian ancaman bencana BNPB bekerja sama dengan para pakar kebencanaan agar apa yang dilakukannya tepat guna dan tepat sasaran.

Pemahaman tentang kerentanan masyarakat menghadapi bencana. Dalam hal ini kerentanan masyarakat menghadapi bencana dapat diartikan kepekaan menghadapi bencana. Hal ini sangat penting karena sebagian masyarakat yang tinggal di wilayah rawan bencana sering menganggap tanda bahaya akan munculnya bencana sebagai hal biasa. Oleh karena itu, pemahaman terhadap kerentanan masyarakat perlu dimiliki oleh semua pihak yang terlibat dalam penanggulangan bencana. Dengan demikian, dapat direncanakan langkah-langkah yang tepat sebagai antisipasi jatuhnya korban dalam kejadian bencana.

Berkaitan dengan pemahaman tentang kerentanan masyarakat menghadapi bencana dalam Peraturan BNPB No 7 tertuang dalam Pasal 5 pada Ayat (1) huruf b dinyatakan bahwa pemahaman tentang kerentanan masyarakat terhadap bencana dilakukan melalui: a. identifikasi akar masalah kerentanan sosial, ekonomi dan lingkungan pada kawasan berisiko tinggi; dan b. konsultasi dengan para ahli sosial budaya. Dalam hal ini berarti perlu dilakukan kerja sama dan koordinasi dengan

pemerintah daerah di mana bencana tersebut terjadi. Mengingat bahwa akar masalah kerentanan sosial, ekonomi dan lingkungan pada kawasan berisiko tinggi lebih dipahami oleh pemerintah daerah daripada pemerintah pusat. Langkah ini menjadi lebih komprehensif karena diikuti dengan melakukan konsultasi dengan para ahli sosial budaya. Hal ini penting untuk persepsi yang tepat antara masyarakat, pemerintah daerah dan pemerintah pusat mengenai pemahaman tentang kerentanan masyarakat menghadapi bencana.

Berkaitan dengan latar belakang pemahaman tentang kerentanan masyarakat terhadap bencana tersebut menurut peraturan ini terjadi karena a. masih banyaknya penduduk yang berada di kawasan rawan bencana; b. masih terdapat pembangunan di kawasan rawan bencana; c. meningkatnya luas kawasan rawan bencana; d. belum optimalnya tata kelola, perencanaan, dan pembiayaan/investasi penanggulangan bencana; dan e. terpengaruhnya pertumbuhan ekonomi oleh bencana nonalam. Dengan latar belakang tersebut upaya pemberdayaan masyarakat termasuk para investor terutama di wilayah KRB menjadi sangat penting dalam mitigasi bencana. Hal ini perlu dilakukan untuk menumbuhkan sadar bahaya pada masyarakat, yang pada akhirnya mau bekerja sama dengan pemerintah melakukan upaya penanggulangan bencana.

Analisis kemungkinan dampak bencana. Dampak bencana adalah timbulnya korban dan kerugian dalam setiap kejadian bencana seperti korban jiwa, hilangnya harta benda, trauma dan sebagainya. Untuk meminimalisasi dampak bencana perlu dilakukan analisis dampak bencana sehingga dapat diprediksi lokasi dengan berbagai potensi dampak bencana. Selanjutnya dilakukan upaya menjauhkan masyarakat dari lokasi yang paling berbahaya ke tempat yang lebih aman atau potensi bahayanya lebih kecil.

Untuk analisis kemungkinan dampak bencana. dampak bencana peraturan ini tertuang dalam Pasal 6 analisis yang dimaksud dilakukan dengan mempertimbangkan hasil kajian sebelumnya (pasal 3, 4, dan 5), meliputi: a. meningkatnya risiko bencana geologi; b. meningkatnya risiko bencana hidrometeorologi; c. meningkatnya risiko bencana nonalam; dan d. meningkatnya kebutuhan terhadap penatakelolaan, perencanaan, dan pembiayaan/investasi penanggulangan bencana. Sesungguhnya peningkatan risiko bencana ini terjadi karena perilaku dan sifat egois Sebagian besar manusia. Dengan berbagai alasan mereka merusak alam untuk kepentingan pribadi maupun kelompoknya yang berakibat adanya pemanasan global. Selanjutnya pemanasan global berpengaruh terhadap perubahan iklim yang dampaknya adalah peningkatan berbagai potensi bencana. Tanpa adanya kesadaran masyarakat dan komitmen pimpinan untuk mencintai dan memelihara alam, perilaku masyarakat akan terus meningkatkan potensi bencana.

Pilihan tindakan pengurangan risiko bencana. Dalam hal ini ada beberapa tindakan yang dapat dilakukan untuk mengurangi risiko bencana, misalnya membuat peta rawan bencana, meningkatkan kapasitas masyarakat berkaitan dengan kebencanaan, membuat bangunan tahan gempa, melakukan penghijauan dan sebagainya.

Dalam Pasal 7 peraturan ini dinyatakan bahwa tindakan pengurangan risiko bencana meliputi:

1. penguatan dan harmonisasi peraturan perundang-undangan penanggulangan bencana;
2. penguatan tata kelola penanggulangan bencana;
3. penerapan riset inovasi dan teknologi kebencanaan;
4. peningkatan sarana prasarana dalam pengurangan risiko bencana;

5. penguatan sistem kesiapsiagaan bencana;
6. pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan bencana;
7. peningkatan perlindungan terhadap kerentanan lingkungan di daerah rawan bencana;
8. penguatan sistem dan operasionalisasi penanganan darurat bencana; dan
9. penyelenggaraan rehabilitasi dan rekonstruksi di daerah terdampak bencana.

Pasal 7 ini menyiratkan peran pemerintah perintah baik pusat termasuk kementerian maupun daerah dalam upaya penanggulangan bencana. Kewajiban warga masyarakat adalah mengikuti dan melaksanakan arahan pemerintah agar upaya penanggulangan bencana dapat mencapai tujuan.

Penentuan mekanisme kesiapan dan penanggulangan dampak bencana. Hal ini menyangkut hal-hal yang bersifat teknis dan operasional yang akan dilaksanakan saat terjadi bencana. Untuk itu, diperlukan perangkat monitoring dan evaluasi serta melibatkan berbagai pihak untuk mendukung kegiatan penanggulan bencana. Hal ini di atur dalam Pasal 8 sebagai berikut

Penentuan mekanisme kesiapan dan penanggulangan dampak bencana terdiri atas: a. pembuatan perangkat monitoring dan evaluasi Rencana Nasional Penanggulangan Bencana Tahun 2020-2024; dan b. pembentukan dan/atau optimasi forum kolaborasi nonpemerintah.

Alokasi tugas, kewenangan, dan sumber daya yang tersedia. Penanggulangan bencana selalu dilakukan oleh orang banyak secara bersama-sama yang terorganisasi. Oleh karena itu, harus ada alokasi tugas, kewenangan, dan sumber daya dengan jelas agar dalam pelaksanaannya lebih mudah dan lancar dalam pelaksanaannya. Hal ini diatur dalam Pasal 9 yaitu bahwa lokasi

tugas, kewenangan, dan sumber daya yang tersedia merupakan pelibatan kementerian/lembaga dan unsur nonpemerintah dalam pelaksanaan Rencana Nasional Penanggulangan Bencana Tahun 2020-2024 sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Pasal 10 menyatakan bahwa pelaksanaan peraturan ini tertuang di lampiran sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari peraturan ini. Pasal 11 menyatakan pelaksanaan peraturan ini wajib memperhatikan isu lintas sektor yang tidak terbatas pada: a. gender; b. disabilitas; dan c. perlindungan anak. Pasal 12 pernyataan agar peraturan ini menjadi acuan untuk penanggulangan bencana oleh pemerintah daerah. Pasal 13 berkaitan dengan pendanaan dalam pelaksanaan peraturan ini. Pasal 14 15, dan 16 tentang pemberlakuan dan pengkajian yang sudah cukup jelas disampaikan.

Peraturan BNPB no 7 tahun 2022 ini merupakan salah bentuk kebijakan pemerintah. Oleh karena itu, seharusnya mencakup fakta yang keberadaannya dapat membatasi atau meningkatkan pencapaian nilai-nilai yang berupa indikator ketercapaian tujuan program.

Dalam Peraturan BNPB no 7 tahun 2022, indikator capaian kegiatan tertuang dalam lampiran seperti berikut: pengenalan dan pengkajian ancaman bencana memiliki 7 indikator, pemahaman tentang kerentanan masyarakat ada 3 indikator, analisis kemungkinan dampak bencana ada 2 indikator, pilihan tindakan pengurangan risiko bencana ada 119 indikator, penentuan mekanisme kesiapan dan penanggulangan dampak bencana ada 3 indikator, alokasi tugas, kewenangan, dan sumber daya yang tersedia (0 indikator)

Di sini terlihat bahwa indikator terbanyak ada pada pilihan tindakan pengurangan risiko bencana yaitu ada 119 indikator. Hal

ini menunjukkan bahwa tindakan pengurangan risiko adalah hal yang sangat penting. Oleh karena itu, dengan segala sumber daya dan kemampuan yang ada pemerintah (BNPB) merencanakan berbagai macam tindakan untuk keamanan masyarakat dari ancaman bencana.

Sementara untuk alokasi tugas, kewenangan, dan sumber daya yang tersedia tidak dicantumkan indikatornya.

Sebanyak 17 kegiatan dengan 39 aksi melengkapi peraturan ini sehingga kebijakan dalam bentuk rencana sudah cukup memadai. Karena dibuat secara nasional peraturan ini masih bersifat general. Untuk itu setiap daerah harus menjadikannya sebagai acuan kemudian Menyusun rancana penanggulangan bencana sesuai dengan situasi dan kondisi daerah masing-masing.

B. Kesimpulan

Kebijakan pemerintah dalam penanggulangan bencana yaitu peraturan BNPB no 7 tahun 2022 tentang rencana penanggulangan bencana cukup komprehensif. Hasil analisis kebijakan ini yang mengacu pada tiga pertanyaan (Meyer & Dunn, 2006) bahwa kebijakan ini telah mampu menjawab ketiga pertanyaan tersebut, meskipun masih perlu disempurnakan. Untuk pertanyaan nomor 1) nilai yang pencapaiannya merupakan tolak ukur utama untuk melihat apakah masalah telah teratasi, terjawab dalam Pasal 4 Ayat 3 peraturan ini. Pertanyaan nomor 2) tentang fakta yang keberadaannya dapat membatasi atau meningkatkan pencapaian nilai-nilai terjawab dengan dengan adanya 134 indikator pencapaian yang tercantum dalam lampiran. Sementara pertanyaan nomor 3) tindakan yang penerapannya dapat menghasilkan pencapaian nilai-nilai, peraturan ini juga telah memenuhi kriteria. Hal ini terlihat total ada 17 kegiatan dan 39 aksi yang dicantumkan dalam peraturan ini. Masukkan jika ada

perbaikan peraturan ini sebaiknya alokasi tugas, kewenangan, dan sumber daya yang tersedia disertakan indikatornya. Selain itu, perencanaan penanggulangan bencana seharusnya meliputi bencana sosial yang sekarang marak terjadi seperti tawuran remaja, geng motor, begal, serta teror agar warga bisa hidup lebih tenang dan nyaman.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Nasional Penanggulangan Bencana. 2022. *Indeks Risiko Bencana Indonesia*. Jakarta: BNPB
- <https://museumtsunami.acehprov.go.id/> 2024. UPTD Museum Tsunami Aceh. diakses 22 Desember 2024
- <https://www.its.ac.id/mkpi/id/2024/06/05/belajar-dari-gempa-jogja-27-mei-2006/> Institut Teknologi Sepuluh Nopember Surabaya (ITS) diakses 22 Desember 2024
- <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/4833> Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana
- Khaldun, Riady Ibnu Khaldun; Syugiarto; Yulizar Pramudika Tawil. 2019. 'Analisis Kebijakan Penanggulangan Bencana (Studi Kasus PERDA Kota Palu Nomor 5 Tahun 2011)'. *Journal of Public Administration and Government*. Volume 1. Nomor 2. Oktober 2019
- Komunikasi Pembangunan Mendukung Peningkatan SDM dalam Kerangka Pengembangan Masyarakat, Forum Komunikasi Pembangunan Indonesia (FORKAPI).
- Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana No. 7 Tahun 2022 tentang Rencana Nasional Penanggulangan Bencana Tahun 2020-2024

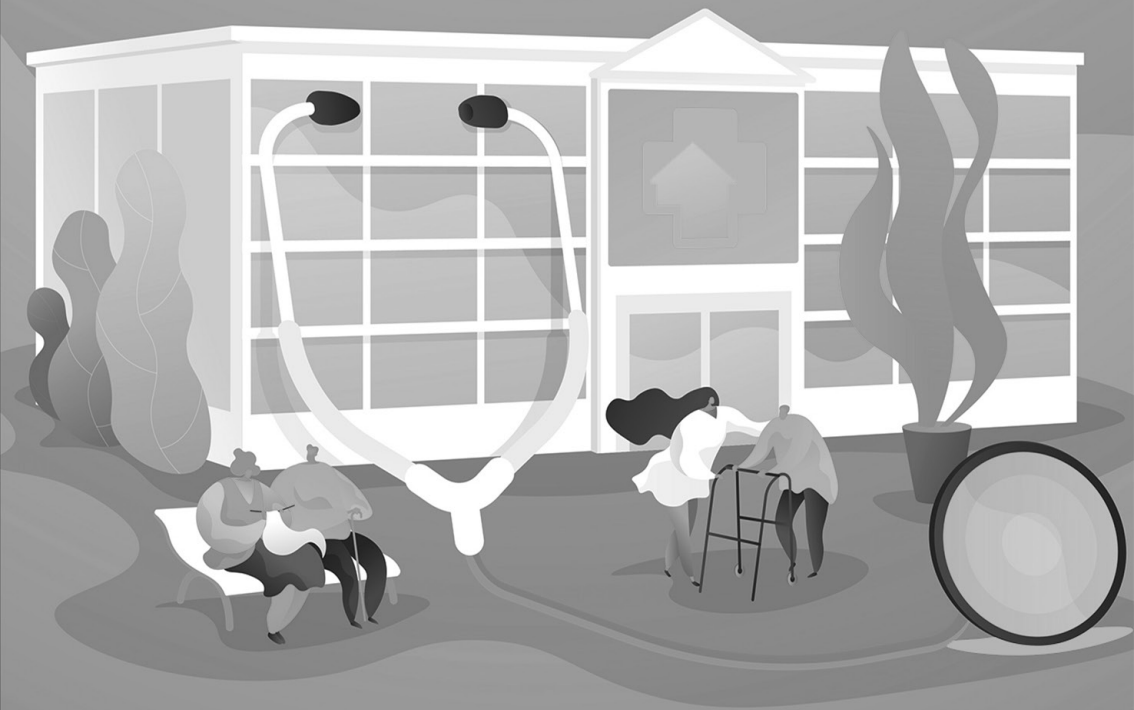
- Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional (2005) *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka
- Suharto, E. (2009). *Kebijakan Sosial dan Pengembangan Masyarakat: Perspektif Pekerjaan Sosial*.
- Sukowati, N. P., Hadi, M., & Rengu, S. P. (2019). 'Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Nonkuota (JAMKESDA dan SPM) (Studi di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)'. *Jurnal Administrasi Publik* (JAP).
- Undang-Undang Republik Indonesia No 24 tentang tentang Penanggulangan Bencana. Jakarta: Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 66
- Winarno, B. (2022). *Teori dan Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Media Pressindo.
- Wijayanto, K. (2012). "Pencegahan dan Manajemen Bencana". <https://sosialstudies17.blogspot.com/2012/11/recognizepencegahanbencana>

BIODATA PENULIS



Rodiyah Soekardi adalah staf pengajar pada Prodi Kesehatan Masyarakat Program Sarjana, Fikes, Unriyo untuk mata kuliah Promkes, Perubahan Perilaku dan Sosial, Komunikasi Massa, dan Bahasa Indonesia. Lulus S-1 Filasfat Pendidikan UNS Sebelas Maret Surakarta (1986) dan S-2 PKIP Urindo Jakarta (2005). Bidang penelitian yang dilakukan adalah mengenai lansia,

stunting, bahaya rokok dan kebencanaan. Pengabdian masyarakat berkaitan dengan lansia, stunting, bahaya *gadget*, bahaya rokok dan kebencanaan. Sebagai staf pengajar juga aktif dalam organisasi profesi seperti IAKMI, PPPKMI, FPKN dan pertemuan ilmiah..



Bab 19

Analisis Evaluasi Hukum Kesehatan

Dr.Setiawan, S.H., M.Kes.

A. Pendahuluan

Untuk mengatasi berbagai permasalahan strategis di sektor kesehatan, perlu dilakukan kajian dan penilaian menyeluruh terhadap semua peraturan perundang-undangan yang berlaku. Hal ini terutama berlaku untuk peraturan yang mengatur lembaga layanan kesehatan sosial, karena peraturan tersebut sangat penting dalam meningkatkan efisiensi dan efektivitas layanan kesehatan. Termasuk di dalamnya mengkaji potensi konflik dalam UU BPJS yang dapat menimbulkan inkonsistensi, serta menilai keterkaitan antar berbagai ketentuan perundang-undangan. Analisis yang menyeluruh harus mempertimbangkan asas, potensi ketidakharmonisan, dan efektivitas untuk menentukan UU mana yang harus dicabut dan mana yang harus dipertahankan, agar kebijakan dan undang-undang BPJS di bidang kesehatan dapat berjalan secara konsisten.

Ide pengujian undang-undang dan peraturan (executive review) kurang dikenal dalam praktik kenegaraan dibandingkan dengan pengujian yudisial atau legislatif, tetapi tetap relevan dengan kajian dan evaluasi hukum ini. Evaluasi dan analisis masalah hukum bertujuan untuk mengevaluasi:

1. potensi ketidakkonsistenan ketentuan peraturan perundang-undangan;
2. ketepatan penyusunan ketentuan peraturan perundang-undangan;
3. sejauh mana asas yang mendasari pembentukan peraturan perundang-undangan tersebut sesuai dengan substansinya;
4. kemungkinan terjadinya ketidakkonsistenan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
5. efektivitas penegakannya. Berdasarkan berbagai sumber yang disebutkan di atas pada tahun 2017,

Melalui proses penelitian dan evaluasi hukum, Badan Pembinaan Hukum Nasional mengkaji peraturan perundang-undangan di bidang hukum acara perdata.

Berdasarkan hasil penilaian tersebut, para pengambil kebijakan dapat memutuskan apakah peraturan perundang-undangan yang ada perlu (1) diubah, (2) dicabut, atau (3) dipertahankan. Sebagaimana tercantum dalam Program Legislasi Nasional, rekomendasi yang diperoleh dari analisis telaah hukum tersebut digunakan untuk menyusun Dokumen Pembinaan Hukum Nasional (DPHN) yang merupakan Kerangka Regulasi dalam RPJMN.

B. Ruang Lingkup

Inventarisasi PUU sektor kesehatan menghasilkan 28 item, termasuk 9 undang-undang, 12 peraturan, dan 7 peraturan presiden. Berikut ini adalah temuan inventarisasi PUU:

1. Undang-Undang “Sistem Jaminan Sosial Nasional Republik Indonesia (Nomor 40 Tahun 2004);
2. Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Republik Indonesia (Nomor 24 Tahun 2011);
3. Undang-Undang Rumah Sakit Republik Indonesia (Nomor 44 Tahun 2009);
4. Undang-Undang Keterbukaan Informasi Publik Republik Indonesia (Nomor 14 Tahun 2008);
5. Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia (Nomor 36 Tahun 2009).
6. Undang-Undang Praktik Kedokteran Republik Indonesia, Nomor 29 Tahun 2004;
7. Undang-Undang tentang Hak Asasi Manusia (Nomor 39 Tahun 1999),

8. Undang-Undang tentang Narkotika (Nomor 35 Tahun 2009),
9. Undang-Undang tentang Kesehatan Jiwa (Nomor 18 Tahun 2014),
10. Peraturan Pemerintah (Nomor 101 Tahun 2012) tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan,
11. Peraturan Pemerintah (Nomor 82 Tahun 2013) tentang Modal Awal Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan,
12. Peraturan Pemerintah (Nomor 85 Tahun 2013) tentang Tata Cara Hubungan Antar Lembaga Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
13. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 86 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Orang Selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial;
14. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan;
15. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif kepada Anggota Dewan Pengawas dan Anggota Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
16. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
17. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan;
18. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan;

19. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional;
20. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan;
21. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan;
22. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;
23. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, yang mengubah Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013;
24. Peraturan presiden tentang pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan kegiatan operasional Kementerian Pertahanan, TNI, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia;
25. Peraturan presiden tentang bentuk dan isi laporan program jaminan sosial;
26. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 110 Tahun 2013 tentang Kompensasi dan Fasilitas Tambahan Lainnya bagi Direksi dan Pengawas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
27. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Primer Milik Pemerintah Daerah;
28. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional..

C. Analisis dan Evaluasi Hukum

Berikut ini adalah beberapa langkah yang terlibat dalam melakukan analisis dan evaluasi hukum:

1. Inventarisasi

Inventarisasi peraturan perundang-undangan, khususnya yang berkaitan dengan Hukum Acara Perdata yang” sudah ada sejak zaman Hindia Belanda, merupakan langkah pertama dalam setiap analisis atau pemeriksaan hukum.

2. Penilaian

Setelah semua peraturan dan ketentuan serta data yang menyertainya telah disusun, kelima faktor berikut akan dipertimbangkan untuk evaluasi:

a. Dimensi Kesesuaian

Hubungan antara Jenis, Hirarki, dan Konten. Tujuan dari evaluasi aspek ini adalah untuk memastikan bahwa undang-undang yang dipermasalahkan mengikuti hierarki hukum yang benar.

b. Dimensi Kejelasan Rumusan.

Setiap peraturan perundang-undangan harus ditulis mengikuti metode tertentu sehingga tidak dapat ditafsirkan berbeda saat diberlakukan. Teknik ini memperhatikan sistematika, teknik penulisan, pilihan kata, bahasa peraturan perundang-undangan yang jelas dan pasti, penggunaan kata yang ekonomis, perasaan subjektif yang objektif dan menekan, standarisasi makna yang konsisten, dan definisi atau batasan makna yang cermat.

c. Dimensi Materi Muatan.

Tujuan evaluasi ini adalah untuk memastikan bahwa rancangan undang-undang ini mematuhi standar

isi materiil yang ditetapkan dalam Pasal 6 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Undang-Undang.

- d. Dimensi Potensi disharmoni pengaturan
Pendekatan normatif digunakan dalam penelitian ini, yang bertujuan untuk mengidentifikasi adanya inkonsistensi dalam peraturan perundang-undangan mengenai: 1) kekuasaan, 2) tanggung jawab dan hak, 3) keselamatan, dan 4) penegakan hukum
- e. Dimensi keberhasilan pelaksanaan peraturan perundang-undangan.
Suatu hukum hanya dapat mencapai tujuannya jika tujuannya ditetapkan dengan baik.

3. Perumusan Simpulan

Sekarang saatnya memproses semua temuan, apakah itu berasal dari upaya individu atau masukan dari para pemangku kepentingan dan masyarakat.

4. Perumusan Rekomendasi

Ada dua jenis rekomendasi: luas dan khusus. Ketiga bidang hukum—substansi, organisasi, dan budaya—dicakup dalam proposal yang luas. Solusi terperinci membahas klausul yang bermasalah dengan mengacu pada temuan evaluasi dan analisis hukum.

D. Kesesuaian Antara Jenis, Hierarki, dan Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan

Pertimbangan cermat terhadap jenis dan hierarki diperlukan saat menyusun undang-undang. Memastikan undang-undang yang berlaku terorganisasi dengan baik merupakan tujuan dari tinjauan ini. Terdapat sistem norma hukum yang hierarkis, dengan aturan yang paling mendasar adalah *grundnorm*, yang

tidak dapat ditelusuri lebih lanjut. Standardisasi dimulai dari standar yang lebih tinggi, yang didasarkan pada rantai turunan yang lebih tinggi lagi, yang darinya muncul norma yang lebih rendah. “Lex superior derogat legi inferior” merupakan diktum yang menegaskan bahwa Harus ada keselarasan antara berbagai tingkatan hukum pemerintahan. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011, yang mengatur Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan di Indonesia, menetapkan kerangka hierarkis dalam Pasal 7 Ayat (1). Berbagai jenis peraturan perundang-undangan harus mengandung isi yang berbeda agar ukuran evaluasi ini dapat diterapkan. Kita dapat membedakan antara undang-undang dengan melihat standar yang ada di masing-masing undang-undang.

Tujuan dari kriteria evaluasi ini adalah untuk mempersempit peraturan perundang-undangan yang persyaratannya tidak sesuai dengan klasifikasi dan tingkat kepentingannya. Mencari tahu apakah suatu peraturan yang diuraikan dalam undang-undang tertentu patuh adalah tujuan dasar dari kriteria evaluasi ini.

E. Rekomendasi

Kehidupan yang layak dalam lingkungan yang sehat dan akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan hasil dari kesejahteraan sosial dan kemajuan yang diukur dari tiga kebutuhan dasar yaitu pendidikan, kesehatan, dan peningkatan pendapatan. Pemerintah berkewajiban untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan sebagai bagian dari tanggung jawabnya untuk menjalankan pemerintahan yang baik dan memenuhi amanat Pasal 28 H dan Pasal 34 Ayat (2) UUD 1945. Ukuran kesejahteraan sosial suatu negara adalah sejauh mana ketiga kebutuhan tersebut terpenuhi. Dengan asumsi kepatuhan penuh terhadap semua undang-undang yang berlaku, tindakan ini harus dilaksanakan. Pemerintah

Daerah dan Pemerintah Federal bekerja sama (bersama-sama) untuk menangani urusan kesehatan, yang meliputi jaminan sosial dan jenis layanan lainnya. Karena itu, pemerintah daerah tidak memiliki alasan untuk menolak pelaksanaannya. Sebaliknya, pendekatan terpusat tidak tepat untuk subjek ini. Dengan demikian, berkenaan dengan berbagai klausul yang saling terkait dalam SJSN dan BPJS, lebih disukai:

- a. Kewenangan Pemerintah Daerah diperluas dalam Pasal 47 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Jaminan Sosial Nasional (JSN), yang memberikan kerangka hukum bagi pengelolaan dan pengawasan Jaminan Sosial Nasional (JKN) baik oleh Pemerintah Daerah maupun masyarakat. Pasal 47 UU SJSN tidak membahas asas jaminan sosial yang menghendaki adanya peran terbuka bagi Pemerintah Daerah dan masyarakat dalam mengelola dana jaminan sosial. Padahal, Pasal 19 (beserta penjelasannya) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Jaminan Sosial Nasional (JSN) mengamanatkan agar masyarakat mampu dan miskin, lanjut usia dan muda, sehat dan sakit, serta berisiko tinggi dan rendah saling bergotong royong.
- b. Urusan kesehatan diselenggarakan sebagai urusan pelayanan dasar yang menjadi tanggung jawab bersama Pemerintah Daerah, sebagaimana tercantum dalam Pasal 12 Peraturan Daerah dan Pasal 18 Undang-Undang Dasar 1945. Jika melihat Pasal 8 UU No. 24 Tahun 2011 yang mengatur tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan kedudukan BPJS di Pusat, jelas terlihat bahwa desentralisasi pengelolaan BPJS kepada Pemerintah Daerah tidak berlaku di sini. Justru sebaliknya, Pasal ini justru memperluas peran Pemerintah Daerah. Padahal, sebenarnya tidak ada keterkaitan antara KIS

- yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Pemerintah Daerah dengan BPJS yang menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah. BPJS yang menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah ditargetkan dapat menjangkau 254 juta jiwa pada tahun 2017.
- c. Model hubungan desentralisasi antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah telah disesuaikan dengan ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Selain itu, Pasal 51 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS tentang Hubungan Antarlembaga telah diubah.
 - d. Proses administrasi tidak melibatkan Masyarakat dan Pemerintah Daerah, maka perlu ditambahkan tanggung jawab publik terhadap BPJS dalam Pasal 37 UU No. 24 Tahun 2011 yang mengatur tentang BPJS. Presiden dan DJSN/Lembaga Pengawas Independen merupakan satu-satunya lembaga yang berwenang mengawasi penyelenggaraannya (Pasal 39). Hal ini bertentangan dengan Pasal 174 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, serta nilai-nilai gotong royong dan keterbukaan yang dianutnya (Pasal 4).
 - e. Pasal 13 dan 16 program BPJS yang mengatur tentang masyarakat sebaiknya diubah atau direvisi karena pada Pasal tersebut hanya disebutkan bahwa masyarakat akan memperoleh informasi dan manfaat dari program tersebut. Pasal ini bertentangan dengan gagasan bahwa keterlibatan masyarakat akan lebih baik apabila masyarakat ikut berperan dalam penyusunan program dan pengambilan keputusan.
 - 1. UU no 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik pada Pasal 3 huruf:

- Untuk memfasilitasi keterlibatan warga negara yang lebih besar dalam proses pembuatan kebijakan; dan
 - Untuk memberdayakan warga negara agar memainkan peran yang lebih aktif dalam pembuatan kebijakan publik dan administrasi lembaga publik yang efisien;
2. Undang-Undang Pemerintah Daerah No. 23 Tahun 2014, Pasal 354, mengawasi keterlibatan anggota masyarakat dalam proses pengambilan keputusan lembaga layanan publik.
 3. Berdasarkan Pasal 174 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, (1) Setiap orang dan setiap kelompok dalam masyarakat, turut serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di segala tingkatan dan dengan segala cara. (2) Salah satu bentuk peran serta tersebut adalah dengan berperan serta secara aktif dan kreatif.
- f. Mengingat perlindungan sosial semata-mata terkait dengan perlindungan bagi lansia dan penyandang disabilitas, maka Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 yang membahas RPJMN 2015–2019 perlu direvisi definisinya tentang “perlindungan sosial”. Jaminan sosial sebagai sebuah konsep memang merupakan upaya untuk mewujudkan kesejahteraan rakyat, dan penyelenggaraannya di Indonesia mengacu pada hal tersebut. Untuk melaksanakan program jaminan sosial, asuransi kesehatan didistribusikan kepada kelompok pekerja berdasarkan kebutuhannya. Program ini telah diperluas hingga mencakup sektor formal dan informal.

- g. Terkait dengan keterlibatan masyarakat, konsep BPJS tentang gotong royong mengharuskan penggunaan musyawarah masyarakat sebagai media pengambilan keputusan. Dalam rangka pengambilan keputusan dan pengelolaan pengaduan PBI, Kementerian Sosial telah menerbitkan Petunjuk Teknis Pengaduan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI) melalui Permensos No. xx Tahun 2014. Hal ini patut diapresiasi karena menjadikan musyawarah masyarakat sebagai kebijakan resmi. Berikut ini adalah beberapa peraturan yang diterbitkan pemerintah pada tahun 2012, yaitu: Peraturan Pemerintah Nomor 101 tentang Penerima Bantuan Iuran PBI Jaminan Kesehatan, dan Peraturan Menteri Sosial tentang Petunjuk Teknis Sistem Pengaduan Masyarakat PBI Jaminan Kesehatan, serta Pasal 13 dan 14, pedoman ini secara efektif merupakan perwujudan peran masyarakat sebagaimana yang tertuang dalam UU No. 36 Tahun 2009. Pedoman ini mengatur proses musyawarah masyarakat yang bertujuan untuk pemutakhiran data PBI. Sesuai dengan amanat UU No. 2011 tentang Keterbukaan Informasi Publik, Empat poin utama yang berkaitan dengan peran serta dan pengorganisasian masyarakat dalam pengambilan keputusan tertuang dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Sosial Nomor xx Tahun 2014, yaitu:
- Sistem pengaduan masyarakat Jaminan Kesehatan PBI bertujuan untuk menghimpun data akurat tentang masyarakat miskin.
 - Tujuan sistem ini adalah untuk mengurangi terjadinya kekeliruan seperti inklusi (tidak miskin atau kurang mampu tetapi menerima bantuan iuran jaminan kesehatan) dan eksklusi (miskin atau berjuang tanpa

akses terhadap bantuan) dan memantau transformasi ekonomi dan sosial yang terjadi di lingkungan berpendapatan rendah.

- Baik diminta atau tidak, pengaduan masyarakat merupakan sarana bagi masyarakat untuk melakukan verifikasi dan validasi data masyarakat miskin yang terdaftar dalam Jaminan Kesehatan PBI.
 - Kelompok masyarakat sebagaimana dimaksud pada Ayat (3) disebut individu, kelompok masyarakat, dan pejabat pemerintah daerah.
- h. Menjadikan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) sebagai regulator kesehatan tertinggi dengan mengganti nama Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 menjadi Undang-Undang Reorganisasi Kesehatan.

Mengatur sektor kesehatan secara kohesif dan efektif untuk mengefisienkan regulasi dan menyelaraskannya kembali dengan hierarki dan jenis yang benar sebagai subsistem SKN.

DAFTAR PUSTAKA

- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004
Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional ;
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011
Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009
Tentang Rumah Sakit;
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2008
Tentang Keterbukaan Informasi Publik;

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009
Tentang Kesehatan;
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004
Tentang Praktik Kedokteran;
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999
Tentang Hak Asasi Manusia;
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2009
Tentang Narkotika;
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014
Tentang Kesehatan Jiwa;
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 Tahun
2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan;
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013
Tentang Modal Awal Untuk Badan Penyelenggara Jaminan
Sosial Kesehatan;
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 85 Tahun
2013 Tentang Tata Cara Hubungan Antar Lembaga Badan
Penyelenggara Jaminan Sosial;
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 86 Tahun
2013 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif
Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan
Setiap Orang, Selain Pemberi Kerja, Pekerja dan Penerima
Bantuan Iuran Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial;
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2013
Tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan;
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2013
Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif
Bagi Anggota Dewan Pengawas dan Anggota Direksi
Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial;
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018
Tentang Standar Pelayanan Minimal;

- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014
Tentang Sistem Informasi Kesehatan;
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016
Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 103 Tahun
2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional;
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014
Tentang Kesehatan Lingkungan;
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 1998
Tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan;
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013
Tentang Jaminan Kesehatan;
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2013
Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12
Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan;
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 107 Tahun
2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu Berkaitan
Dengan Kegiatan Operasional Kementerian Pertahanan,
TNI dan Kepolisian Negara Republik Indonesia;
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 108 Tahun 2013
Tentang Bentuk dan Isi Laporan Program Jaminan Sosial;
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 110 Tahun 2013
Tentang Gaji atau Upah dan Manfaat Tambahan Lainnya
Serta Insentif Bagi Anggota Dewan Pengawas dan Anggota
Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2014
Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi
Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan
Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah;
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012
Tentang Sistem Kesehatan Nasional.

Kesehatan dalam Prespektif HAM, Buletin KontraS.

Supriyanto, Formulasi Kebijakan Integrasi jaminan kesehatan Daerah ke Sistem Jaminan Kesehatan Nasional menuju Universal Health Coverage, Program Doktor Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Fakultas kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta 2014.

BIODATA PENULIS



Dr. Setiawan S.H., M.Kes. Lahir di Sleman, 31 Mei 1966 .Ia tercatat sebagai lulusan S1 Hukum Fakultas Hukum Universitas Muhamadiyah Yogyakarta, Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Respati Indonesia dan Pascasarjana Ilmu Hukum Universitas Islam Bandung.