

FILSAFAT ILMU KESEHATAN MASYARAKAT



Dr. Hermawan Saputra, SKM., MARS., CICS.

FILSAFAT

ILMU KESEHATAN

MASYARAKAT

UU No. 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan Sifat Hak Cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan fonogram yang telah dilakukan pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

FILSAFAT

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis:
Dr. Hermawan Saputra, SKM., MARS., CICS.

Editor Naskah:
Sheila Rizkia Anjari, SKM.



PENERBIT CV. AZKA PUSTAKA

Judul Buku
FILSAFAT
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis:
Dr. Hermawan Saputra, SKM., MARS., CICS.

Editor Naskah:
Sheila Rizkia Anjari, SKM.

ISBN: 978-623-5832-34-0

Design Cover
Zainur Rijal

Layout:
Safrinal

PENERBIT. CV. AZKA PUSTAKA

Jl. Jendral Sudirman Nagari Lingkuang Aua Kec. Pasaman,
Kab. Pasaman Barat, Sumatera Barat 26566
Email : penerbitazkapustaka@gmail.com
Website: www.penerbitazkapustaka.co.id
HP/Wa: 081372363617/083182501876

Cetakan Pertama: Desember 2021
ANGGOTA IKAPI : 031/SBA/21
Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang.
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam
bentuk apapun tanpa izin penerbit

Isi diluar tanggung jawab penerbit dan percetakan

KATA PENGANTAR

Memperpanjang usia harapan hidup dan meningkatkan kualitas hidup menjadi harapan bagi banyak pihak. Kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang mempelajari tentang bagaimana menjadikan masyarakat yang sakit segera pulih dari penyakitnya dan menjadikan masyarakat yang sehat agar tetap dapat mempertahankan kesehatannya. Kesehatan menjadi salah satu penunjang bagi setiap orang untuk dapat hidup produktif. Dengan begitu ilmu kesehatan masyarakat menjadi sangat penting di aplikasikan di masyarakat.

Filsafat ilmu kesehatan masyarakat menjelaskan terkait dengan filosofi bagaimana kesehatan masyarakat dapat digunakan dan di aplikasikan. Bermula dari adanya pemikiran bahwa pencegahan penyakit menjadi suatu hal yang penting dilakukan jika dibandingkan dengan dilakukannya pengobatan setelah dirasa seseorang mengalami sakit. Buku ini menjadi bahan yang dapat digunakan untuk referensi pada bidang ilmu kesehatan masyarakat yang dalam prinsipnya buku ini membahas terkait dengan perkembangan kesehatan masyarakat dari waktu ke waktu.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada Sekolah Pasca Sarjana Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) yang dalam hal ini senantiasa selalu menjadi tempat untuk berdiskusi, bertukar pikir dan mengembangkan keilmuan yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat. Adapun dalam penulisannya buku ini masih didapati banyak kekurangan, untuk itu kritik saran yang membangun sangat diharapkan dari pembaca.

Jakarta, Desember 2021

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR SINGKATAN.....	ix
BAB 1 SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT.....	1
A. Sejarah Kesehatan Masyarakat.....	1
B. Periode-Periode Perkembangan Kesehatan Masyarakat.....	3
C. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia	6
D. Pandemi Corona Virus Disease 2019 COVID-19.....	9
BAB 2 PRINSIP DAN PRAKTIK KESEHATAN MASYARAKAT.....	11
A. Filsafat Ilmu Kesehatan Masyarakat	11
B. Pengorganisasian Kesehatan Masyarakat	20
C. Upaya Kesehatan Masyarakat.....	21
D. Pengembangan Kesehatan Masyarakat	26
BAB 3 TANTANGAN KESEHATAN MASYARAKAT.....	29
A. Tantangan Global	29
B. Tantangan Pembangunan Kesehatan Indonesia	35
C. Ketahanan Sistem Kesehatan (Health System Resilience)	39
D. Goncangan Sistem Kesehatan (Health System Turbulence).....	44
BAB 4 STRATEGI KESEHATAN MASYARAKAT	48
A. Determinan Kesehatan Menurut Hendrik L. Blum (1974).....	48
B. Determinan Sosial Kesehatan Menurut Dhalgren dan Whitehead (1991)	52
C. Determinan Sosial Kesehatan Masyarakat Menurut Hermawan Saputra (2021)	55

BAB 5 ARAH PEMBANGUNAN KESEHATAN	
MASYARAKAT.....	60
A. Pre Pandemic Issues	60
B. Sustainable Development Goals SDGs.....	67
C. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) 2005-2025	69
D. Arah Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025.....	75
E. Post Pandemic Issues.....	
 DAFTAR PUSTAKA	 102
BIOGRAFI SINGKAT PENULIS	105

Daftar Tabel

Tabel 1. Perbedaan Pendekatan Pelayanan Kesehatan Preventif dan Kuratif.....	2
Tabel 2. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia.....	6

Daftar Gambar

Gambar 1 Peran Organisasi Berdasarkan Tingkatan	20
Gambar 2 Fungsi Pokok Pengorganisasian di Masyarakat	20
Gambar 3 System Management Esensial Pelayanan Kesehatan Masyarakat	22
Gambar 4 Tantangan Globalisasi Masyarakat Ekonomi Asean	30
Gambar 5 <i>Mode of Supply</i> Jasa Kesehatan pada Era MEA.....	32
Gambar 6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat (Hendrik L. Blum, 1974).....	48
Gambar 7 Model Pelangi Determinan Sosial Kesehatan (Dahlgren dan Whitehead, 1991).....	52
Gambar 8 Determinan Sosial Kesehatan (Heiman, H. J & Artiga, S, 2015)	54
Gambar 9 Hermawan Saputra Excellence Model (2021): Social Determinant of Public Health.....	55
Gambar 10 Tujuan SDGs (<i>Sustainable Development Goals</i>).....	67
Gambar 11 Arah Pembangunan Kesehatan (2005-2024).....	84

Daftar Singkatan

3M	Menguras, Menutup dan Mengubur
AFTA	<i>ASEAN Free Trade Area</i>
AKABA	Angka Kematian Anak Balita
AKB	Angka Kematian Bayi
AKI	Angka Kematian Ibu
AKN	Angka Kematian Neonatal
AKPN	Angka Kematian Pasca Neonatal
ANC	<i>Antenatal Care</i>
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
API	<i>Annual Parasite Incidence</i>
APS	Angka Partisipasi Sekolah
ASEAN	<i>Association of Southeast Asian Nations</i>
Bappeda	Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah
BBLR	Berat Badan Lahir Rendah
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BOR	<i>Bed Occupancy Rate</i>
BPS	Badan Pusat Statistik
BSL 3	<i>Biosafety Level 3</i>
CDR	<i>Case Detection Rate</i>
CFR	<i>Case Fatality Rate</i>
COVID-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
DBD	Demam Berdarah
DDT	<i>Diklorodifeniltrikloroetana</i>
DKI	Daerah Khusus Ibukota
DTPK	Daerah Terpencil, Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan
EWARS	<i>Early Warning and Response System</i>
FCTC	<i>Framework Convention on Tobacco Control</i>
GATS	<i>General Agreement on Trade in Services</i>
GRTKF	<i>Genetic Resources, Traditional Knowledge and Folklore</i>
HIV/AIDS	<i>Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
IHR	<i>International Health Regulation</i>
IHVCB	<i>Institute of Human Virology and Cancer Biology</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>

IPG	Indeks Pembangunan Gender
IPM	Indeks Pembangunan Manusia
IPTEK	Ilmu Pengetahuan dan Teknologi
IUFD	<i>Intra Uterine Fetal Death</i>
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
Kemenkes	Kementerian Kesehatan
KIA-KB	Kesehatan Ibu dan Anak – Keluarga Berencana
KKMMD	Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia
KLB	Kejadian Luar Biasa
MDGs	<i>Millennium Development Goals</i>
MEA	Masyarakat Ekonomi ASEAN
MERS	<i>Middle East Respiratory Syndrome</i>
MoU	<i>Memorandum of Understanding</i>
MRA	<i>Mutual Recognition Agreement</i>
NAPZA	Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya
NHAS	<i>National HIV/AIDS Strategi</i>
NTB	Nusa Tenggara Barat
NTT	Nusa Tenggara Timur
OTG	Orang Tanpa Gejala
PBB	Perserikatan Bangsa-Bangsa
PBI	Penerima Bantuan Iuran
PDB	Produk Domestik Bruto
Pergub	Peraturan Gubernur
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PHEIC	<i>Public Health Emergency of International Concern</i>
PKPR	Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
PKRT	Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga
PONED	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
Pos UKK	Pos Upaya Kesehatan Kerja
Posbindu-PTM	Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular
Poskesdes	Pos Kesehatan Desa
PP	Peraturan Pemerintah
PPOK	Penyakit Paru Obstruktif Kronis
PPSDMK	Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
PTM	Penyakit Tidak Menular
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat

PUP	Pendewasaan Usia Perkawinan
RAPBD	Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
Renja	Rencana Kerja
Renstra	Rencana Strategi
RI	Republik Indonesia
Rifaskes	Riset Fasilitas Kesehatan
Rikus Cemarling	Riset Khusus Pencemaran Lingkungan
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
Ristoja	Riset Tanaman Obat dan Jamu
RPJM	Rencana Pembangunan Jangka Menengah
RPJM-K	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Bidang Kesehatan
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RPJP-K	Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan
RPJPN	Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional
RS	Rumah Sakit
RSK	Rumah Sakit Khusus
RSU	Rumah Sakit Umum
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
SARS-COV2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i>
SDM	Sumber Daya Manusia
SDMK	Sumber Daya Manusia Kesehatan
SE	Surat Edaran
SIK	Sistem Informasi Kesehatan
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKD-KLB	Sistem Kewaspadaan Dini – Kejadian Luar Biasa
SKDR	Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon
SKN	Sistem Kesehatan Nasional
SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
SMA/SMK/MA	Sekolah Menengah Atas/Sekolah Menengah Kejuruan/Madrasah Aliyah
SPKD	Strategi Pengentasan Kemiskinan Daerah
SPM	Standar Pelayanan Minimal
STBM	Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
STR	Surat Tanda Registrasi
Susenas	Survei Sosial Ekonomi Nasional
TB	Tuberculosis
TK/RA	Tanam Kanak-Kanak/Raudhatuh Athfal
TKI	Tenaga Kerja Indonesia
TKPKD	Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah

TRIPs	<i>Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights</i>
TSR	<i>Treatment Success Rate</i>
TT	<i>Tempat Tidur</i>
UCI	<i>Universal Coverage Immunization</i>
UHC	<i>Universal Health Coverage</i>
UHH	<i>Umur Harapan Hidup</i>
UKBM	<i>Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat</i>
UKJBM	<i>Upaya Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat</i>
UKS	<i>Usaha Kesehatan Sekolah</i>
UKP	<i>Upaya Kesehatan Perorangan</i>
UU	<i>Undang-Undang</i>
UUD	<i>Undang-Undang Dasar</i>
WHA	<i>World Health Assembly</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WTO	<i>World Trade Organization</i>

BAB 1

Sejarah Kesehatan Masyarakat

A. Sejarah Kesehatan Masyarakat

Sejarah kesehatan masyarakat tidak terlepas dari peran dua tokoh mitologi Yunani yaitu Asclepius dan Higeia. Dikisahkan bahwa Asclepius adalah seorang dokter pertama yang tampan dan pandai, meskipun tidak disebutkan sekolah atau pendidikan apa yang telah ditempuhnya, tetapi diceritakan Asclepius dapat mengobati penyakit dan bahkan dapat melakukan bedah berdasarkan prosedur-prosedur tertentu (*surgical procedure*) dengan baik (Surahman & Supardi, S., 2016).

Higeia, seorang asisten yang kemudian menjadi istri Asclepius, juga telah melakukan upaya-upaya kesehatan dengan cara yang berbeda dengan Asclepius. Perbedaan tersebut terletak pada cara pendekatan dalam menangani masalah kesehatan. Asclepius dikenal melakukan pengobatan penyakit setelah penyakit tersebut terjadi pada seseorang. Artinya tokoh ini lebih mengutamakan pengobatan atau kuratif, sedangkan Higeia lebih menganjurkan kepada pengikutnya dalam pendekatan masalah melalui hidup seimbang, menghindari makanan/minuman beracun, makan makanan yang bergizi, istirahat yang cukup dan melakukan olah raga, Higeia lebih menganjurkan melakukan upaya-upaya alamiah untuk menyembuhkan penyakit. Tokoh ini lebih mengutamakan tindakan preventif atau pencegahan penyakit (Eliana & Sumiati, S., 2016).

Perbedaan pendekatan yang dilakukan oleh Asclepius dan Higeia menyebabkan munculnya dua aliran atau pendekatan dalam menangani masalah-masalah kesehatan. Kelompok atau aliran pertama cenderung menunggu terjadinya penyakit (setelah sakit), yang selanjutnya disebut pendekatan pengobatan (kuratif dan

rehabilitatif). Kelompok ini pada umumnya terdiri dari dokter, dokter gigi, psikiater, dan praktisi-praktisi lain yang melakukan pengobatan penyakit baik fisik, psikis, mental, ataupun sosial. Sementara itu, kelompok kedua, seperti halnya pendekatan Higeia, cenderung melakukan upaya-upaya pencegahan penyakit dan meningkatkan kesehatan sebelum terjadinya penyakit (promotif dan preventif). Kelompok ini termasuk para petugas kesehatan masyarakat lulusan-lulusan sekolah atau institusi kesehatan masyarakat dari berbagai jenjang (Notoatmodjo, 2007).

Perbedaan pendekatan tersebut, pada perkembangan selanjutnya, seolah-olah timbul garis pemisah menjadi dua kelompok profesi, yakni pelayanan kesehatan kuratif (*curative health care*) dan pelayanan kesehatan pencegahan (*preventive health care*). Perbedaan tersebut dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 1 Perbedaan Pendekatan Pelayanan Kesehatan Preventif dan Kuratif

Preventif	Kuratif
Sasaran atau pasien adalah masyarakat	Sasaran adalah individual
Masalah yang ditangani pada umumnya adalah masalah-masalah yang dirasakan oleh masyarakat	Umumnya kontak dengan pasien hanya satu kali
Hubungan antara petugas kesehatan dan masyarakat lebih bersifat kemitraan	Jarak antara petugas kesehatan (dokter, dokter gigi, dan sebagainya) dengan pasien atau sasaran cenderung jauh
Pendekatan lebih menggunakan cara proaktif, artinya tidak menunggu adanya masalah, tetapi mencari masalah. Petugas kesehatan masyarakat tidak hanya menunggu pasien datang ke kantor atau di tempat praktik mereka, tetapi harus turun ke masyarakat untuk mencari dan mengidentifikasi masalah yang ada di masyarakat, dan selanjutnya melakukan tindakan jika diperlukan	Pendekatan kuratif cenderung bersifat reaktif, artinya petugas kesehatan pada umumnya hanya menunggu masalah datang. Seperti dokter yang menunggu pasien datang di Puskesmas atau tempat praktik. Kalau tidak ada pasien datang, berarti tidak ada masalah maka selesailah tugas mereka bahwa masalah kesehatan adalah adanya penyakit.
Pasien dilihat sebagai makhluk yang utuh sehingga terjadinya penyakit tidak semata-mata karena	Pasien ditangani lebih kepada sistem biologis manusia atau pasien hanya dilihat secara partial, padahal

Preventif	Kuratif
terganggunya sistem biologi, individual, tetapi dalam konteks yang luas, aspek biologis, psikologis, dan sosial. Oleh sebab itu, pendekatannya harus secara menyeluruh atau holistik.	manusia terdiri dari kesehatan biopsikologis dan sosial, yang terlibat antara aspek satu dan lainnya

Sumber: disarikan dari Notoatmodjo (2007).

B. Periode-Periode Perkembangan Kesehatan Masyarakat

Perkembangan kesehatan masyarakat sudah dimulai sebelum berkembangnya ilmu pengetahuan modern. Perkembangan kesehatan masyarakat pada garis besarnya dibagi menjadi dua periode, yaitu sebelum perkembangan ilmu pengetahuan (*prescientific period*) dan sesudah perkembangan ilmu pengetahuan itu berkembang (*scientific period*).

1. Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan

Sejarah kebudayaan di dunia, seperti Babylonia, Mesir, Yunani, dan Roma, telah tercatat bahwa manusia telah melakukan usaha untuk penanggulangan masalah-masalah kesehatan masyarakat dan penyakit. Ditemukan pula dokumen-dokumen tertulis, bahkan peraturan-peraturan tertulis yang mengatur pembuangan air limbah atau drainase pemukiman pembangunan kota, pengaturan air minum, dan sebagainya (Surahman & Supardi, S., 2016). Pada Zaman Romawi kuno telah dikeluarkan peraturan yang mengharuskan masyarakat mencatat tentang pembangunan rumah, binatang-binatang yang berbahaya bahkan ada keharusan pemerintah kerajaan untuk melakukan supervisi atau peninjauan kepada tempat minum masyarakat, warung makan dan tempat-tempat prostitusi (Eliana & Sumiati,S., 2016).

Pada abad ke-7, kesehatan masyarakat makin dirasakan kepentingannya karena berbagai penyakit menular makin menyerang sebagian besar penduduk dan telah menjadi epidemi bahkan beberapa menjadi endemi misal penyakit kolera. Pada abad ke-14 mulai terjadi wabah pes di India dan

China, namun upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat secara menyeluruh belum dilakukan oleh manusia yang hidup dalam zamannya (Eliaha & Sumiati, S., 2016). Upaya-upaya yang dilakukan oleh masyarakat untuk mengatasi epidemi dan endemi penyakit-penyakit antara lain: a.) masalah lingkungan mulai diperhatikan, terutama *hygiene* dan sanitasi lingkungan; b.) pembuatan pembuangan kotoran manusia (latrin); c.) mengusahakan penggunaan air minum yang bersih; d.) pembuangan sampah; e.) pembuatan ventilasi rumah yang baik (Surahman & Supardi, S., 2016).

Pada abad ke-14, mulai terjadi wabah pes. Wabah tersebut paling dahsyat terjadi di China dan India. Pada tahun 1340, tercatat 13.000.000 orang meninggal karena wabah pes. Pada negara-negara seperti India, Mesir, dan Gaza tercatat sekitar 13.000 orang meninggal setiap hari karena pes. Menurut catatan jumlah angka kematian di seluruh dunia disebabkan karena wabah pes saat itu mencapai lebih dari 60.000.000 orang. Dengan demikian kondisi ini disebut dengan '*The Black Death*'. Keadaan atau wabah penyakit menular ini berlangsung sampai menjelang abad ke-18. Selain wabah pes, wabah kolera dan tipus juga masih berlangsung. Tercatat pada tahun 1603 lebih dari 1 di antara 6 orang meninggal dan pada tahun 1665 sekitar 1 di antara 5 orang meninggal karena penyakit menular. Pada tahun 1759, sekitar 70.000 orang penduduk kepulauan Cyprus meninggal karena penyakit menular. Penyakit-penyakit lain yang menjadi wabah pada waktu itu antara lain tipus, disentri, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007). Dari catatan-catatan periode sebelum ilmu pengetahuan tersebut terlihat bahwa upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat belum dilakukan secara menyeluruh, meskipun masalah kesehatan masyarakat khususnya penyebaran penyakit menular sudah begitu meluas dan dahsyat.

2. Periode Ilmu Pengetahuan

Pada akhir abad ke-18 dan awal abad ke-19, kebangkitan ilmu pengetahuan mempunyai dampak yang luas

terjadi terhadap segala aspek kehidupan manusia, termasuk kesehatan. Mulai abad ke-19 masalah kesehatan, khususnya penyakit tidak hanya dilihat sebagai fenomena biologis, dan pendekatan yang dilakukan tidak hanya secara biologis yang sempit, tetapi kesehatan adalah masalah yang kompleks sehingga masalah kesehatan harus dilakukan pendekatan secara komprehensif dan multisektoral (Surahman & Supardi, S., 2016). Pada abad ini mulai ditemukan berbagai penyebab penyakit dan vaksin sebagai pencegah penyakit. Louis Pasteur menemukan vaksin untuk mencegah penyakit cacar, Josep Lister menemukan asam karbor untuk sterilisasi, William Marton menemukan ether untuk anastesi (Eliana & Sumiati,S., 2016).

Terkait terjadinya serangan epidemi (wabah) kolera pada sebagian besar rakyat Inggris terutama terjadi pada masyarakat yang tinggal di perkotaan miskin, penyelidikan dan upaya-upaya kesehatan masyarakat secara ilmiah mulai dilakukan pada tahun 1832, dimulai pada saat Parlemen Inggris membentuk komisi untuk penyelidikan dan penanganan masalah wabah kolera ini dan Edwin Chadwich seorang pakar sosial (*social scientist*) ditunjuk sebagai ketua komisi (Surahman & Supardi, S., 2016).

Hasil penyelidikan menunjukkan wabah terjadi karena hal berikut:

- a. Masyarakat hidup di suatu kondisi sanitasi yang tidak baik, sumur penduduk berdekatan dengan aliran air kotor dan pembuangan kotoran manusia.
- b. Air limbah yang mengalir terbuka tidak teratur.
- c. Makanan yang dijual di pasar banyak dirubung lalat dan kecoa.
- d. Sebagian besar masyarakat miskin, bekerja rata-rata 14 jam per hari dengan gaji di bawah kebutuhan hidup sehingga sebagian masyarakat tidak mampu membeli makanan yang bergizi.

Laporan Chadwich ini dilengkapi dengan analisis data statistik yang lengkap dan terpercaya. Dengan begitu parlemen

mengeluarkan undang-undang yang mengatur upaya-upaya peningkatan kesehatan penduduk, termasuk sanitasi lingkungan, sanitasi tempat-tempat kerja, pabrik, dan sebagainya (Surahman & Supardi, S., 2016).

Pada tahun 1955 Pemerintah Amerika Serikat telah membentuk Departemen Kesehatan yang pertama kali berfungsi untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi penduduk. Pada tahun 1872 telah diadakan pertemuan orang-orang yang mempunyai perhatian terhadap kesehatan masyarakat di New York dan menghasilkan Asosiasi Masyarakat Amerika (*American Public Health Association*) (Eliana & Sumiati,S., 2016).

C. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Upaya kesehatan masyarakat telah dilakukan di Indonesia bahkan sejak negara belum merdeka. Sejak abad ke-16, ketika zaman penjajahan berlangsung, upaya kesehatan masyarakat menjadi salah satu yang dilakukan oleh pihak penjajah. Hingga kini berbagai upaya kesehatan masyarakat terus berkembang di Indonesia.

Tabel 2 Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Abad ke-16	Pemerintahan Belanda mengadakan upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti masyarakat pada saat itu. Sehingga berawal dari wabah kolera tersebut, maka Pemerintah Belanda melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat.
Tahun 1807	Pemerintah Jenderal Daendels, telah melakukan pelatihan dukun bayi dalam praktik persalinan. Upaya ini dilakukan dalam rangka upaya penurunan angka kematian bayi yang terjadi pada saat itu, tetapi tidak berlangsung lama karena langkanya tenaga pelatih.
Tahun 1888	Berdiri pusat kedokteran di Bandung, yang kemudian berkembang pada tahun-tahun berikutnya di Medan, Semarang, Surabaya, dan Yogyakarta. Laboratorium ini menunjang pemberantasan penyakit seperti malaria, lepra, cacar, gizi, dan sanitasi.
Tahun 1913	Didirikan sekolah dokter yang kedua di Surabaya dengan nama NIAS (<i>Nederlandsch Indische Artsen School</i>).
Tahun 1925	Hydrich, seorang petugas kesehatan pemerintah Belanda mengembangkan daerah percontohan dengan melakukan propoganda (pendidikan) penyuluhan kesehatan di Purwokerto, Banyumas, karena tingginya angka kematian dan kesakitan.

Tahun 1927	STOVIA (sekolah untuk pendidikan dokter pribumi) berubah menjadi sekolah kedokteran dan akhirnya sejak berdirinya Universitas Indonesia (UI) tahun 1947 berubah menjadi FKUI. Sekolah dokter tersebut memiliki andil besar dalam menghasilkan tenaga-tenaga (dokter-dokter) yang mengembangkan kesehatan masyarakat di Indonesia.
Tahun 1930	Diadakannya pendaftaran dukun bayi sebagai penolong dan perawatan persalinan.
Tahun 1935	Dilakukan program pemberantasan pes, karena terjadi epidemi, dengan penyemprotan DDT (<i>diklorodifeniltrikloroetana</i>) dan vaksinasi massal.
Tahun 1937	Terjadi wabah kolera eltor di Indonesia.
Tahun 1938	Pusat Laboratorium kedokteran di Bandung berubah menjadi Lembaga Eijkman, selanjutnya diikuti dengan pendirian laboratorium lain di Medan, Semarang, Makassar, Surabaya, dan Yogyakarta. Laboratorium-laboratorium ini memiliki peranan yang sangat penting dalam rangka menunjang pemberantasan penyakit, seperti malaria, lepra, cacar, dan sebagainya, bahkan untuk bidang kesehatan masyarakat yang lain, seperti gizi dan sanitasi.
Tahun 1948	Cacar masuk ke Indonesia melalui Singapura dan mulai berkembang di Indonesia sehingga pemerintah Belanda pada saat itu melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat dalam rangka memberantas wabah kolera.
Tahun 1951	Diperkenalkannya konsep Bandung (<i>Bandung Plan</i>) oleh Dr. Y. Leimena dan dr. Patah, yang intinya bahwa dalam pelayanan kesehatan masyarakat, aspek kuratif dan preventif tidak dapat dipisahkan.
Tahun 1952	Pelatihan intensif dukun bayi dilaksanakan.
Tahun 1956	Dr. Y. Sulianti mendirikan proyek Bekasi sebagai proyek percontohan/model pelayanan bagi pengembangan kesehatan masyarakat dan pusat pelatihan, sesuai model keterpaduan antara pelayanan kesehatan pedesaan dan pelayanan medis.
Tahun 1967	Seminar membahas dan merumuskan program kesehatan masyarakat terpadu sesuai dengan masyarakat Indonesia. Kesimpulan seminar ini adalah disepakatinya sistem Puskesmas yang terdiri dari Puskesmas tipe A, tipe B, Tipe C.
Tahun 1968	Rapat Kerja Kesehatan Nasional, dicetuskan bahwa Puskesmas adalah merupakan sistem pelayanan kesehatan terpadu, yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah (Departemen Kesehatan) menjadi pusat pelayanan kesehatan masyarakat (Puskemas). Puskesmas disepakati sebagai suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif secara terpadu,

	<p>menyeluruh dan mudah dijangkau dalam wilayah kerja kecamatan atau sebagian kecamatan di kotamadya/kabupaten.</p> <p>Kegiatan pokok Puskesmas mencakup:</p> <ol style="list-style-type: none"> kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, gizi, kesehatan lingkungan, pencegahan penyakit menular, penyuluhan kesehatan masyarakat, pengobatan, perawatan kesehatan masyarakat, usaha kesehatan gizi, usaha kesehatan sekolah, usaha kesehatan jiwa, laboratorium, pencatatan dan pelaporan.
Tahun 1969	Sistem Puskesmas hanya disepakati 2 tipe, yaitu tipe A (dikepalai dokter) dan tipe B (dikepalai paramedis). Pada tahun 1969-1974 yang dikenal dengan masa pelita 1, dimulai program kesehatan Puskesmas di sejumlah kecamatan dari sejumlah kabupaten di tiap provinsi.
Tahun 1979	Tidak dibedakan antara Puskesmas tipe A atau tipe B, hanya ada satu tipe Puskesmas saja yang dikepalai oleh seorang dokter dengan terdapat 3 stratifikasi Puskesmas yaitu sangat baik, rata-rata dan standar. Selanjutnya Puskesmas dilengkapi dengan piranti manajerial yang lain, yaitu <i>Micro Planning</i> untuk perencanaan, dan lokakarya mini (Lokmin) untuk pengorganisasian kegiatan dan pengembangan kerja sama tim.
Tahun 1984	Dikembangkan program paket terpadu kesehatan dan keluarga berencana di Puskesmas (KIA, KB, Gizi, Penanggulangan Diare, Imunisasi). Tanggung jawab Puskesmas ditingkatkan dengan memiliki tanggung jawab dalam pembinaan dan pengembangan Posyandu di wilayah kerjanya masing-masing.
Awal 1990-an	Puskesmas menjelma menjadi kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga memberdayakan peran serta masyarakat, selain memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam kegiatan pokok.

Sumber: disarikan dari (Pontoh, I , 2013;Surahman & Supardi, S., 2016;).

D. Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)

Isu kesehatan masyarakat sudah berkembang cukup lama sebagaimana sudah dijelaskan sebelumnya, namun demikian setiap

peralihan dasawarsa selalu ada tantangan kesehatan terutama berkaitan dengan penyakit menular yang mewabah. Memasuki *millennium* baru tahun 2000-an hingga kini, paling tidak sudah ada 5 penyakit menular yang cukup menjadi perhatian global, yaitu SARS, MERS, H5N1 (Flu Burung), H1N1 (Flu Babi) dan COVID-19. Menarik untuk dicermati, COVID-19 yang mewabah sejak akhir 2019 merupakan penyakit yang disebabkan oleh rumpun virus Corona yang juga sama dengan SARS dan MERS.

COVID-19 (*Corona Virus Disease 2019*) bermula dari China tepatnya di Kota Wuhan Provinsi Hubei yang melaporkan pada tanggal 31 Desember 2019 ditemukan adanya kasus pneumonia yang tidak diketahui etiologinya. Pada tanggal 7 Januari 2020, China melaporkan telah dilakukannya identifikasi bahwa pneumonia tersebut disebut sebagai jenis baru *coronavirus* atau *novel coronavirus* (WHO China Office, 2020). Pada awal tahun 2020 WHO menyebutkan penyakit tersebut mulai menjadi pandemi global dan menjadi masalah kesehatan masyarakat di berbagai negara diluar China. Pandemi ini terus berkembang hingga dilaporkan adanya kasus kematian dan morbiditas yang tinggi di seluruh dunia. Pada tanggal 30 Januari 2020, WHO menetapkan COVID-19 sebagai *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC) atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKMMD). Pada tanggal 12 Februari 2020, WHO resmi menetapkan penyakit ini dengan sebutan *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19). COVID-19 disebabkan oleh *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-COV2) yang termasuk dalam keluarga besar *coronavirus* yang menyerupai virus penyebab SARS pada tahun 2003.

COVID-19 merupakan penyakit menular yang dapat ditularkan melalui droplet atau percikan ludah penderitanya. Orang yang terkonfirmasi positif COVID-19 dapat menularkan kepada orang lain selama sel inangnya masih hidup di dalam tubuh. Konsentrasi *droplet* di ruangan tertutup akan semakin tinggi sehingga penularannya akan semakin mudah. Berdasarkan penyelidikan epidemiologi, masa inkubasi COVID-19 berkisar antara 1 sampai 14 hari, dan umumnya akan terjadi dalam 3 sampai

7 hari. WHO menyebutkan, gejala yang paling umum terjadi yaitu demam, batuk, kelelahan, dan kehilangan rasa atau bau. Sedangkan gejala yang sedikit tidak umum seperti sakit tenggorokan, sakit kepala, sakit dan nyeri badan, diare, ruam pada kulit atau perubahan warna pada jari tangan atau jari kaki, dan mata merah atau iritasi. Adapun gejala serius pada pasien COVID-19 seperti kesulitan bernafas atau sesak nafas, kesulitan berbicara atau bergerak atau bingung, dan nyeri dada. Orang yang memiliki imunitas tubuh yang baik, ketika terpapar virus corona sangat memungkinkan tertular namun tidak bergejala, hal tersebut sering terjadi umumnya pada usai muda dan tidak memiliki komorbid. Meskipun begitu, Orang Tanpa Gejala (OTG) tetap harus melakukan isolasi mandiri, karena meski tidak memiliki gejala namun tetap dapat bisa menularkan kepada orang yang lain (*carier*).

Tantangan kesehatan masyarakat berkaitan dengan mewabahnya penyakit COVID-19 ini menemukan titik puncaknya ketika WHO menetapkannya menjadi pandemi (global pandemi). Kejadian pandemi bermakna adanya eskalasi kasus (penyakit) yang berpotensi menjangkiti seluruh populasi di dunia sehingga berdampak luas pada berbagai sektor kehidupan dan pada akhirnya menyebabkan kemandekan ekonomi, sosial, budaya, dan lainnya. Oleh karena itu, sejak ditetapkan oleh WHO sebagai global pandemi pada tanggal 9 Maret 2020, COVID-19 menjadi tantangan besar kesehatan masyarakat secara global. Presiden Indonesia mengeluarkan Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) pada tanggal 31 Maret 2020 yang lalu setelah COVID-19 ditemukan pertama kali di Indonesia pada 2 Maret 2020 dan terus meluas setidaknya hingga kuartal ke-3 tahun 2021.

BAB 2

Prinsip Dan Praktik Kesehatan Masyarakat

A. Filsafat Ilmu Kesehatan Masyarakat

Kata filosofi dalam *Encarta Microsoft Dictionar* memiliki 4 arti pokok yaitu: 1.) konsep dasar, 2.) sistem pikiran, 3.) prinsip-prinsip pengguna, 4.) keyakinan. Sedangkan secara epistemologi, filsafat berasal dari bahasa Yunani *Philosophia*, dan terdiri dari kata *Philos* yang berarti kesukaan atau kecintaan terhadap sesuatu, dan kata *Sophia* yang berarti kebijaksanaan. Secara harfiah, filsafat diartikan sebagai suatu kecintaan terhadap kebijaksanaan (kecenderungan untuk menyenangkan kebijaksanaan). Jadi filsafat ilmu kesehatan masyarakat adalah konsep dasar, sistem pikiran, prinsip-prinsip pengguna ilmu kesehatan masyarakat. Pada bab ini akan dibahas filsafat kesehatan masyarakat secara menyeluruh.

1. Definisi Kesehatan Masyarakat

Banyak Ahli Kesehatan Masyarakat membuat definisi kesehatan masyarakat. Adapun definisi kesehatan masyarakat sebagai berikut.

- a. Menurut Surahman (2016) kesehatan masyarakat dapat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan (kedokteran) dalam mencegah penyakit yang melanda penduduk atau masyarakat. Oleh karena masyarakat sebagai objek penerapan ilmu kedokteran dan sanitasi mempunyai aspek sosial ekonomi dan budaya yang sangat kompleks. Akhirnya kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi keterpaduan antara ilmu kedokteran dan ilmu sanitasi dan ilmu sosial dalam mencegah penyakit yang terjadi di masyarakat.
- b. Menurut Winslow (1920) bahwa Kesehatan Masyarakat (*Public Health*) adalah ilmu dan seni yaitu mencegah

penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan, melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk:

- 1) Perbaiki sanitasi lingkungan
 - 2) Pemberantasan penyakit-penyakit menular
 - 3) Pendidikan untuk kebersihan perorangan
 - 4) Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan.
 - 5) Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.
- c. Menurut Prayitno (1994) dalam pandangan yang sempit dapat diartikan Ilmu Kesehatan Masyarakat adalah ilmu yang mempelajari sehat dan sakit, sedangkan dalam arti yang luas Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) adalah ilmu yang lebih menitikberatkan penanganan kasus-kasus pada upaya-upaya pencegahan, bukan pada upaya kuratif, sebab dalam IKM dikenal adanya 5 tahap pencegahan (*The Five Level of Prevention*) yang terdiri dari:
- 1) Upaya promotif (meningkatkan pemahaman kesehatan)
 - 2) Upaya preventif (meningkatkan upaya pencegahan penyakit)
 - 3) Upaya protektif (meningkatkan perlindungan terhadap penyakit)
 - 4) Upaya kuratif (upaya penyembuhan terhadap penyakit)
 - 5) Upaya rehabilitatif (upaya pemulihan)
- d. Kesehatan Masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat (Ikatan Dokter Amerika, AMA, 1948).
- e. Menurut Hermawan Saputra (2021), kesehatan masyarakat adalah suatu kondisi paripurna yang dirasakan masyarakat (individu dan keluarga) dengan didasari pada kemerdekaan berfikir, bekerja dan bertindak

karena terpenuhinya kebutuhan fisik, mental dan sosial, serta dinaungi oleh suatu sistem (tatanan) kehidupan yang berwawasan kesehatan.

2. Tujuan Kesehatan Masyarakat

Tujuan Kesehatan masyarakat baik dalam bidang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yaitu tiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik fisik, mental, sosial serta diharapkan berumur panjang. Adapun tujuan umum dan tujuan khusus kesehatan masyarakat adalah sebagai berikut:

a. Tujuan Umum

Meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan secara mandiri.

b. Tujuan Khusus

- 1) Meningkatkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam pemahaman tentang pengertian sehat sakit. Meningkatkan kemampuan individu, keluarga kelompok dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan.
- 2) Tertangani/terlayani kelompok keluarga rawan, kelompok khusus dan kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan pelayanan kesehatan.

3. Visi dan Misi Kesehatan Masyarakat

a. Visi Kesehatan Masyarakat

Penduduk sehat: dalam lingkungan hidup sehat.

b. Misi Kesehatan Masyarakat

- 1) Promosi kesehatan fisik dan mental, serta melakukan pencegahan penyakit, kecelakaan dan disabilitas.
- 2) Memenuhi kebutuhan masyarakat: menjamin lingkungan tetap sehat supaya penduduk hidup sehat.

4. Substansi Kesehatan Masyarakat

Upaya terorganisir masyarakat dengan tujuan pencegahan penyakit dan promosi kesehatan di masyarakat merupakan suatu upaya yang melibatkan banyak disiplin ilmu. Secara garis besar disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat sebagai berikut:

a. Epidemiologi

Epidemiologi merupakan cabang ilmu kesehatan masyarakat yang mempelajari tentang distribusi, frekuensi dan determinan penyakit guna untuk mengatasi dan mengendalikan penyakit. Epidemiologi disebut dengan istilah *mother of public health* karena epidemiologi merupakan ilmu atau sains inti dari kesehatan masyarakat.

b. Biostatistik/Statistik Kesehatan

Biostatistik merupakan cabang ilmu kesehatan masyarakat berkaitan dengan ilmu statistika yang diterapkan dalam bidang biologi dan kesehatan. Dalam bidang kesehatan, statistik dibutuhkan untuk melakukan perencanaan, pelaksanaan dan penilaian program kesehatan seperti angka kesakitan, angka kematian, dan lain-lain.

c. Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan merupakan cabang ilmu kesehatan masyarakat yang mempelajari tentang bagaimana caranya menjadikan kondisi seimbang antara lingkungan dan manusia yang dalam keadaannya lingkungan harus tetap membuat masyarakat tetap hidup sehat dengan berada di lingkungan tersebut.

d. Pendidikan Kesehatan/Ilmu Perilaku

Pendidikan kesehatan atau ilmu perilaku merupakan cabang ilmu kesehatan masyarakat yang mempelajari ilmu dasar terkait dengan pendidikan, kesehatan masyarakat dan ilmu perilaku seperti sosiologi, antropologi, dan psikologi.

e. Administrasi Kebijakan Kesehatan

Administrasi Kebijakan Kesehatan merupakan cabang ilmu kesehatan masyarakat yang mempelajari tentang ilmu kebijakan yang berkaitan dengan kesehatan. Menentukan arah dan tujuan dari suatu keadaan kesehatan atau situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

f. Gizi Masyarakat

Gizi masyarakat merupakan cabang ilmu kesehatan masyarakat yang di dalamnya mempelajari terkait takaran gizi seimbang yang harus dikonsumsi oleh masyarakat dalam siklus hidup manusia mulai dari usia 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) sampai dengan lansia, yang dalam praktiknya dikenalkan kepada masyarakat dalam upaya promosi kesehatan melalui pengembangan kebijakan kesehatan.

g. Kesehatan dan Keselamatan Kerja

Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) merupakan cabang ilmu kesehatan masyarakat yang didalamnya mempelajari ilmu bagaimana cara mencegah terjadinya penyakit akibat kerja dan mengurangi risiko dari kemungkinan terjadinya kecelakaan di tempat kerja. Adapun di dalam ilmu K3, bukan hanya pekerja yang diberi perhatian agar tetap sehat dan terhindar dari bahaya, melainkan seluruh masyarakat yang berada di sekitar lingkungan tempat kerja dapat terjamin kesehatan dan keselamatannya.

Kesehatan masyarakat memiliki peran penting dalam upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia, penanggulangan kemiskinan dan pembangunan ekonomi. Kesehatan merupakan salah satu komponen utama pengukuran Indeks Pembangunan Manusia selain pendidikan dan pendapatan.

Ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multi disiplin karena pada dasarnya masalah kesehatan masyarakat bersifat multikausal, sehingga pemecahannya harus secara multidisiplin. Oleh karena itu, kesehatan masyarakat sebagai seni atau prakteknya memiliki bentangan yang

luas. Ruang lingkup kesehatan masyarakat meliputi usaha-usaha:

a. Promotif

Upaya promotif adalah upaya yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan yang meliputi usaha-usaha, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olah raga secara teratur, istirahat yang cukup dan rekreasi sehingga seseorang dapat mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

b. Preventif

Upaya preventif adalah upaya yang ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit melalui usaha-usaha pemberian imunisasi pada bayi dan anak, ibu hamil, pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk mendeteksi penyakit secara dini.

c. Kuratif

Upaya kuratif adalah upaya yang ditujukan terhadap orang sakit untuk dapat diterapi secara tepat sehingga dalam waktu singkat dapat dipulihkan kesehatannya. Namun demikian, dalam perspektif kesehatan masyarakat, layanan kuratif yang dimaksud memiliki pendekatan *Patient Centeredness* (pelayanan yang berpusat pada pasien), sehingga pengobatan tidak hanya menyangkut substansi klinis, tetapi juga penghargaan terhadap martabat (*dignity*), rasa hormat (*respect*), perhatian dini (*prompt attention*) dan keputusan mandiri (*autonomy*) yang mempengaruhi kedamaian hati dan kesehatan jiwa.

d. Rehabilitatif

Upaya rehabilitatif adalah upaya yang ditujukan untuk pemeliharaan kesehatan lanjutan setelah penderita baru pulih dari penyakit yang dideritanya. Dalam perspektif kesehatan masyarakat, upaya rehabilitatif harus mempertimbangkan situasi lingkungan sosial, dengan suatu pendekatan yang paripurna mulai dari

pemantauan kesehatan fisik hingga kebutuhan hidup dan lingkungan yang baik dan sehat.

5. Sasaran Kesehatan Masyarakat

Sasaran Kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok khusus baik yang sehat maupun sakit yang memiliki masalah kesehatan.

a. Individu

Individu adalah bagian dari anggota keluarga, apabila individu tersebut memiliki masalah kesehatan karena ketidakmampuan merawat dirinya sendiri oleh sesuatu hal dan sebab maka akan dapat mempengaruhi anggota keluarga lainnya baik secara fisik, mental dan sosial

b. Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, terdiri atas kepala keluarga, anggota keluarga lainnya, yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi, satu dengan lainnya saling tergantung dan interaksi, bila salah satu atau beberapa keluarga mempunyai masalah kesehatan maka akan berpengaruh terhadap anggota dan keluarga yang lain. Dari permasalahan tersebut, keluarga merupakan fokus pelayanan kesehatan yang strategis. Berikut merupakan alasan yang menyebabkan keluarga menjadi fokus sasaran pelayanan:

- 1) Keluarga sebagai lembaga yang perlu diperhitungkan.
- 2) Keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga.
- 3) Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan.
- 4) Keluarga sebagai tempat pengambilan keputusan (*decision making*) dalam perawatan kesehatan.
- 5) Keluarga merupakan perantara yang efektif dalam berbagai usaha-usaha kesehatan masyarakat.

c. Kelompok Khusus

Kelompok khusus adalah kumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan, kegiatan yang terorganisasi yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan. Kelompok khusus yang ada di masyarakat dan di institusi dapat diklasifikasikan berdasarkan permasalahan dan kebutuhan yang mereka hadapi, yaitu sebagai berikut:

- 1) Kelompok khusus dengan kebutuhan khusus sebagai akibat perkembangan dan pertumbuhan (*growth and development*)
 - (1) Kelompok ibu hamil dan ibu bersalin (melahirkan).
 - (2) Kelompok ibu nifas.
 - (3) Kelompok bayi dan anak balita.
 - (4) Kelompok anak usia sekolah.
 - (5) Kelompok usia lanjut.
- 2) Kelompok khusus dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan di antaranya:
 - (1) Penderita penyakit menular, antara lain kelompok penderita penyakit kusta, TB, diare, malaria yang masih tergolong penyakit berbahaya dan mematikan, serta penyakit kelamin seperti gonore, sifilis dan penyakit HIV/AIDS.
 - (2) Penderita penyakit tidak menular, antara lain kelompok penderita penyakit hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, kanker, stroke, kecelakaan lalu lintas dan lain sebagainya. Angka kesakitan dan kematian karena penyakit tidak menular seperti penyakit kanker dan kardiovaskular cenderung meningkat
- 3) Kelompok cacat yang memerlukan rehabilitasi
 - (1) Kelompok cacat fisik, seperti kehilangan anggota tubuh.

- (2) Kelompok cacat mental.
- (3) Kelompok cacat sosial.
- (4) Kelompok khusus yang mempunyai risiko tinggi terserang penyakit
- (5) Kelompok penyalahgunaan obat dan narkotika.
- (6) Kelompok wanita tunasusila (WTS) atau pekerja seksual komersial.
- (7) Kelompok pekerja tertentu.

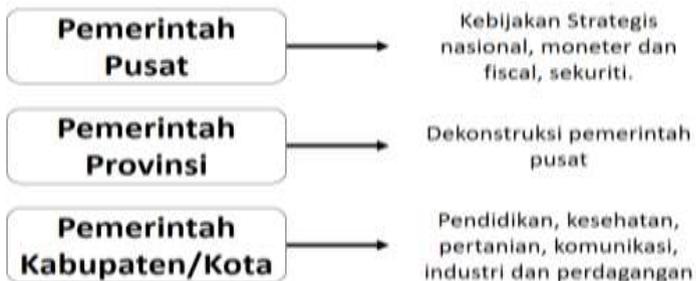
6. Prinsip-Prinsip Kesehatan Masyarakat

Agar usaha kesehatan masyarakat dapat terlaksana dengan baik ada beberapa prinsip pokok yang harus diperhatikan, yaitu:

- a. Sasaran pelayanan meliputi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- b. Dasar utama dalam pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat adalah menggunakan metode pemecahan masalah yang dituangkan dalam pelayanan kesehatan.
- c. Kegiatan utama pelayanan kesehatan adalah di masyarakat bukan di rumah sakit. Tenaga kesehatan adalah tenaga yang generalis.
- d. Peran tenaga kesehatan terpenting adalah sebagai pendidik (*health education*) dan pembantu (*change agent*).
- e. Praktik kesehatan masyarakat timbul dari kebutuhan aspirasi, masalah dan sumber yang terdapat di masyarakat.
- f. Praktik kesehatan masyarakat di pengaruhi perubahan dalam masyarakat pada umumnya dan perkembangan masyarakat pada khususnya.
- g. Praktik kesehatan masyarakat adalah bagian dari sistem kesehatan masyarakat.
- h. Praktik kesehatan masyarakat merupakan gambaran dari seluruh program kesehatan di masyarakat.

B. Pengorganisasian Kesehatan Masyarakat

Membangun strategi antara Pemerintah dan organisasi kesehatan masyarakat untuk bertanggung jawab terhadap kesejahteraan dan kesehatan konstituen. Upaya tersebut dilakukan dalam struktur formal pemerintah dan upaya terkait lain oleh organisasi lain, swasta dan *volunteer*.

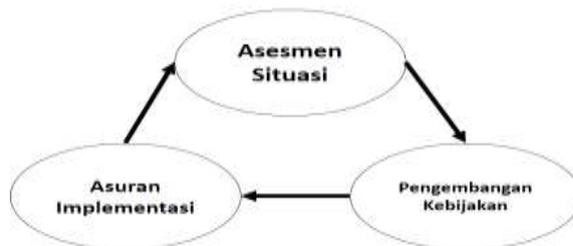


Gambar 1. Peran Organisasi Berdasarkan Tingkatan

1. Kewajiban Pokok Organisasi Kesehatan Masyarakat

- Mempromosikan dan mendorong perilaku sehat dan kesehatan mental
- Mencegah epidemi dan penyebaran penyakit
- Mencegah kecelakaan
- Melindungi masyarakat dari bahaya lingkungan
- Menanggulangi bencana dan membantu masyarakat masuk proses pemulihan
- Menjamin kualitas dan aksesibilitas pelayanan kesehatan

2. Fungsi Pokok Pengorganisasian di Masyarakat



Gambar 2. Fungsi Pokok Pengorganisasian di Masyarakat

a. Asesmen

Setiap organisasi kesehatan masyarakat harus teratur dan sistematis dalam mengumpulkan, mengelola, menganalisis, dan menyiapkan informasi situasi kesehatan masyarakat, melalui studi terhadap status kesehatan, kebutuhan kesehatan, dan studi epidemiologi serta studi lain yang berkaitan dengan masalah kesehatan.

b. Pengembangan Kebijakan

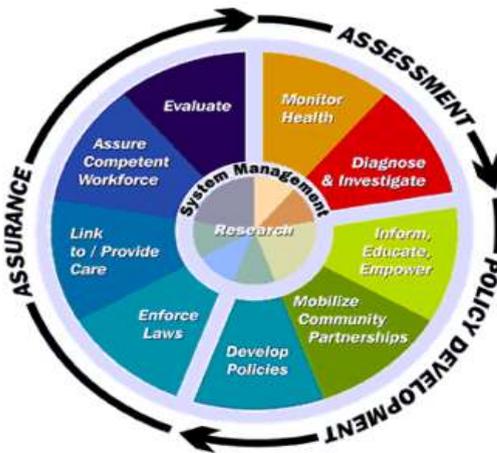
Berupaya melayani kebutuhan masyarakat melalui pengembangan kebijakan komprehensif kesehatan masyarakat yang berbasis ilmiah dan bukti, serta mendahulukan kepentingan publik/melibatkan publik yang berorientasi pada kebijakan melalui pendekatan strategis dan apresiasi positif demokratisasi.

c. Jaminan

Jaminan kepada konstituen dan pemberian pelayanan sesuai dengan tujuan yang disepakati untuk mendorong fasilitas pelayanan publik/swasta terkait penyediaan pelayanan berkualitas dengan membuat peraturan dan regulasi untuk konsistensi pelayanan, dan menyediakan pelayanan secara langsung. Melibatkan eksekutif kunci dan masyarakat umum serta menetapkan serangkaian prioritas menjamin akses pelayanan kepada setiap anggota masyarakat. Jaminan ini termasuk subsidi atau pelayanan personal langsung kesehatan prioritas tinggi kepada masyarakat tidak mampu.

C. Upaya Kesehatan Masyarakat

Berikut ini merupakan fungsi kesehatan masyarakat yang meliputi 3 yakni, *assessment*, *policy development*, dan *assurance*. Masing-masing terdiri dari beberapa elemen utama yang totalnya sebanyak 10 elemen.



Gambar 3. System Management Esensial Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Adopted: Fall 1994, Source: Public Health Functions Steering Committee, Members (July 1995): American Public Health Association · Association of Schools of Public Health

1. Memonitor Status Kesehatan untuk Mengidentifikasi Masalah Kesehatan Masyarakat

Menjadi hal penting untuk organisasi kesehatan masyarakat guna memantau status kesehatan masyarakat untuk mengidentifikasi tren dan menargetkan sumber daya kesehatan. Komponen layanan ini antara lain: pemanfaatan sarana yang tepat untuk menafsirkan dan menyebarkan data ke khalayak yang menarik; kolaborasi dalam mengintegrasikan dan mengelola kesehatan masyarakat; serta penilaian status kesehatan masyarakat yang akurat dan periodik. Secara khusus, organisasi kesehatan masyarakat dapat memantau status kesehatan populasi dengan menciptakan sistem pelaporan penyakit, profil kesehatan masyarakat, dan survei kesehatan.

2. Mendiagnosa dan Menyelidiki Masalah Kesehatan dan Bahaya Kesehatan di Masyarakat

Mendiagnosa dan menyelidiki masalah kesehatan dan bahaya di masyarakat merupakan hal penting dalam

mengalokasikan sumber daya kesehatan masyarakat. Komponen dalam layanan ini antara lain: *screening* penyakit; akses ke laboratorium kesehatan masyarakat mampu menyelesaikan skrining cepat dan pengujian volume tinggi; serta penyelidikan epidemiologi wabah penyakit dan pola penyakit. Kesiapsiagaan darurat juga merupakan komponen penting dari organisasi kesehatan masyarakat. Tim harus tersedia dan siap untuk memerangi bencana alam, cuaca buruk, wabah, bioterorisme, korban massal dan keadaan darurat kimia.

3. Menginformasikan, Mendidik, dan Memberdayakan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan

Setelah prioritas kesehatan masyarakat telah dibentuk melalui pemantauan dan investigasi masalah kesehatan di masyarakat, kegiatan pendidikan yang mempromosikan peningkatan kesehatan harus disebarluaskan. Komponen dalam layanan ini antara lain ketersediaan informasi kesehatan dan sumber daya pendidikan serta adanya program pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan. Hal ini dapat dicapai melalui advokasi media dan pemasaran sosial.

4. Memobilisasi Kemitraan Masyarakat untuk Mengidentifikasi dan Memecahkan Masalah Kesehatan

Organisasi kesehatan masyarakat di tingkat lokal, negara bagian dan nasional dapat memobilisasi kemitraan masyarakat untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah kesehatan. Komponen layanan ini antara lain: membangun koalisi untuk memanfaatkan berbagai sumber daya yang tersedia; mengadakan dan memfasilitasi kemitraan yang akan melakukan proyek peningkatan kesehatan dan memberikan bantuan kepada mitra dan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan. Yang paling penting adalah identifikasi *stakeholder* potensial yang akan memberikan kontribusi atau manfaat dari kegiatan kesehatan masyarakat.

5. Mengembangkan Kebijakan dan Rencana yang Mendukung Upaya Kesehatan Perorangan dan Masyarakat

Kebijakan dapat efektif dalam memodifikasi perilaku manusia dan mengurangi dampak negatif kesehatan masyarakat. Komponen dalam layanan ini antara lain pengembangan kebijakan untuk memandu praktek kesehatan masyarakat; penyesuaian sumber daya dan strategi untuk upaya kesehatan masyarakat; dan strategi perencanaan kesehatan yang sistematis untuk memandu peningkatan kesehatan masyarakat. Selain kebijakan yang dapat mendukung upaya kesehatan, hukum dapat mengurangi dampak negatif kesehatan masyarakat.

6. Menegakan Hukum dan Peraturan yang Melindungi dan Menjamin Kesehatan dan Keselamatan Publik

Kepatuhan masyarakat terhadap peraturan dan hukum yang berlaku menjadi penting guna untuk memastikan kesehatan dan keselamatan masyarakat umum. Peraturan dibentuk untuk menertibkan lingkungan di masyarakat dari berbagai aspek kehidupan. Selain untuk menertibkan, peraturan dan hukum yang ada juga menjadi landasan untuk melindungi keselamatan dan kesehatan masyarakat. Adapun komponen dalam layanan ini meliputi meninjau, mengevaluasi, dan merevisi undang-undang.

7. Akses Penyediaan Pelayanan Kesehatan

Untuk mengurangi risiko kesakitan, memiliki akses untuk mendapatkan perawatan dan pelayanan kesehatan menjadi suatu hal yang sangat penting terlebih saat dibutuhkan. Terdapat beberapa hal yang perlu dilakukan untuk mengurangi ketimpangan pada masyarakat yang sulit mendapatkan akses penyediaan dan pelayanan kesehatan seperti dilakukannya identifikasi di lingkungan masyarakat yang sulit mendapatkan akses pelayanan kesehatan, setelah identifikasi dilakukan maka pemerintah terkait perlu melakukan koordinasi untuk memastikan bagaimana caranya supaya akses pelayanan kesehatan dapat secara merata

dirasakan oleh masyarakat. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara melakukan advokasi maupun menjalin mitra dengan sektor yang berkaitan dengan bidang kesehatan. Selain itu dapat dilakukan pemberdayaan masyarakat seperti dibentuknya Poskesdes supaya pertolongan pertama tetap dapat dilakukan pada orang yang sedang sakit dan membutuhkan pelayanan kesehatan.

8. Menyediakan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan yang Kompeten

Petugas kesehatan dan staf di instansi kesehatan yang kompeten (terampil dalam prinsip-prinsip inti dari praktik kesehatan masyarakat) cenderung dapat memberikan perawatan dan pelayanan yang lebih efektif dan efisien. Komponen layanan ini meliputi, dapat memastikan bahwa tenaga kesehatan dapat memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat, serta bekerja sesuai dengan standar kesehatan yang sesuai. *Institute of Medicine* (IOM) memberi rekomendasi untuk mendirikan lembaga ujian sertifikasi sebagai cara untuk memastikan kompetensi minimal dalam kesehatan masyarakat.

9. Evaluasi Efektivitas, Aksesibilitas, serta Kualitas Pribadi dan Penduduk Berbasis Pelayanan Kesehatan

Mengingat sumber daya yang langka, penting untuk melacak apakah program atau kebijakan akhirnya menghasilkan hasil yang diharapkan. Komponen layanan ini meliputi: menilai aksesibilitas, kualitas dan efektivitas layanan dan program yang disampaikan; memberikan kebijakan dengan informasi yang mereka butuhkan untuk membuat keputusan baik informasi mengenai alokasi sumber daya yang langka; pelacakan efisiensi, efektivitas, dan kualitas pelayanan menganalisis data mengenai status kesehatan dan pemanfaatan pelayanan; dan berusaha untuk meningkatkan kapasitas sistem kesehatan publik untuk juga melayani penduduk. Analisis efektivitas biaya telah diusulkan sebagai salah satu strategi yang mungkin untuk

menginformasikan kebijakan tentang cara terbaik untuk mengalokasikan sumber daya kesehatan.

10. Wawasan Baru dalam Penelitian serta Solusi yang Inovatif untuk Masalah Kesehatan

Penelitian dapat menjadi upaya dalam memecahkan permasalahan kesehatan baik dalam aspek kesehatan masyarakat maupun aspek pelayanan kesehatan masyarakat. Komponen penelitian ini meliputi antara lain, dapat mendorong pengembangan kontinum solusi inovatif untuk program kesehatan dalam hal upaya praktis berbasis lapangan serta upaya akademik, mendirikan konsorsium lembaga penelitian dan lembaga pendidikan tinggi lainnya untuk mendorong lebih kolaboratif dan upaya lintas sektor, serta memastikan kapasitas sistem kesehatan publik untuk melakukan kebijakan epidemiologi dan kesehatan tepat waktu analisis.

D. Pengembangan Kesehatan Masyarakat

Pengembangan masyarakat (*Community Development*) dalam bidang kesehatan merupakan bagian dari pemberdayaan masyarakat (*Community Empowerment*) untuk mendukung suksesnya tujuan dan pencapaian standar pelayanan minimal bidang kesehatan. Setelah dilakukan pengorganisasian masyarakat, maka diharapkan masyarakat memiliki kemandirian dalam berperilaku hidup bersih dan sehat sekaligus menyelesaikan berbagai persoalan kesehatan dengan sumber daya yang ada. Oleh karena itu pengembangan kesehatan masyarakat sesungguhnya merupakan suatu aktualisasi dari pengorganisasian dengan penguatan layanan kesehatan melalui peran multi *stakeholders* (peran berbagai pihak).

Adapun langkah-langkah dalam pengembangan kesehatan masyarakat meliputi:

1. Identifikasi permasalahan kesehatan

Proses identifikasi permasalahan kesehatan berisi serangkaian kegiatan berupa analisis situasi (*mapping*) yang memungkinkan diketahuinya berbagai permasalahan

kesehatan yang muncul hingga didapatkan permasalahan utama dalam suatu komunitas. Masalah utama yang dimaksud adalah masalah yang memiliki dampak serius bila tidak diselesaikan dengan segera dan berpotensi memunculkan permasalahan baru (*Snowball Effect*). Proses identifikasi ini dapat menggunakan berbagai teknik (metode) seperti SWOT matriks, BCG matriks, IE matriks dan lain-lain.

2. Penetapan maksud dan tujuan pengembangan kesehatan masyarakat

Dalam tahap ini, masalah yang sudah teridentifikasi direncanakan untuk dicari penyelesaiannya melalui suatu upaya sistematis. Upaya tersebut didefinisikan melalui pelaksanaan kegiatan yang sudah diketahui waktu, tempat dan teknis penyelenggaraannya (maksud). Sementara orientasi terhadap hasil akhir dan dampak dari suatu kegiatan tersebut merupakan tujuan dari rangkaian pengembangan kesehatan masyarakat.

Penetapan maksud dan tujuan selanjutnya harus disosialisasikan sehingga diketahui dan dipahami oleh seluruh pihak yang terlibat dalam penyelesaian permasalahan kesehatan.

3. Penggalangan sumber daya dan kemitraan ABG (*Academy Bussiness and Government*)

Penggalangan sumber daya (*polling resources*) berkaitan dengan penggunaan sumber daya yang ada baik berupa barang, jasa, dana, peralatan, hingga jejaring yang berasal dari lingkungan masyarakat itu sendiri. Kegiatan ini juga merupakan wujud stimulasi peran serta agar setiap individu dan kelompok memiliki rasa dan kepentingan yang sama (*sense of belonging*) dalam penyelesaian masalah kesehatan.

Kemitraan ABG (*Academy Bussines and Government*) berkaitan dengan penguatan kolaborasi strategis dimana akademi (sekolah/kampus) menjadi sumber dari ketersediaan tenaga ahli dan terampil untuk penyelesaian masalah kesehatan. Pada sisi lain, bisnis (industry) merupakan wadah aktualisasi sekaligus akselerator kesejahteraan masyarakat

untuk mendukung program-program kesehatan. Sementara itu pemerintah (*government*) sebagai regulator dan juga fasilitator (*provider*) untuk bersama-sama akademi dan bisnis menyelesaikan persoalan kesehatan secara sistematis dan terukur.

4. Pelaksanaan kegiatan bersumberdaya masyarakat

Pada tahap ini dilaksanakan kegiatan yang sesuai dengan maksud dan tujuan dengan memaksimalkan sumber daya berbasis masyarakat melalui desain manajerial yang baik. Adapun konsep manajerial yang baik sesuai dengan tahapan P-D-C-A (*Plan, Do, Check, Act*). Tahapan ini juga berkaitan dengan pemantapan perencanaan, penganggaran, pengadaan, penggunaan dan distribusi sumber daya kerja.

5. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi berkaitan dengan proses penjagaan mutu kegiatan agar sesuai dengan target dan sasaran dan juga ketersediaan sumber daya agar efektif dan efisien. Monitoring dan evaluasi juga berkaitan dengan rencana tindak lanjut untuk perbaikan secara terus menerus (*continuous quality improvement*).

Berdasarkan kebutahan tersebut di atas maka peran kesehatan masyarakat yang cukup esensial salah satunya ialah kemampuan untuk menggerakkan masyarakat yang tidak hanya berkaitan dengan upaya pelayanan kesehatan, namun juga berorientasi pada partisipasi, pelibatan aktif dan kemandirian masyarakat itu sendiri. Pengembangan kesehatan masyarakat pada akhirnya diharapkan sebagai langkah pamungkas setelah melalui proses pengorganisasian dan perencanaan pelayanan kesehatan (upaya kesehatan masyarakat).

BAB 3

Tentang Kesehatan Masyarakat

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) Tahun 2005 – 2025 menyebutkan bahwa tantangan pembangunan kesehatan yang dihadapi Indonesia antara lain:

1. Mengurangi kesenjangan status kesehatan masyarakat dan akses terhadap pelayanan kesehatan antarwilayah, tingkat sosial ekonomi, dan gender.
2. Meningkatkan jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan yang kurang memadai.
3. Meningkatkan akses terhadap fasilitas kesehatan.
4. Mengurangi beban ganda penyakit yaitu pola penyakit yang diderita oleh sebagian besar masyarakat yang semula lebih banyak terjadi pada penyakit infeksi menular, namun seiring berjalannya waktu terjadi peningkatan penyakit tidak menular serta meningkatnya penyalahgunaan narkotika dan obat-obat terlarang pada waktu yang bersamaan.

A. Tantangan Global

Tantangan global yang dihadapi yaitu upaya dalam pencapaian sasaran SDGs. Tantangan global lainnya antara lain yang perlu diantisipasi yaitu perdagangan bebas dan sumber daya kesehatan yang ikut mengglobal. Pengaruh globalisasi dan liberalisasi perdagangan serta pelayanan publik melalui kesepakatan *General Agreement on Trade in Service (GATS)* dan *Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPs)*, dimulainya pasar bebas ASEAN pada tahun 2003 dan pasar bebas Asia Pasifik pada tahun 2020 akan mempengaruhi berbagai aspek penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Masuknya modal asing dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan seperti rumah sakit,

dan tenaga kesehatan asing perlu diwaspadai. Sedangkan dalam lingkup nasional antara lain yaitu upaya penerapan kebijakan pemerataan pembangunan kesehatan secara lebih luas, yang didukung dengan sumber daya yang cukup.



Gambar 4 Tantangan Globalisasi Masyarakat Ekonomi Asean

Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA) merupakan gabungan sekumpulan warga negara (masyarakat) dari seluruh wilayah Negara Asia Tenggara yaitu Myanmar, Laos, Kamboja, Thailand, Vietnam, Singapura, Malaysia, Philipina, Indonesia dan Brunei Darussalam. Bersamaan dengan berlakunya *Asean Free Trade Area* (AFTA) 2015, maka seluruh masyarakat se-Asia Tenggara telah mengambil kesepakatan untuk membangun bersama dalam semua bidang secara global.

Kesepakatan untuk membangun bersama dalam semua bidang secara global ini membawa konsekuensi yang sangat tinggi, bahwa semua negara wajib patuh pada aturan bersama juga. Jumlah seluruh masyarakat di wilayah Asia Tenggara ini mencapai lebih dari 600 juta jiwa, sementara beberapa negara di Asia Tenggara ini merupakan wilayah yang berbeda, dengan berbagai etnis dan karakter masyarakat yang berbeda pula. Sejarah dan budayanya sangat beragam dengan menyisakan beberapa sejarah krusial masa lalu. Ada banyak masalah yang mungkin dapat terjadi, mengingat mayoritas negara Asia Tenggara dulunya merupakan satu wilayah Nusantara, kemudian terus berkembang dan merdeka sesuai karakter penjajah masing-masing. Perbedaan sistem politik kenegaraan (Demokrasi, Sosialis, dan Monarki) dapat memicu perselisihan dan perbedaan pendapat yang dapat membahayakan

integritas antar negara. Perbedaan budaya dan agama yang dianut dengan berbagai perbedaan ritual keagamaan dapat menjadi potensial konflik yang harus dicegah bersama-sama. Kebersamaan adalah sebuah kekuatan yang sangat dahsyat, tetapi potensial konflik juga harus diantisipasi, sehingga semua masyarakat dapat menjunjung tinggi semua kesepakatan yang telah dibangun dan disetujui bersama. Kesepakatan bersama ini akan menimbulkan tantangan sekaligus peluang bagi semua pihak untuk dapat bersaing, beradaptasi dan mengembangkan diri, mengambil peluang mensejahterakan diri, tanpa harus melemahkan, mencurangi atau mengabaikan pihak lain yang telah menjalin kesepakatan bersama.

ASEAN *community issues* terdiri dari, 1.) ASEAN *Political-Security Community* (APSC), 2.) ASEAN *Socio-Cultural Community* (ASCC), 3) ASEAN *Economic Community* (AEC). Adapun *declaration of the AEC* atau MEA memiliki 12 prioritas utama yaitu:

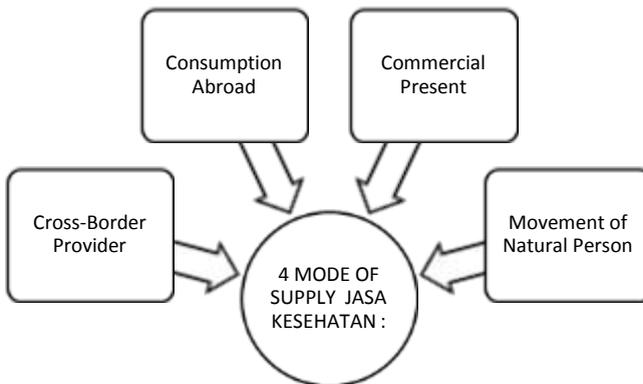
1. Pariwisata
2. Kesehatan
3. Logistik
4. Penerbangan
5. Komunikasi dan informatika
6. Pertanian
7. Kayu
8. Karet
9. Otomotif
10. Tekstil atau garmen
11. Elektronik
12. Perikanan

Tantangan globalisasi MEA pada bidang kesehatan terdiri dari:

1. Ketidakpastian (*Uncertainty*)
Meliputi regulasi, *currency*, dan standarisasi pelayanan.
2. Pembaharuan (*Newelity*)
Meliputi konsep, metode dan alat.
3. Persaingan (*Competition*)

- Meliputi finansial, SDM, dan segmen.
4. Pergeseran (*Transitions*)
Meliputi epidemiologi, paradig pelayanan dan nilai pelanggan.
 5. Keanekaragaman (*Diversity*)
Meliputi kebutuhan pelayanan, produk pelayanan dan pendekatan pelayanan.

Globalisasi di Bidang Kesehatan merupakan perluasan globalisasi bidang ekonomi. *World Trade Organization* (WTO) merupakan organisasi perdagangan Internasional. Indonesia telah meratifikasi WTO dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1994 Pengesahan *Agreement Establishing The World Trade Organization*. Indonesia merupakan negara yang menjadi anggota WTO, maka dengan begitu Indonesia harus mengikuti peraturan yang dibuat di skala Internasional. Persaingan yang akan muncul terkait adanya kesepakatan perdagangan bebas yaitu akan terjadi *cross border provider, consumption aboard, commercial present* dan *movement of natural person*.



Gambar 5 Mode of Supply Jasa Kesehatan pada Era MEA

1. *Cross Border Provider*

Cross border provider merupakan suatu metode yang mana metode tersebut memberlakukan sistem bebas melintas batas bagi seluruh *provider* (penyedia layanan kesehatan atau

keperawatan). Kondisi ini melibatkan seluruh sarana dan metode pelayanan kesehatan, termasuk didalamnya adalah *telehealth* (pelayanan kesehatan jarak jauh). Dengan kemajuan teknologi saat ini, pemberian *telehealth* sangat dimungkinkan, sehingga bisa jadi suatu rumah sakit di Daerah A melakukan tindakan operasi khusus dengan instruktur dari luar negeri. Keadaan ini digunakan untuk meningkatkan layanan rumah sakit di Daerah A menjadi pelayanan berstandar luar negeri. Oleh karena itu, apabila rumah sakit tidak siap bersaing, maka rumah sakit tersebut akan ditinggalkan oleh pelanggan. Jika memungkinkan setiap rumah sakit harus mampu memberikan pelayanan berstandar luar negeri, sehingga operasi yang canggih sekalipun dapat dilaksanakan di rumah sakit tersebut tanpa harus pergi ke luar negeri. Dengan demikian dapat dikatakan rumah sakit tersebut sudah mampu bersaing dalam bidang *cross border provider*.

Contoh lain dari *cross-border supply* (pasokan jasa lintas batas) yaitu layanan *telemedicine* atau pengobatan jarak jauh. Sehingga sangat mungkin dilakukannya konsultasi antara pasien dan dokter dari beda negara dengan menggunakan media *online* yang dihubungkan oleh satelit.

2. Consumption Abroad

Mencari pengobatan ke luar negeri sudah menjadi budaya yang semakin sulit dicegah perkembangannya di kalangan masyarakat Indonesia. Apabila standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dalam negeri tidak segera di tingkatkan, maka sebagian masyarakat mencari pelayanan kesehatan di luar negeri. Para pengusaha rumah sakit dalam negeri perlu membuat layanan kesehatan yang tidak kalah dengan standar pelayanan kesehatan di luar negeri. Perlu menjadikan rumah sakit di dalam negeri menjadi rumah sakit yang bergengsi supaya masyarakat dapat memiliki perasaan bangga dan puas akan layanan yang memiliki ciri khas. Dengan tersedianya jenis pelayanan yang sama dengan standar pelayanan kesehatan di luar negeri, maka masyarakat akan

merasa masalah kesehatannya dapat diatasi di dalam negeri. Hal ini dapat menjadi upaya untuk meminimalisasi budaya pencarian pengobatan ke luar negeri. Pada umumnya saat ini masyarakat sudah sangat selektif memilih tempat untuk dilakukannya pengobatan terlebih masyarakat yang tinggal di daerah perkotaan dengan status ekonomi menengah ke atas. Mahal sudah bukan menjadi masalah bagi sebagian masyarakat. Sebagian masyarakat akan lebih suka dan memilih untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di tempat yang mahal. Karena dengan begitu, mereka merasa mendapatkan pengobatan atau pelayanan kesehatan dengan maksimal. Selain itu, pelayanan kesehatan yang mahal dapat mengindikasikan status sosial ekonomi bagi sebagian masyarakat. Dengan begitu, contoh dari *consumption abroad* yaitu konsumen domestik pergi ke luar negeri untuk membeli jasa layanan kesehatan.

3. *Commercial Present*

Commercial present merupakan suatu upaya penyedia jasa layanan rumah sakit yang membuka usaha di dalam negeri. Keadaan ini tidak dapat dihalangi karena *mutual recognition agreement* yang ada memang telah mengizinkan kegiatan ini. Oleh karena itu, kemampuan rumah sakit dalam negeri untuk mampu bersaing menjadi utama dalam menghadapi tantangan *commercial present*.

Contoh *commercial present* yaitu penyedia jasa kesehatan luar negeri memberikan jasa kesehatannya kepada konsumen di dalam negeri. Seperti misalnya rumah sakit di Singapura mendirikan cabang rumah sakitnya di Indonesia, atau sebaliknya.

4. *Movement of Natural Person*

Movement of natural person adalah kebebasan setiap orang untuk mencari pekerjaan dimana saja sesuai dengan kesepakatan yang telah terjadi dalam globalisasi. Berbagai persyaratan diperlukan untuk dapat mengambil tantangan ini, antara lain kesiapan bahasa, budaya kerja, mental dan

keterampilan yang harus dimiliki. Selain itu, masalah regulasi yang harus dijalani untuk mendapatkan pekerjaan di negeri yang dituju. Setiap negara memiliki aturan yang berbeda, budaya kerja yang berbeda, dan standar gaji yang berbeda, namun tetap sesuai kesepakatan bersama. Oleh karena itu, kesiapan tenaga kerja muda untuk bersaing dalam kancah ini menjadi sangat penting. Setiap orang yang ingin memperoleh peluang lebih baik, maka harus menyiapkan diri lebih dari yang lain. Inilah kunci utama meraih sukses dalam menghadapi tantangan globalisasi.

Contoh dari *movement of natural person* yaitu tenaga kerja asing yang menyediakan jasa keahlian tertentu datang ke negara konsumen. Misalnya, dokter spesialis Singapura yang berpraktik kedokteran di Indonesia, atau sebaliknya.

B. Tantangan Pembangunan Kesehatan Indonesia

1. Pertambahan Jumlah Penduduk dengan Piramida yang Terus Berubah

Jumlah penduduk di Indonesia diperkirakan akan terus mengalami peningkatan dengan bentuk piramida penduduk yang terus berubah. Menurut BPS, jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2005 diketahui sebanyak 219,9 juta jiwa. Diperkirakan akan terjadi peningkatan di tahun 2025 sebanyak 274 juta jiwa. Proporsi jumlah penduduk usia lanjut dan usia produktif akan bertambah banyak, begitu juga dengan penduduk usia muda (bayi dan anak) meskipun proporsinya menurun namun jumlahnya akan tetap meningkat. Disamping hal tersebut, karena didapati kesenjangan pembangunan antar wilayah maka dapat menimbulkan urbanisasi yang tidak terkendali. Begitu juga dengan angka kemiskinan dan angka pengangguran akan berdampak pada kesehatan masyarakat. Meskipun jumlahnya sudah mengalami penurunan, namun masalah kesehatan masyarakat akan tetap dijumpai sampai tahun 2025.

Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan,

terdapat beberapa tantangan yang dihadapi antara lain rendahnya kualitas kesehatan penduduk yang dapat dilihat dari masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Anak Balita (AKABA), serta tingginya proporsi anak balita yang mengalami gizi kurang. Menjelang tahun 2025, derajat kesehatan masyarakat akan terlihat semakin baik karena terjadinya penurunan AKB, AKABA, Usia Harapan Hidup (UHH), dan meningkatnya status gizi masyarakat. Namun demikian, upaya penurunan AKI masih menjadi tantangan yang berat karena status kesehatan ibu yang masih rendah, akses terhadap pelayanan kesehatan yang masih sulit terlebih bagi masyarakat yang tinggal di Daerah Tertinggal, Terpendek, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK), serta masih kurangnya kesadaran masyarakat terhadap perilaku penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan.

2. Terjadinya Beban Ganda Penyakit (*Double Burden Disease*)

Masalah kesehatan masyarakat lainnya yang dihadapi yaitu beban ganda penyakit (*double burden disease*) kejadian dimana masih dijumpai banyaknya penyakit infeksi yang harus ditangani, namun muncul masalah baru yaitu penyakit tidak menular yang semakin meningkat. Selain itu, tantangan lainnya terjadi karena beberapa penyakit infeksi cenderung meningkat kembali (*re-emerging disease*) seperti penyakit tuberkulosis (TBC) dan malaria. Serta penyakit infeksi baru (*new emerging disease*) juga telah muncul, utamanya yang disebabkan oleh virus seperti HIV/AIDS, SARS, dan flu burung (*avian influenza*). Indonesia perlu mewaspadaai timbulnya penyakit-penyakit baru yang di akibatkan oleh virus di masa yang akan datang.

Tantangan lain yang dihadapi dalam pembangunan kesehatan yaitu adanya kecenderungan meningkatnya masalah kesehatan jiwa dan masalah-masalah yang berkaitan dengan usia lanjut. Selain itu, kecelakaan lalu lintas, kecelakaan akibat kerja, dampak perubahan iklim, meningkatnya pencemaran

lingkungan, penyalahgunaan napza dan perubahan gaya hidup yang tidak sehat dapat menjadi penyebab meningkatnya penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskular), kanker, dan penyakit tidak menular lainnya. Hal tersebut dapat menyebabkan meningkatnya beban pelayanan dan pembiayaan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat diprediksi akan menjadi lebih baik dan maju menjelang tahun 2025 sehingga harapannya dapat melayani seluruh kebutuhan pelayanan kesehatan.

3. Desentralisasi Bidang Kesehatan dan Komitmen Pemerintah Belum Berjalan Sesuai Harapan

Desentralisasi bidang kesehatan dan komitmen pemerintah belum berjalan sesuai harapan. Kerjasama lintas sektor dan dukungan peraturan perundangan merupakan tantangan yang sangat penting. Manajemen kesehatan yang meliputi kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, sistem informasi kesehatan, dan hukum kesehatan yang mencakup perlindungan masyarakat, penegakan dan kesadaran hukum belum sepenuhnya mendukung pembangunan kesehatan. Meskipun sistem informasi kesehatan sangat penting untuk mendukung pembangunan kesehatan, akan tetapi tidak mudah dalam pengembangannya agar berhasil-guna dan berdayaguna.

4. Masyarakat Masih Menjadi Objek pada Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan pada umumnya masih menempatkan masyarakat sebagai objek, bukan sebagai subjek pembangunan kesehatan. Sehingga pengetahuan, sikap dan perilaku serta kemandirian masyarakat untuk hidup bersih dan sehat masih belum memadai.

5. Kesenjangan Kualitas Kesehatan dan Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan yang Bermutu

Masih didapati kesenjangan terkait kualitas kesehatan dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu

meliputi wilayah, gender, dan kelompok berdasarkan tingkat sosial ekonomi. Masih ditemukannya pelayanan reproduksi yang lemah di beberapa daerah serta sediaan farmasi dan alat kesehatan sesuai standar belum sepenuhnya tersedia secara merata dan mudah dijangkau oleh masyarakat. Selain itu, terbatasnya jumlah anggaran dan belum optimalnya alokasi pembiayaan kesehatan masih menjadi tantangan utama dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

6. Distribusi Tenaga Kesehatan yang Belum Merata dan Memadai

Indonesia merupakan negara kepulauan, dari banyaknya penduduk di Indonesia seluruhnya memiliki hak untuk tetap hidup sehat dan mendapatkan jangkauan akses pelayanan kesehatan dengan mudah. Tenaga kesehatan merupakan elemen yang menjadi garda terdepan dari terciptanya pembangunan kesehatan yang baik. Jumlah, penyebaran, komposisi dan mutu tenaga kesehatan saat ini masih menjadi tantangan besar di Indonesia. Tenaga kesehatan yang tersedia saat ini masih belum mencukupi untuk menutupi kebutuhan masyarakat. Berdasarkan data *World Bank* tahun 2010-2017, Indonesia memiliki jumlah dokter dengan urutan kedua terendah di Asia Tenggara dengan angka mencapai 0,4 dokter per 1.000 penduduk. Artinya Indonesia hanya memiliki 4 dokter untuk melayani 10.000 penduduk. Selain dokter, Indonesia memiliki keterbatasan tenaga kesehatan lainnya. Ketersediaan perawat dan bidan Indonesia juga memiliki posisi terburuk di antara negara lainnya. Rasio perawat per 1.000 penduduk sebesar 2,1 yang artinya dua orang melayani 1.000 penduduk di Indonesia. Hal tersebut menjadi tantangan besar yang harus segera terselesaikan.

7. Munculnya Masalah dan Tantangan Baru dalam Upaya Peningkatan Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas

Dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan yang berkualitas, beberapa masalah dan tantangan baru akan muncul sebagai akibat dari perubahan sosial budaya, ekonomi

dan politik serta perubahan lingkungan strategis, baik global, regional, maupun nasional. Perubahan sosial budaya, ekonomi dan politik yang berpotensi terjadinya konflik sosial dapat menimbulkan masalah kesehatan. Terorisme, utamanya bioterorisme dapat menjadi ancaman dalam pembangunan kesehatan.

C. Ketahanan Sistem Kesehatan (*Health System Resilience*)

Sistem kesehatan merupakan rangkaian elemen yang terdiri dari organisasi dan perorangan yang bergerak untuk memberikan promosi kesehatan, memperbaiki dan memelihara kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan cara-cara yang responsif, adil secara finansial, serta mampu memanfaatkan sumber daya yang tersedia dengan sebaik-baiknya dan seefisien mungkin (WHO, 2009). Sistem kesehatan memerlukan ketahanan untuk menghadapi guncangan maupun permasalahan yang memungkinkan dapat terjadi namun tidak dapat diprediksi seperti bencana alam maupun pandemi.

Ketahanan sistem kesehatan merupakan upaya yang dilakukan untuk mempersiapkan langkah atau strategi yang berkaitan dengan sistem kesehatan agar mampu menghadapi tantangan kesehatan di masa mendatang dengan mempersiapkan prediksi terkait dengan kemungkinan guncangan yang dapat terjadi di kemudian hari dengan tujuan agar sistem kesehatan tetap kokoh dan dapat tetap berjalan sesuai dengan fungsi dan tujuannya.

Ketahanan Kesehatan mulai diperkenalkan kepada Indonesia sejak bulan Mei tahun 2005 saat konvensi kesehatan tingkat dunia, *World Health Assembly* (WHA) ke 58 mengadopsi *International Health Regulation* (2005) [IHR (2005)] yang kemudian berlaku pada 15 Juni 2007 bagi seluruh negara anggota, termasuk Indonesia. Tujuan dan ruang lingkup IHR (2005) adalah untuk mencegah, melindungi, mengendalikn, dan merespons kedaruratan kesehatan masyarakat terkait ancaman penyakit, radio nuklir, agensia kimia, dan keamanan pangan secara global. Setiap negara anggota diamanahkan oleh IHR (2005) untuk

mengembangkan kapasitas inti dalam rangka antisipasi ketahanan kesehatan nasional dan global (Kemenkes RI, 2019).

Terdapat penilaian terhadap ketahanan kesehatan yang di adopsi dari kerangka strategi penguatan sistem kesehatan dalam merespon tahapan guncangan (*shock*) dari siklus *shock* yang tertera dalam *policy brief* WHO (Thomas et al., 2020). Komponen yang dinilai tersebut meliputi:

- 1. Kepemimpinan yang efektif dan partisipatif dengan visi dan komunikasi yang kuat**

Dalam setiap situasi dan kondisi, pengambilan keputusan menjadi porsi bagi setiap pemimpin. Dalam situasi darurat kesehatan, himbauan dari setiap keputusan menjadi kabar yang paling dinanti oleh masyarakat. Pengambilan keputusan oleh setiap kepemimpinan di anggap menjadi suatu tumpuan demi terciptanya ketahanan. Dalam situasi pandemi, kepemimpinan yang efektif dan partisipatif menjadi garda utama terciptanya ketahanan kesehatan. Kepemimpinan yang efektif mampu berperan dalam melakukan pencegahan, deteksi dini dan setiap ancaman yang mungkin terjadi. Kepemimpinan juga berperan dalam setiap kondisi baik itu dalam suatu kemajuan (perbaikan) situasi maupun kemunduran (perburukan) situasi.

- 2. Koordinasi kegiatan antar pemerintah dan pemangku kepentingan utama**

Dalam kondisi terjadinya guncangan perlu adanya koordinasi antara pemerintah dan pemangku kepentingan demi terciptanya ketahanan kesehatan. Kebijakan yang dikeluarkan dari masing-masing daerah tentu akan berbeda dan disesuaikan dengan keadaan daerah masing-masing. Namun disamping hal tersebut, selain harus disesuaikan dengan kebutuhan daerah masing-masing tetapi juga tetap mengacu pada parameter atau ketentuan-ketentuan yang ditetapkan oleh pemerintahan pusat.

3. Budaya belajar organisasi yang tanggap terhadap krisis

Ketanggapan terhadap kondisi darurat kesehatan dapat menciptakan ketahanan kesehatan. Semakin sigap suatu organisasi dalam menghadapi darurat kesehatan, maka semakin kecil pula akibat yang terjadi. Ketanggapan dalam situasi krisis kesehatan dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas. Selain itu, kerugian lain yang mungkin terjadi juga dapat diminimalisir seperti alokasi biaya kesehatan dan sumber daya manusia kesehatan.

4. Sistem dan arus informasi yang efektif

Sistem informasi merupakan jantung dari terbentuknya kebijakan. Kebijakan yang tepat dan efektif didasari oleh sistem informasi yang tepat dan akurat pula. Namun sebaliknya, apabila sistem informasi tergolong buruk dan tidak valid maka akan berpengaruh juga pada kebijakan yang akan di ambil. Salah satu terbentuknya ketahanan sistem kesehatan yaitu terbentuknya kebijakan yang tepat dan efektif. Dengan begitu sistem dan arus informasi juga harus baik.

5. Pengawasan memungkinkan deteksi guncangan dan dampaknya secara tepat waktu

Sistem pengawasan harus memiliki kemampuan untuk melakukan deteksi dini terhadap kemungkinan munculnya guncangan kesehatan. Sistem pengawasan yang dapat dilakukan dalam deteksi dini bidang kesehatan yaitu surveilans kesehatan. Dengan dilakukannya surveilans secara komprehensif maka diharapkan data yang diperoleh dapat membentuk ketahanan sistem kesehatan dengan dilakukannya pencegahan dan upaya meminimalisir guncangan kesehatan di kemudian hari.

6. Memastikan sumber daya moneter yang cukup dalam sistem dan fleksibilitas untuk mengalokasikan kembali dan menyuntikkan dana ekstra

Aspek utama dari ketahanan kesehatan yaitu memastikan dana atau anggaran kesehatan tersedia dengan cukup. Ketahanan moneter menjadi kunci utama dalam

melakukan ketahanan termasuk dalam bidang kesehatan. Alokasi dana kesehatan jumlahnya harus lebih maksimal dengan tujuan untuk mengantisipasi adanya gondangan kesehatan. Apabila terjadi guncangan maka akan terbentuk ketahanan karena dana dapat dengan mudah dikeluarkan untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang terjadi.

7. Memastikan stabilitas pendanaan sistem kesehatan melalui mekanisme dan cadangan pembiayaan kesehatan *countercyclical*

Pembiayaan sistem kesehatan ditanggung oleh negara, yang mana suatu waktu dapat terjadi keadaan krisis kesehatan sehingga tidak menutup kemungkinan alokasi dana tersebut akan mengalami guncangan. Seperti apapun situasi dan kondisinya, demi terbentuknya ketahanan sistem kesehatan maka alokasi dana untuk sistem kesehatan harus tetap stabil. Demi adanya stabilitas pendanaan sistem kesehatan melalui mekanisme dan cadangan pembiayaan kesehatan maka alokasi dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) jumlahnya harus lebih dioptimalkan.

8. Fleksibilitas pembelian dan realokasi pendanaan untuk memenuhi kebutuhan yang berubah

Ketika terjadi guncangan, maka akan sangat memungkinkan terjadinya perubahan pembelian atau realokasi pendanaan. Dalam situasi terjadinya guncangan maka dana yang dikeluarkan harus di alokasikan untuk sesuatu yang menjadi prioritas yaitu barang atau jasa yang paling dibutuhkan oleh masyarakat. Sehingga fleksibilitas anggaran sangat perlu diterapkan agar terpenuhinya kebutuhan masyarakat yang bersifat darurat.

9. Perlindungan kesehatan yang komprehensif

Salah satu penilaian dalam terbentuknya ketahanan sistem kesehatan yaitu adanya perlindungan kesehatan yang komprehensif. Setiap masyarakat membutuhkan perlindungan kesehatan agar terjaminnya fasilitas pelayanan kesehatan saat dibutuhkan terlebih ketika negara sedang menghadapi kondisi

darurat kesehatan seperti pandemi. Perlu dilakukan upaya yang lebih masif untuk memastikan bahwa seluruh masyarakat di Indonesia memiliki atau ikut serta dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) baik dalam pembiayaannya tergolong dalam Penerima Bantuan Iuran (PBI) atau non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI).

10. Tingkat dan distribusi sumber daya manusia dan fisik yang sesuai

Ketersediaan alat kesehatan, obat-obatan dan sumber daya manusia kesehatan merupakan landasan utama dari terciptanya pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan akan optimal apabila unsur-unsur tersebut terpenuhi dan mencukupi. Apabila jumlah unsur-unsur tersebut dikatakan cukup dan terdistribusi dengan merata, maka sangat mungkin terjadi pada saat munculnya guncangan, sebuah sistem kesehatan dapat bisa menghadapi guncangan tersebut.

11. Kemampuan meningkatkan kapasitas untuk mengatasi lonjakan permintaan yang tiba-tiba

Saat terjadi kondisi darurat kesehatan, sedarurat apapun seluruh masyarakat berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal tersebut tertuang dalam amanat undang-undang bahwa setiap masyarakat berhak hidup sehat dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Kemampuan untuk meningkatkan kapasitas untuk mengatasi lonjakan permintaan yang tiba-tiba dalam melakukan pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator terbentuknya ketahanan sistem kesehatan. Perlu adanya upaya atau strategi lain untuk tetap memenuhi kebutuhan masyarakat. Dalam hal ini, *telemedicine* dapat menjadi salah satu upaya yang dilakukan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan sistem komunikasi jarak jauh. Dalam keadaan darurat kesehatan seperti pandemi, pelayanan dan konsultasi kepada tenaga kesehatan menjadi sangat dibutuhkan oleh masyarakat. Dengan adanya program *telemedicine*, masyarakat dengan

kondisi kesehatan yang tidak terlalu parah tetap dapat mendapatkan pelayanan kesehatan.

12. Tenaga kerja yang termotivasi dan didukung dengan baik

Tenaga kerja dalam hal ini kaitannya adalah tenaga kesehatan merupakan garda terdepan saat terjadi guncangan kesehatan. Tenaga kesehatan merupakan elemen penting yang terlibat secara langsung dalam menghadapi guncangan kesehatan. Dalam situasi pandemi, tenaga kesehatan memiliki porsi dan risiko paling berat pada saat menghadapi krisis kesehatan. Menjadi suatu hal yang amat penting namun terkadang terlupakan yaitu menciptakan lingkungan yang ramah dan suportif bagi tenaga kesehatan agar semangat dan motivasi dapat tumbuh bagi tenaga kesehatan.

13. Pendekatan alternatif dan fleksibel untuk memberikan perawatan

Dalam menghadapi guncangan sistem kesehatan, untuk membentuk ketahanan sistem kesehatan salah satunya perlu dilakukan upaya pengelolaan sumber daya yang lebih optimal dan efisien. Setiap masyarakat yang mengalami sakit berhak mendapatkan perawatan untuk mendapatkan kesembuhan. Salah satu alternatif untuk terbentuknya pemberian layanan perawatan yang fleksibel yaitu dengan adanya bantuan dari orang-orang yang memiliki kompetensi sesuai bidang keilmuan yang dibutuhkan seperti contohnya membuka sistem *volunteer* di kalangan mahasiswa bidang kesehatan atau seseorang yang memiliki kapasitas dalam bidang ilmu kesehatan untuk membantu tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan kesehatan kepada masyarakat.

D. Guncangan Sistem Kesehatan (*Health System Turbulence*)

Sistem kesehatan menjadi salah satu pondasi dari terciptanya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dewasa ini pandemic COVID-19 yang terjadi di hampir seluruh negara menjadi salah satu guncangan dalam sistem kesehatan. Berbagai negara telah berusaha menghadapi sekian banyak dinamika dalam menghadapi pandemic COVID-19. Setiap negara

bersaing untuk memenuhi kebutuhan dalam negerinya untuk dapat bertahan melewati guncangan pandemi COVID-19. Guncangan tidak hanya terjadi pada bidang kesehatan, namun berbagai bidang mulai dari bidang ekonomi sampai pendidikan mendapatkan imbas dari terjadinya pandemi COVID-19. Dengan adanya penurunan dalam berbagai bidang dapat menimbulkan beban ganda dalam berbagai permasalahan terlebih masalah kesehatan masyarakat.

Organisasi kesehatan dunia atau WHO sebagai tatanan global menggambarkan kerangka aksi pada sistem kesehatan dengan menyebutkan terdapat 6 blok yang menjadi tumpuan pada sistem kesehatan yang disebut dengan *Health System Building Blocks* berfungsi sebagai perangkat yang menggambarkan sistem kesehatan dengan satu sama lain saling berkaitan dan dapat saling memberikan intervensi serta melihat pengaruhnya terhadap sistem kesehatan. 6 blok ini merupakan komponen yang sangat rentan mendapatkan guncangan dari berbagai situasi kesehatan di suatu negara. 6 blok tersebut meliputi:

1. Penyediaan Pelayanan (*Service Delivery*)

Menyediakan pelayanan kesehatan yang efektif, aman, dan berkualitas dimanapun dan kapanpun pelayanan tersebut dibutuhkan termasuk dalam hal infrastruktur. Pelayanan kesehatan diberikan kepada masyarakat yang membutuhkan baik individu maupun kelompok dengan mengacu pada standar pelayanan minimal. Penyediaan layanan menjadi prioritas yang harus diperhatikan. Dengan tersedianya layanan kesehatan yang memadai maka salah satu komponen dari ketahanan kesehatan akan terbentuk. Berkaitan dengan pandemi COVID-19 yang terjadi di hampir seluruh negara menjadi salah satu momen yang harus dipelajari bahwa kesediaan pelayanan kesehatan mengalami guncangan dimana diketahui fasilitas pelayanan kesehatan tidak dapat menampung banyaknya pasien yang terkonfirmasi positif COVID-19. Guncangan sistem kesehatan akan teratasi apabila sediaan dan akses pada pelayanan kesehatan mencukupi dan dapat dijangkau dengan mudah oleh masyarakat.

2. Tenaga Kesehatan (*Health Workforce*)

Tenaga kesehatan menjadi salah satu kunci dalam memberikan pelayanan kesehatan. Yang mana pelayanan kesehatan menjadi salah satu elemen atau blok dalam sistem kesehatan. Terdapat tenaga kesehatan yang responsif, adil, efisien dan tersedia dengan jumlah yang memadai menjadi hal penting dalam menciptakan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tenaga kesehatan menjadi salah satu penunjang penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Tersedianya tenaga kesehatan yang kompeten dan terdistribusi dengan merata menjadi salah satu kunci untuk menghadapi guncangan sistem kesehatan.

3. Informasi Kesehatan (*Health Information*)

Memastikan produksi, analisis, penyebaran, dan penggunaan informasi yang akurat dan tepat waktu pada faktor-faktor yang berkaitan dengan determinan kesehatan, kinerja sistem kesehatan dan status kesehatan. Informasi kesehatan menjadi salah satu indikator penting dalam terbentuknya suatu kebijakan kesehatan. Dalam situasi darurat kesehatan seperti contohnya pandemi, informasi kesehatan menjadi suatu hal penting untuk menentukan arah kebijakan dan tindakan yang harus dilakukan kedepan demi tertanganinya situasi darurat kesehatan. Apabila hal tersebut dapat tertangani maka negara dapat menghadapi guncangan sistem kesehatan.

4. Teknologi Medis (*Medical Technologies*)

Termasuk produk medis seperti obat-obatan, vaksin, alat kesehatan dan teknologi lainnya dengan menjamin kualitas, keamanan, kemanjuran (efikasi), efektivitas biaya, serta penggunaannya yang ilmiah dan hemat biaya. Salah satu penunjang dalam dilakukannya pelayanan kesehatan yaitu tersedianya teknologi kesehatan yang dibutuhkan oleh pasien. Kesiapan teknologi medis sangat menentukan kejadian guncangan krisis kesehatan. Semakin teknologi kesehatan

tersedia dengan cukup dan dalam kondisi baik, maka goncangan kesehatan akan dengan cepat berhasil dilewati.

5. Pembiayaan Kesehatan (*Health Financing*)

Melakukan upaya untuk memastikan setiap orang dapat mendapatkan pelayanan kesehatan yang diperlukan dengan cara mengumpulkan dana atau subsidi silang yang bertujuan agar masyarakat yang memiliki keterbatasan ekonomi maupun masyarakat miskin tetap dapat mendapatkan pelayanan kesehatan dan dibebaskan dari keharusan untuk membayar. Pembiayaan kesehatan menjadi salah satu penghambat meratanya akses pelayanan kesehatan karena tidak semua masyarakat dapat dengan mudah mendapatkan akses dan fasilitas pelayanan kesehatan. Masyarakat yang tergolong dalam ekonomi rendah akan sulit menjangkau akses pelayanan kesehatan berbeda dengan masyarakat yang dalam kondisinya tergolong dalam masyarakat ekonomi menengah ke atas akan lebih mudah mengakses pelayanan kesehatan karena fasilitas untuk pembiayaan kesehatannya memadai. Salah satu indikator yang dapat menjadikan adanya goncangan sistem kesehatan salah satunya yaitu pembiayaan kesehatan. Perlu adanya upaya yang harus dilakukan agar tidak adanya kesenjangan di masyarakat dalam mendapatkan akses dan fasilitas kesehatan.

6. Kepemimpinan dan Tata Kelola (*Leadership and Governance*)

Memastikan kerangka kerja kebijakan strategis yang dikombinasikan dengan pengawasan yang efektif, pembangunan koalisi, akuntabilitas, regulasi, insentif dan perhatian terhadap desain sistem. Dalam menghadapi goncangan kesehatan, kondisi kepemimpinan sangat menentukan arah suatu negara dapat melewati kondisi krisis kesehatan atau sebaliknya. Dalam tumpuan hirarki, pemimpin merupakan pemangku kebijakan yang memiliki porsi untuk menentukan arah kebijakan yang akan di ambil. Dengan begitu goncangan kesehatan yang terjadi sangat dapat ditentukan juga oleh kepemimpinan dan tata kelola yang ada.

BAB 4

Determinan Kesehatan Masyarakat

A. Determinan Kesehatan Menurut Hendrik L. Blum (1974)

Hendrik L. Blum mengatakan bahwa ada empat faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Pada gambar 6 menunjukkan bahwa lingkungan mempunyai pengaruh dan peranan paling besar, diikuti perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan.



Gambar 6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat (Hendrik L. Blum, 1974)

1. Lingkungan (*Environment*)

Lingkungan ini meliputi lingkungan fisik (baik natural atau buatan manusia) misalnya sampah, air, udara dan perumahan, dan sosiokultur (ekonomi, pendidikan, pekerjaan dan lain-lain). Pada lingkungan fisik, kesehatan akan dipengaruhi oleh kualitas sanitasi lingkungan dimana manusia itu berada. Hal ini dikarenakan banyak penyakit yang bersumber dari buruknya kualitas sanitasi lingkungan. Misalnya ketersediaan air bersih pada suatu daerah akan

mempengaruhi derajat kesehatan karena air merupakan kebutuhan pokok manusia dan manusia selalu berinteraksi dengan air dalam kehidupan sehari-hari. Sedangkan lingkungan sosial berkaitan dengan kondisi perekonomian suatu masyarakat. Semakin miskin individu/masyarakat maka akses untuk mendapatkan derajat kesehatan yang baik akan semakin sulit. Misalnya manusia membutuhkan makanan dengan gizi seimbang untuk menjaga kelangsungan hidup, jika individu/masyarakat berada pada garis kemiskinan maka akan sulit untuk memenuhi kebutuhan makanan dengan gizi seimbang. Demikian juga dengan tingkat pendidikan individu/masyarakat, semakin tinggi tingkat pendidikan individu/masyarakat maka pengetahuan untuk hidup sehat akan semakin baik. Beberapa contoh faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan antara lain:

- a. Adanya sanitasi lingkungan yang baik akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- b. Ada norma agama pada umat islam tentang konsep haram terhadap alkohol akan menurunkan tingkat konsumsi alkohol.
- c. Dan semakin tinggi tingkat pendidikan individu maupun masyarakat maka pengetahuan akan cara hidup sehat semakin baik (Eliana & Sumiati, S, 2016).

2. Perilaku (*Life Styles*)

Gaya hidup individu atau masyarakat merupakan faktor kedua yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena sehat dan tidak sehatnya individu, keluarga dan masyarakat sangat tergantung pada perilaku manusia itu sendiri. Selain itu, derajat kesehatan manusia juga dipengaruhi oleh kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan, sosial ekonomi dan perilaku-perilaku lain yang melekat pada dirinya. Seperti contohnya, dalam masyarakat yang mengalami transisi dari masyarakat tradisional menuju masyarakat modern, akan terjadi perubahan gaya hidup pada masyarakat tersebut yang akan mempengaruhi derajat kesehatan. Pada masyarakat

tradisional di mana sarana transportasi masih sangat minim maka masyarakat terbiasa berjalan kaki dalam beraktivitas, sehingga individu/masyarakat senantiasa menggerakkan anggota tubuhnya (berolahraga). Pada masyarakat modern di mana sarana transportasi sudah semakin maju, maka individu/masyarakat terbiasa beraktivitas dengan menggunakan transportasi seperti kendaraan bermotor sehingga individu/masyarakat kurang menggerakkan anggota tubuhnya (berolahraga). Kondisi ini dapat beresiko mengakibatkan obesitas pada masyarakat modern karena kurang melakukan aktivitas fisik, ditambah lagi kebiasaan masyarakat modern mengkonsumsi makanan cepat saji yang kurang mengandung serat. Fakta tersebut akan mengakibatkan transisi epidemiologi dari penyakit menular ke penyakit degeneratif. Berikut ini contoh dari *life style* yang dapat mempengaruhi kesehatan seseorang:

- a. Perilaku merokok sejak dini akan meningkatkan risiko kanker pada paru-paru.
- b. Perilaku mengkonsumsi makanan cepat saji (*fastfood*) akan meningkatkan risiko obesitas yang berisiko pada penyakit jantung.
- c. Kebiasaan melakukan konsep 3M (menguras, mengubur, dan menutup) pada pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) akan menurunkan prevalensi penyakit DBD.

3. Pelayanan Kesehatan (*Health Care Services*)

Pelayanan kesehatan merupakan faktor ketiga yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Keberadaan fasilitas kesehatan sangat berpengaruh dalam upaya pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan terhadap penyakit, pengobatan penyakit, perawatan kesehatan serta kelompok dan masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan. Ketersediaan fasilitas sangat dipengaruhi oleh lokasi, apakah dapat dijangkau dengan mudah oleh masyarakat atau tidak. Tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan, informasi dan

motivasi masyarakat untuk mendatangi fasilitas dalam memperoleh pelayanan, serta program pelayanan kesehatan itu sendiri apakah sesuai dengan kebutuhan masyarakat atau tidak. Semakin mudah akses individu atau masyarakat terhadap pelayanan kesehatan maka derajat kesehatan masyarakat akan semakin baik. Adapun faktor pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi kesehatan, dapat dilihat sebagai berikut:

- a. Adanya upaya promotif terhadap penularan HIV/AIDS dapat menurunkan prevalensi HIV/AIDS.
- b. Tersedianya sarana dan prasarana kesehatan yang baik dapat memudahkan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas.
- c. Adanya asuransi kesehatan dapat memudahkan individu/masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan.

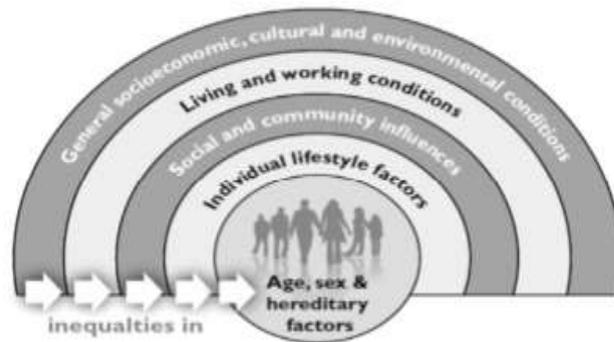
4. Keturunan (*Heredity*)

Faktor keturunan/genetik juga sangat berpengaruh pada derajat kesehatan masyarakat. Hal ini karena ada beberapa penyakit yang diturunkan melalui genetik atau faktor yang telah ada pada diri manusia yang dibawa sejak lahir. Misalnya dari golongan penyakit keturunan, di antaranya diabetes melitus, asma bronkia, epilepsy, retardasi mental, hipertensi dan buta warna. Faktor keturunan ini sulit untuk diintervensi dikarenakan hal ini merupakan bawaan dari lahir dan jika diintervensi maka harga yang dibayar akan terbilang cukup mahal. Berikut contoh faktor keturunan dapat mempengaruhi kesehatan:

- a. Perkawinan antar golongan darah tertentu dapat mengakibatkan leukemia.
- b. Adanya kretinisme atau gagal tumbuh pada anak yang disebabkan oleh mutasi genetik.

B. Determinan Sosial Kesehatan Menurut Dahlgren dan Whitehead (1991)

Dahlgren dan Whitehead (1991) menjelaskan bahwa kesehatan individu dipengaruhi oleh beberapa faktor yang terletak di berbagai lapisan lingkungan. Sebagian besar determinan kesehatan tersebut dapat diubah (*modifiable factors*). Model pelangi dalam determinan sosial kesehatan menggambarkan bahwa status kesehatan individu atau masyarakat dalam setengah lingkaran yang berlapis. Individu yang kesehatannya ingin ditingkatkan terletak di pusat, dengan faktor genetik dan sistem lingkungan.



Gambar 7 Model Pelangi Determinan Sosial Kesehatan (Dahlgren dan Whitehead, 1991)

Lapisan pertama determinan kesehatan meliputi perilaku dan gaya hidup individu, yang meningkatkan ataupun merugikan kesehatan, misalnya pilihan untuk merokok atau tidak merokok. Pada level mikro, faktor genetik berinteraksi dengan paparan lingkungan dan memberikan perbedaan apakah individu lebih rentan atau lebih kuat menghadapi paparan lingkungan yang merugikan. Perilaku dan karakteristik individu dipengaruhi oleh pola keluarga, pola pertemanan, dan norma-norma di dalam komunitas (Dahlgren dan Whitehead, 1991).

Lapisan kedua adalah pengaruh sosial dan komunitas, yang meliputi norma komunitas, nilai-nilai sosial, lembaga komunitas, modal sosial, jejaring sosial, dan sebagainya. Faktor sosial pada level komunitas dapat memberikan dukungan bagi anggota-anggota komunitas pada keadaan yang menguntungkan bagi

kesehatan. Sebaliknya faktor yang ada pada level komunitas dapat juga memberikan efek negatif bagi individu dan tidak memberikan dukungan sosial yang diperlukan bagi kesehatan anggota komunitas (Dahlgren dan Whitehead, 1991).

Lapisan ketiga meliputi faktor-faktor struktural: lingkungan pemukiman yang baik, ketersediaan pangan, ketersediaan energi, kondisi di tempat bekerja, kondisi sekolah, penyediaan air bersih dan sanitasi lingkungan, akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, akses terhadap pendidikan yang berkualitas dan lapangan kerja yang layak (Dahlgren dan Whitehead, 1991).

Lapisan terluar meliputi kondisi-kondisi dan kebijakan sosial-ekonomi, budaya, dan politik umumnya, serta lingkungan fisik. Termasuk beberapa faktor makro yang terletak di lapisan luar adalah kebijakan publik, stabilitas sosial, ekonomi, dan politik, hubungan internasional, investasi pembangunan ekonomi, peperangan/ perdamaian, perubahan iklim dan cuaca, ekosistem, bencana alam maupun bencana buatan manusia seperti kebakaran hutan (Dahlgren dan Whitehead, 1991).

Berdasarkan model determinan ekologi sosial kesehatan Dahlgren dan Whitehead (1991) dapat dijelaskan bahwa kesehatan individu, kelompok, dan komunitas yang optimal membutuhkan:

1. Realisasi potensi penuh dari individu. Beberapa potensi individu tersebut antara lain fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan ekonomi.
2. Pemenuhan ekspektasi peran seseorang dalam keluarga, komunitas, tempat bekerja.
3. Realisasi kebijakan makro.

Berdasarkan model determinan eko-sosial kesehatan Dahlgren dan Whitehead (1991) dapat disimpulkan bahwa kesehatan individu, kelompok, dan komunitas yang optimal membutuhkan realisasi potensi penuh dari individu, baik secara fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan ekonomi, pemenuhan ekspektasi peran seseorang dalam keluarga, komunitas, tempat bekerja, dan realisasi kebijakan makro dapat memperbaiki kondisi lingkungan makro. Implikasi bagi kebijakan, diperlukan kebijakan

publik yang sehat yakni kebijakan publik yang secara langsung maupun tidak langsung dapat meningkatkan kesehatan individu dan kesehatan kolektif komunitas, serta menciptakan distribusi kesehatan yang adil.

Heiman, H. J & Artiga, S (2015) menerangkan bahwa determinan sosial memiliki dampak signifikan pada kesehatan. Determinan sosial kesehatan adalah faktor penentu struktural dan kondisi dimana orang dilahirkan, tumbuh, hidup, dan bekerja. Faktor determinan sosial juga meliputi status sosial ekonomi, pendidikan, lingkungan fisik, pekerjaan, dan jaringan sosial pendukung, serta akses ke perawatan kesehatan.

Economic Stability	Neighborhood and Physical Environment	Education	Food	Community and Social Context	Health Care System
Employment	Housing	Literacy	Hunger	Social integration	Health coverage
Income	Transportation	Language	Access to healthy options	Support systems	Provider availability
Expenses	Safety	Early childhood education		Community engagement	Provider linguistic and cultural competency
Debt	Parks	Vocational training		Discrimination	
Medical bills	Playgrounds	Higher education			
Support	Walkability				Quality of care

Health Outcomes
Mortality, Morbidity, Life Expectancy, Health Care Expenditures, Health Status, Functional Limitations

Gambar 8. Determinan Sosial Kesehatan (Heiman, H. J & Artiga, S, 2015)

Berdasarkan meta analisis yang dilakukan oleh Galea S tahun 2008 dari hampir 50 studi, peneliti menemukan bahwa faktor sosial, termasuk pendidikan, ras, dukungan sosial, dan kemiskinan menyumbang lebih dari sepertiga dari total kematian di Amerika Serikat dalam setahun (Galea, S, et al., 2008). Di Amerika serikat, kemungkinan kematian dini meningkat seiring dengan menurunnya pendapatan. Demikian pula, tingkat pendidikan yang lebih rendah berkorelasi langsung dengan penghasilan yang lebih rendah, kemungkinan merokok yang lebih tinggi, dan harapan

hidup yang lebih rendah (Marmot, M, et al., 2010). Anak-anak yang dilahirkan oleh orang tua dengan status pendidikan yang rendah memiliki kemungkinan untuk hidup dilingkungan yang memiliki hambatan kesehatan yaitu dengan lingkungan yang cenderung tidak aman dan sanitasi pemukiman yang buruk (Singh, G. K, et al., 2010). Baru-baru ini penelitian menunjukkan bahwa dimana seorang anak tumbuh berdampak pada peluang ekonomi masa depannya sebagai orang dewasa juga menunjukkan bahwa lingkungan dimana seorang individu hidup dapat memiliki dampak multi-generasi (Chetty , R et al., 2016).

C. Determinan Sosial Kesehatan Masyarakat Menurut Hermawan Saputra (2020)

Kesehatan masyarakat sangat dipengaruhi oleh situasi sosial yang berkembang ditengah masyarakat itu sendiri. Merujuk kepada pengalaman dan tulisan Hermawan Saputra tentang 101 Pertanyaan Seputar COVID-19 (2020) yang lalu, paling tidak terdapat 4 (empat) determinan sosial utama berkaitan dengan tantangan sekaligus ketahanan sistem kesehatan, yaitu: (1) *Leadership Adaptability* (Adaptasi Kepemimpinan); (2) *Public Communication* (Komunikasi Publik); (3) *Community Empowerment* (Pemberdayaan Masyarakat); (4) *Socio-Economy Driven Value* (Kendali Sosial Ekonomi).



Gambar 9. Hermawan Saputra Excellence Model (2021): Social Determinant of Public Health

Perjalanan penanganan dan pencegahan COVID-19 di Indonesia dan juga di dunia telah memberikan pembelajaran besar dalam stabilitas sistem kesehatan dan juga pencapaian derajat kesehatan masyarakat. Terjadinya guncangan sistem kesehatan (*health system turbulence*) berawal dari ketidaksiapan masyarakat dan pemerintah mengantisipasi 4 (empat) determinan sosial utama kesehatan masyarakat.

Leadership Adaptability (Adaptasi Kepemimpinan) terlihat cukup lambat dalam memprediksi dan mengendalikan psikologi publik yang sedang mendapatkan berbagai informasi seputar COVID-19 yang terkadang belum tervalidasi dengan baik. Perbedaan sikap dan gesture kebijakan pemimpin baik pada lingkup pusat dan daerah turut mengaburkan arah penanganan penyakit secara terpadu dan tepat sasaran. Pada perkembangannya, ketika orkestrasi kepemimpinan mampu diharmonisasikan satu sama lain, terjadi gerak langkah yang kompak dan terarah dalam pengendalian COVID-19. Di Indonesia harmonisasi kepemimpinan ini baru terlihat setelah puncak kasus terjadi pada periode Juni-Juli 2021, sehingga secara perlahan kasus penyakit yang sebelumnya tidak terkendali menjadi lebih baik dan perlahan terkendali setelah dibentuknya Tim Penanggungjawab Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) khususnya zona Jawa-Bali pada Agustus 2021.

Public Communication (Komunikasi Publik) menjadi esensi dalam proses edukasi dan informasi publik tentang wabah penyakit menular seperti COVID-19 . Penggunaan saluran komunikasi (media) dengan tepat guna dan tepat sasaran sangat erat kaitannya dengan persepsi yang tumbuh terhadap upaya pencegahan dan pengendalian penyakit. Pemilihan diksi dan iklim komunikasi yang konsisten turut mengukuhkan semangat masyarakat dalam penegakkan protokol kesehatan terutama menggunakan masker, menjaga jarak dan senantiasa mencuci tangan bila bersentuhan dengan fasilitas public. Namun demikian, dalam perkembangan penanganan COVID-19 hingga September 2021, masih sering dijumpai inkonsistensi Komunikasi Publik terkait dengan penanganan COVID-19 , mulai dari perubahan Kebijakan dan

turunan kebijakan yang sering berubah, hingga implementasi aturan yang berbeda dalam penegakkannya di masing-masing daerah di Indonesia. Masalah komunikasi publik juga berkaitan dengan gencarnya berita hoax (berita palsu dan keliru) berkembang di tengah masyarakat. Hal tersebut turut disebabkan oleh penggunaan konten media yang relatif aksesibel (mudah diakses) dengan beragam sumber informasi dari dalam dan luar negeri.

Community Empowerment (Pemberdayaan Masyarakat) merupakan upaya yang terus digalakkan Pemerintah maupun Pemerhati masalah kesehatan non Pemerintah. Berbagai program kesehatan telah lebih dahulu mengenal istilah ini dalam implementasinya semisal program STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat), upaya penanggulangan Tuberkulosis melalui program pendampingan DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*), pemberdayaan kader dan masyarakat dalam penanggulangan stunting, hingga penanggulan dan penyediaan air bersih melalui kegiatan kesukarelawanan di inisiasi oleh Palang Merah Indonesia (PMI) semisal *Community Based First Aid*. Pemberdayaan Masyarakat ini memuat 2 (dua) kegiatan pokok dalam pelaksanaannya, yaitu: (1) Kegiatan pengorganisasian masyarakat (*community organization*), dimana masyarakat di stimulasi melalui pelibatan peran berbagai pihak (*multi-stakeholders*) yang secara sadar dan bersama-sama menggagas perkumpulan untuk suatu tujuan yang berkaitan dengan penyelesaian permasalahan kesehatan setempat. Biasanya pengorganisasian masyarakat bisa dilakukan dengan menggerakkan organisasi setempat yang sudah ada seperti karang taruna,

Komunitas Ibu-Ibu PKK, komunitas arisan dan paguyuban hingga kelompok remaja seminat. Pengorganisasian masyarakat memiliki prinsip penggalangan sumber daya berbasis masyarakat itu sendiri dengan pembagian peran individu-individu sesuai dengan latar belakang masing-masing dalam komunitas. (2) Kegiatan pengembangan masyarakat (*community development*), dimana masyarakat yang sudah terorganisir di dorong untuk melakukan suatu kegiatan atau aktivitas tertentu dengan cara sistematis dan terencana. Pengembangan masyarakat

mengharuskan adanya penguatan jejaring dalam bentuk komunikasi, advokasi dan kemitraan dengan berbagai pihak. Dengan demikian, upaya Pemberdayaan masyarakat menjadikan masyarakat lebih mandiri apabila sejak pengorganisasian hingga pengembangan tersebut bersandar pada kesadaran, inisiasi bersama, penggunaan sumber daya lokal hingga kemitraan yang mendorong pembagian peran secara keberlanjutan dalam menjamin terselesaikannya persoalan-persoalan kesehatan masyarakat secara permanen.

Socio-Economy (Kendali Sosio-Ekonomi) sebagai konteks utama dalam suatu determinan sosial kesehatan masyarakat. Pengalaman dalam penanganan COVID-19 sepanjang tahun 2020 hingga 2021 menunjukkan adanya tarik menarik kepentingan mempertahankan daya beli dan geliat ekonomi dengan pembatasan aktifitas dan mobilitas untuk memutus mata rantai COVID-19 . Dalam perkembangannya, kasus COVID-19 menjadi *long cases* ketika kebijakan dan implementasi protokol kesehatan bersentuhan dengan kepentingan ekonomi yang mensyaratkan adanya mobilitas dan keramaian baik pada aspek produksi, hingga distribusi dan konsumsi barang dan jasa di tengah masyarakat. namun begitu, adanya perkembangan teknologi melalui penggunaan *platform-platform* digital dan media sosial cukup membantu meringankan aktifitas public dan juga mobilitas dan menjadi sarana utama dalam menjaga stabilitas ekonomi sekaligus membatasi mobilitas untuk pencegahan penularan COVID-19 .

Kendali sosio-ekonomi berikutnya cukup dirasakan menyeluruh pengaruhnya baik dalam adaptasi kepemimpinan, komunikasi public hingga pemberdayaan masyarakat. Seringkali pemimpin mengambil sebuah kebijakan dan keputusan penanganan wabah dengan memperhatikan tingkatan dampaknya terhadap ekonomi baik pada level mikro maupun makro. Komunikasi publik pemerintah juga terkadang terlihat berbeda antara satu kementerian dengan kementerian lainnya, maupun antara pemerintah pada tingkat pusat dan daerah. Hal tersebut erat kaitannya dengan pertimbangan sosio-ekonomi sesuai dengan ranah tanggung jawab dan kewenangan institusi pemerintahan

(secara sektoral) dan juga kepentingan pemerintah daerah dan pusat yang terkadang berbeda satu sama lain. Kendali sosio-ekonomi pada akhirnya juga menjadi penentu dalam pemberdayaan masyarakat. Pada situasi masyarakat yang bersifat statis (pada daerah *rural*), lebih mudah mengedukasi melalui pemberdayaan masyarakat ini dengan cara menjamin kebutuhan ekonomi minimalnya terpenuhi sehingga pemberdayaan komunitas sangat mungkin. Namun pada situasi masyarakat yang bersifat dinamis (pada daerah *urban*), fokus penanganan dan pemberdayaannya lebih kepada lokasi aktivitas kerja dan pelayanan publik.

BAB 5



Arah Kebijakan Dan Pembangunan Kesehatan

Kesehatan sebagai hak asasi manusia secara tegas di amanatkan oleh Undang-Undang Dasar 1945, dimana dinyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pada skala internasional, konstitusi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 1948 juga menyatakan bahwa “*Health is a fundamental right*”, yang mengandung suatu kewajiban untuk menyetihkan yang sakit dan mempertahankan serta meningkatkan yang sehat. Hal ini menjadi landasan pemikiran bahwa sehat sebagai hak asasi manusia dan sehat sebagai investasi.

A. *Pre Pandemic Issues*

1. Lingkungan Strategis Global

Dengan akan berakhirnya agenda *Millennium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015, banyak negara mengakui keberhasilan dari MDGs sebagai pendorong tindakan-tindakan untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan pembangunan masyarakat. Khususnya dalam bentuk dukungan politik. Kelanjutan program ini disebut *Sustainable Development Goals* (SDGs), yang meliputi 17 *goals*. Dalam bidang kesehatan fakta menunjukkan bahwa individu yang sehat memiliki kemampuan fisik dan daya pikir yang lebih kuat, sehingga dapat berkontribusi secara produktif dalam pembangunan masyarakatnya.

Akresi Konvensi Kerangka Kerja Pengendalian Tembakau, *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC) merupakan respon global yang paling kuat terhadap tembakau dan produk tembakau (rokok), yang merupakan penyebab berbagai penyakit fatal. Sampai saat ini telah ada sebanyak 179

negara di dunia yang meratifikasi FCTC tersebut. Indonesia merupakan salah satu negara penggagas dan bahkan turut merumuskan FCTC. Akan tetapi sampai kini justru Indonesia belum mengaksesinya. Sudah banyak desakan dari berbagai pihak kepada Pemerintah untuk segera mengaksesi FCTC. Selain alasan manfaatnya bagi kesehatan masyarakat, juga demi menjaga nama baik Indonesia di mata dunia. Liberalisasi perdagangan barang dan jasa dalam konteks WTO - Khususnya *General Agreement on Trade in Service, Trade Related Aspects on Intellectual Property Rights* serta *Genetic Resources, Traditional Knowledge and Folklores (GRTKF)* merupakan bentuk-bentuk komitmen global yang juga perlu disikapi dengan penuh kehati-hatian. Prioritas yang dilakukan adalah mempercepat penyelesaian *Memorandum of Understanding (MoU)* ke arah perjanjian yang operasional sifatnya, sehingga hasil kerjasama antar negara tersebut bisa dirasakan segera.

2. Lingkungan Strategis Nasional

a. Perkembangan Penduduk

Pertumbuhan penduduk Indonesia ditandai dengan adanya *window of opportunity* di mana rasio ketergantungannya positif, yaitu jumlah penduduk usia produktif lebih banyak dari pada yang usia non-produktif, yang puncaknya terjadi sekitar tahun 2030. Menurut BPS Tahun 2015, jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2015 adalah 256.461.700 orang. Dengan laju pertumbuhan sebesar 1,19% pertahun, maka jumlah penduduk pada tahun 2019 naik menjadi 268.074.600 orang.

Jumlah wanita usia subur akan meningkat dari tahun 2015 yang diperkirakan sebanyak 68,1 juta menjadi 71,2 juta pada tahun 2019. Dari jumlah tersebut, diperkirakan ada 5 juta ibu hamil setiap tahun. Angka ini merupakan estimasi jumlah persalinan dan jumlah bayi lahir, yang juga menjadi petunjuk beban pelayanan ANC, persalinan, dan neonatus/bayi. Penduduk usia kerja yang meningkat dari 120,3 juta pada tahun 2015 menjadi 127,3

juta pada tahun 2019. Penduduk berusia di atas 60 tahun meningkat, yang pada tahun 2015 sebesar 21.6 juta naik menjadi 25,9 juta pada tahun 2019. Jumlah lansia di Indonesia saat ini lebih besar dibanding penduduk benua Australia yakni sekitar 19 juta. Implikasi kenaikan penduduk lansia ini terhadap sistem kesehatan adalah (1) meningkatnya kebutuhan pelayanan sekunder dan tersier, (2) meningkatnya kebutuhan pelayanan *home care* dan (3) meningkatnya biaya kesehatan. Konsekuensi logisnya adalah pemerintah harus juga menyediakan fasilitas yang ramah lansia dan menyediakan fasilitas untuk kaum *disable* mengingat tingginya proporsi disabilitas pada kelompok umur ini.

Masalah penduduk miskin yang sulit berkurang masih akan menjadi masalah penting. Secara kuantitas jumlah penduduk miskin bertambah, dan ini menyebabkan permasalahan biaya yang harus ditanggung pemerintah bagi mereka. Tahun 2014, pemerintah harus memberikan uang premium jaminan kesehatan sebanyak 86,4 juta orang miskin dan mendekati miskin. Data BPS menunjukkan bahwa ternyata selama tahun 2013 telah terjadi kenaikan Indeks Kedalaman Kemiskinan dari 1,75% menjadi 1,89% dan indeks keparahan kemiskinan dari 0,43% menjadi 0,48%. Hal ini berarti tingkat kemiskinan penduduk Indonesia semakin parah, sebab semakin menjauhi garis kemiskinan, dan ketimpangan pengeluaran penduduk antara yang miskin dan yang tidak miskin pun semakin melebar.

Tingkat pendidikan penduduk merupakan salah satu indikator yang menentukan Indeks Pembangunan Manusia. Di samping kesehatan, pendidikan memegang porsi yang besar bagi terwujudnya kualitas SDM Indonesia. Namun demikian, walaupun rata-rata lama sekolah dari tahun ke tahun semakin meningkat, tetapi angka ini belum memenuhi tujuan program wajib belajar 9 tahun. Menurut perhitungan Susenas Triwulan I tahun

2013, rata-rata lama sekolah penduduk usia 15 tahun ke atas di Indonesia adalah 8,14 tahun. Keadaan tersebut erat kaitannya dengan Angka Partisipasi Sekolah (APS), yakni persentase jumlah murid sekolah di berbagai jenjang pendidikan terhadap penduduk kelompok usia sekolah yang sesuai.

b. Disparitas Status Kesehatan

Meskipun secara nasional kualitas kesehatan masyarakat telah meningkat, akan tetapi disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antar perkotaan-pedesaan masih cukup tinggi. Angka kematian bayi dan angka kematian balita pada golongan termiskin hampir empat kali lebih tinggi dari golongan terkaya. Selain itu, angka kematian bayi dan angka kematian ibu melahirkan lebih tinggi di daerah pedesaan, di kawasan timur Indonesia, serta pada penduduk dengan tingkat pendidikan rendah. Persentase anak balita yang berstatus gizi kurang dan buruk di daerah pedesaan lebih tinggi dibandingkan daerah perkotaan.

c. Disparitas Status Kesehatan Antar Wilayah

Beberapa data kesenjangan bidang kesehatan dapat dilihat pada hasil Riskesdas 2013. Proporsi bayi lahir pendek, terendah di Provinsi Bali (9,6%) dan tertinggi di Provinsi NTT (28,7%) atau tiga kali lipat dibandingkan yang terendah. Kesenjangan yang cukup memprihatinkan terlihat pada bentuk partisipasi masyarakat di bidang kesehatan, antara lain adalah keteraturan penimbangan balita (penimbangan balita >4 kali ditimbang dalam 6 bulan terakhir). Keteraturan penimbangan balita terendah di Provinsi Sumatera Utara (hanya 12,5%) dan tertinggi 6 kali lipat di Provinsi DI Yogyakarta (79,0%). Ini menunjukkan kesenjangan aktivitas Posyandu antar provinsi yang lebar. Dibandingkan tahun 2007, kesenjangan ini lebih lebar, ini

berarti selain aktivitas Posyandu makin menurun, variasi antar provinsi juga semakin lebar.

d. Diberlakukannya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Menurut peta jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ditargetkan pada tahun 2019 semua penduduk Indonesia telah tercakup dalam JKN (*Universal Health Coverage - UHC*). Diberlakukannya JKN ini jelas menuntut dilakukannya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, baik pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, serta perbaikan sistem rujukan pelayanan kesehatan. Untuk mengendalikan beban anggaran negara yang diperlukan dalam JKN memerlukan dukungan dari upaya kesehatan masyarakat yang bersifat promotif dan preventif agar masyarakat tetap sehat dan tidak mudah jatuh sakit. Perkembangan kepesertaan JKN ternyata cukup baik. Sampai akhir Juni 2021, jumlah peserta JKN sebanyak 224,91 juta jiwa artinya telah mencapai 82,89% dari jumlah penduduk. Penambahan peserta yang cepat ini tidak diimbangi dengan peningkatan jumlah fasilitas kesehatan, sehingga terjadi antrian panjang yang bila tidak segera diatasi, kualitas pelayanan bisa turun.

e. Kesehatan Gender

Kualitas SDM perempuan harus tetap perlu ditingkatkan, terutama dalam hal: (1) perempuan akan menjadi mitra kerja aktif bagi laki-laki dalam mengatasi masalah-masalah sosial, ekonomi, dan politik; dan (2) perempuan turut mempengaruhi kualitas generasi penerus karena fungsi reproduksi perempuan berperan dalam mengembangkan SDM di masa mendatang. Indeks Pembangunan Gender (IPG) Indonesia telah meningkat dari 63,94 pada tahun 2004 menjadi 68,52 pada tahun 2012. Peningkatan IPG tersebut pada hakikatnya disebabkan

oleh peningkatan dari beberapa indikator komponen IPG, yaitu kesehatan, pendidikan, dan kelayakan hidup.

f. Berlakunya Undang-Undang Tentang Desa

Pada bulan Januari 2014 telah disahkan UU Nomor 6 tahun 2014 tentang Desa. Sejak itu, maka setiap desa dari 77.548 desa yang ada, akan mendapat dana alokasi yang cukup besar setiap tahun. Dengan simulasi APBN 2015 misalnya, ke desa akan mengalir rata-rata Rp 1 Miliar. Kucuran dana sebesar ini akan sangat besar artinya bagi pemberdayaan masyarakat desa. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan pengembangan. Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) akan lebih mungkin diupayakan di tingkat rumah tangga di desa, karena cukup tersedianya sarana-sarana yang menjadi faktor pemungkinnya (*enabling factors*).

g. Menguatnya Peran Provinsi

Dengan diberlakukannya UU Nomor 23 tahun 2014 sebagai pengganti UU Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Provinsi selain berstatus sebagai daerah juga merupakan wilayah administratif yang menjadi wilayah kerja bagi gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat. Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan telah diatur oleh Menteri Kesehatan, maka UU Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang baru ini telah memberikan peran yang cukup kuat bagi provinsi untuk mengendalikan daerah-daerah kabupaten dan kota di wilayahnya. Pengawasan pelaksanaan SPM bidang kesehatan dapat diserahkan sepenuhnya kepada provinsi oleh Kementerian Kesehatan, karena provinsi telah diberi kewenangan untuk memberikan sanksi bagi Kabupaten/Kota berkaitan dengan pelaksanaan SPM.

h. Berlakunya Peraturan Tentang Sistem Informasi Kesehatan

Pada tahun 2014 juga diberlakukan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 46 tentang Sistem Informasi Kesehatan (SIK). PP ini mensyaratkan agar data kesehatan terbuka untuk diakses oleh unit kerja instansi Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang mengelola SIK sesuai dengan kewenangan masing-masing.

3. Lingkungan Strategis Regional

Saat mulai berlakunya Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA) secara efektif pada tanggal 1 Januari 2016. Menurut Rencana Aksi Strategis KKP Lhokseumawe 2015-2019 pemberlakuan ASEAN *Community* yang mencakup total populasi lebih dari 560 juta jiwa, akan memberikan peluang (akses pasar) sekaligus tantangan tersendiri bagi Indonesia. Implementasi ASEAN *Economic Community*, yang mencakup liberalisasi perdagangan barang dan jasa serta investasi sektor kesehatan. Perlu dilakukan upaya meningkatkan daya saing (*competitiveness*) dari fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan dalam negeri. Pembenahan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, baik dari segi sumber daya manusia, peralatan, sarana dan prasarananya, maupun dari segi manajemennya perlu digalakkan. Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, dan lain-lain) harus dilakukan secara serius, terencana, dan dalam tempo yang tidak terlalu lama.

Hal ini berkaitan dengan perjanjian pengakuan bersama *Mutual Recognition Agreement* (MRA) tentang jenis-jenis profesi yang menjadi cakupan dari mobilitas. Dalam MRA tersebut, selain insinyur, akuntan, dan lain-lain, juga tercakup tenaga medis/dokter, dokter gigi dan perawat. Tidak menutup kemungkinan di masa mendatang akan dicakupi pula jenis-jenis tenaga kesehatan lain. Betapa pun, daya saing tenaga kesehatan dalam negeri juga harus ditingkatkan. Institusi-institusi pendidikan tenaga kesehatan harus ditingkatkan kualitasnya melalui pembenahan dan akreditasi.

B. Sustainable Development Goals (SDGs)

1. Pengertian

SDGs (*Sustainable Development Goals*) merupakan sebuah program pembangunan berkelanjutan dimana didalamnya terdapat 17 tujuan dengan 169 target yang terukur dengan tenggat waktu yang ditentukan. SDGs adalah agenda pembangunan dunia yang bertujuan untuk kesejahteraan manusia dan planet bumi. SDGs ini diterbitkan pada tanggal 21 Oktober 2015 menggantikan program sebelumnya yaitu MDGs sebagai tujuan pembangunan bersama sampai tahun 2030 yang disepakati oleh banyak negara dalam forum resolusi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). Kerangka pembangunan yang berkaitan dengan perubahan situasi dunia yang sebelumnya menggunkan konsep MDGs sekarang diganti oleh SDGs.

2. Tujuan

Seperti yang telah diutarakan sebelumnya, SDGs memiliki 17 tujuan dengan 169 target, dimana tujuan dan target-target dari SDGs ini bersifat global serta dapat diaplikasikan secara universal yang dipertimbangkan dengan berbagai realitas nasional, kapasitas serta tingkat pembangunan yang berbeda dan menghormati kebijakan serta prioritas nasional. Tujuan dan target SDGs tidaklah berdiri sendiri, perlu adanya implementasi yang dilakukan secara terpadu.



Gambar 10. Tujuan SDGs (*Sustainable Development Goals*)

Sumber: <https://sdgs.un.org/goals>

Tujuan dari SDGs yang dikutip dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, antara lain sebagai berikut:

- 1) Mengakhiri kemiskinan dalam segala bentuk di manapun.
- 2) Mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan nutrisi yang lebih baik dan mendukung pertanian berkelanjutan.
- 3) Memastikan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua untuk semua usia.
- 4) Memastikan pendidikan yang inklusif dan berkualitas setara, juga mendukung kesempatan belajar seumur hidup bagi semua.
- 5) Mencapai kesetaraan gender dan memberdayakan semua perempuan dan anak perempuan.
- 6) Memastikan ketersediaan dan manajemen air bersih yang berkelanjutan dan sanitasi bagi semua.
- 7) Memastikan akses terhadap energi yang terjangkau, dapat diandalkan, berkelanjutan dan modern bagi semua.
- 8) Mendukung pertumbuhan ekonomi yang inklusif dan berkelanjutan, tenaga kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak bagi semua.
- 9) Membangun infrastruktur yang tangguh, mendukung industrialisasi yang inklusif dan berkelanjutan dan membantu perkembangan inovasi.
- 10) Mengurangi ketimpangan di dalam dan antar negara.
- 11) Membangun kota dan pemukiman yang inklusif, aman, tangguh dan berkelanjutan.
- 12) Memastikan pola konsumsi dan produksi yang berkelanjutan.
- 13) Mengambil aksi segera untuk memerangi perubahan iklim dan dampaknya.
- 14) Menkonservasi dan memanfaatkan secara berkelanjutan sumber daya laut, samudera dan maritime untuk pembangunan yang berkelanjutan.

- 15) Melindungi, memulihkan dan mendukung penggunaan yang berkelanjutan terhadap ekosistem daratan, mengelola hutan secara berkelanjutan, memerangi desertifikasi (penggurunan), dan menghambat dan membalikkan degradasi tanah dan menghambat hilangnya keanekaragaman hayati.
- 16) Mendukung masyarakat yang damai dan inklusif untuk pembangunan berkelanjutan, menyediakan akses terhadap keadilan bagi semua dan membangun institusi-institusi yang efektif, akuntabel dan inklusif di semua level.
- 17) Memperkuat ukuran implementasi dan merevitalisasi kemitraan global untuk pembangunan yang berkelanjutan.

C. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) 2005-2025

1. Pendahuluan

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) merupakan penjabaran dari dibentuknya Pemerintahan Negara Indonesia yang tercantum dalam Pembukaan Undang-undang Dasar (UUD) 1945, yaitu untuk: 1) melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia; 2) memajukan kesejahteraan umum; 3) mencerdaskan kehidupan bangsa; dan 4) ikut menciptakan ketertiban dunia berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial.

Arah pembangunan kesehatan jangka panjang juga sudah tercantum secara ringkas dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) Tahun 2005-2025. Untuk dapat memberikan kejelasan yang lebih spesifik dari arah pembangunan kesehatan tersebut, maka dipandang perlu ditetapkan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) Tahun 2005-2025.

2. Pengertian

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) adalah rencana pembangunan nasional di bidang kesehatan, yang merupakan penjabaran dari RPJPN Tahun 2005-2025, dalam bentuk dasar, visi, misi, arah dan kebutuhan sumber daya pembangunan nasional di bidang kesehatan untuk masa 20 tahun ke depan, yang mencakup kurun waktu sejak tahun 2005 sampai dengan tahun 2025.

3. Maksud dan Kegunaan

RPJP-K sebagai rencana pembangunan kesehatan nasional di bidang kesehatan untuk jangka waktu 20 tahun ke depan sampai dengan tahun 2025, ditetapkan dengan maksud memberikan arah sekaligus menjadi acuan bagi pemerintah dan masyarakat termasuk swasta dalam mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan sesuai dengan dasar, visi, misi dan arah pembangunan kesehatan yang telah disepakati. Dengan demikian diharapkan seluruh upaya yang dilakukan oleh masing-masing pelaku pembangunan kesehatan dapat bersinergi dan saling melengkapi antara satu pelaku dengan pelaku pembangunan kesehatan lainnya. Dalam kaitan ini Sistem Kesehatan Nasional sebagai bentuk dan cara penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan perlu mengacu pada RPJP-K ini.

4. Visi

Kesehatan adalah salah satu unsur dari masyarakat Indonesia yang sejahtera, yaitu tercapainya hak atas hidup sehat bagi seluruh lapisan masyarakat melalui sistem kesehatan yang dapat menjamin terlindunginya masyarakat dari berbagai risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan dan tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, terjangkau dan merata. Kesehatan sebagai investasi akan menghasilkan penduduk yang sehat dan produktif sebagai SDM pembangunan yang berkelanjutan serta memiliki daya saing global.

Keadaan masa depan masyarakat Indonesia yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan negara yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku hidup sehat, baik jasmani, rohani maupun sosial, dan memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Keadaan masyarakat Indonesia di masa depan atau visi yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan dirumuskan sebagai Indonesia Sehat 2025.

Dalam Indonesia Sehat 2025, lingkungan strategis pembangunan kesehatan yang diharapkan adalah lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat jasmani, rohani maupun sosial, yaitu lingkungan yang bebas dari kerawanan sosial budaya dan polusi, tersedianya air minum dan sarana sanitasi, lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang memiliki solidaritas sosial dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.

Perilaku masyarakat yang diharapkan dalam Indonesia Sehat 2025 adalah perilaku yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit dan masalah kesehatan lainnya, sadar hukum, serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat, termasuk menyelenggarakan masyarakat sehat dan aman (*safe community*).

Dalam Indonesia Sehat 2025 diharapkan masyarakat memiliki kemampuan menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu dan juga memperoleh jaminan kesehatan, yaitu masyarakat mendapatkan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya. Pelayanan kesehatan bermutu yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan dalam keadaan darurat dan bencana,

pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan masyarakat serta diselenggarakan sesuai dengan standar dan etika profesi.

Diharapkan dengan terwujudnya lingkungan dan perilaku hidup sehat, serta meningkatnya kemampuan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, maka akan dapat dicapai derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat yang setinggi-tingginya.

5. Misi

Dengan berlandaskan pada dasar Pembangunan Kesehatan, dan untuk mewujudkan Visi Indonesia Sehat 2025, ditetapkan 4 (empat) misi Pembangunan Kesehatan, yaitu:

a. Menggerakkan Pembangunan Nasional Berwawasan Kesehatan

Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi pula oleh hasil kerja serta kontribusi positif dari berbagai sektor pembangunan lainnya. Untuk optimalisasi hasil kerja serta kontribusi positif tersebut, harus dapat diupayakan masuknya wawasan kesehatan sebagai asas pokok program pembangunan nasional. Kesehatan sebagai salah satu unsur dari kesejahteraan rakyat juga mengandung arti terlindunginya dan terlepasnya masyarakat dari segala macam gangguan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

Untuk dapat terlaksananya pembangunan nasional yang berkontribusi positif terhadap kesehatan seperti dimaksud di atas, maka seluruh unsur atau subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN) berperan sebagai penggerak utama pembangunan nasional berwawasan kesehatan.

b. Mendorong Kemandirian Masyarakat untuk Hidup Sehat

Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat termasuk swasta, dan

pemerintah. Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan setiap individu, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya dilakukan tanpa meninggalkan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Kesadaran, kemauan dan kemampuan setiap individu, keluarga dan masyarakat untuk menjaga kesehatan, memilih, dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. Penyelenggaraan pemberdayaan masyarakat meliputi: a) penggerakan masyarakat; masyarakat paling bawah memiliki peluang yang sebesar-besarnya untuk terlibat aktif dalam proses pembangunan kesehatan, b) organisasi kemasyarakatan; diupayakan agar peran organisasi masyarakat lokal semakin berfungsi dalam pembangunan kesehatan, c) advokasi; masyarakat memperjuangkan kepentingannya di bidang kesehatan, d) kemitraan; dalam pemberdayaan masyarakat penting untuk meningkatkan kemitraan dan partisipasi lintas sektor, swasta, dunia usaha dan pemangku kepentingan, e) sumberdaya; diperlukan sumberdaya memadai spt SDM, sistem informasi dan dana.

c. Memelihara dan Meningkatkan Upaya Kesehatan yang Bermutu, Merata dan Terjangkau

Pembangunan kesehatan diselenggarakan guna menjamin tersedianya upaya kesehatan, baik upaya kesehatan masyarakat maupun upaya kesehatan perorangan yang bermutu, merata, dan terjangkau oleh masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pengutamaan pada upaya pencegahan (preventif), dan peningkatan kesehatan (promotif) bagi segenap warga negara Indonesia, tanpa mengabaikan upaya penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan, diperlukan pula upaya peningkatan lingkungan yang sehat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan kemitraan antara

pemerintah, dan masyarakat termasuk swasta. Untuk masa mendatang, apabila sistem jaminan kesehatan sosial telah berkembang, penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan primer akan diserahkan kepada masyarakat dan swasta dengan menerapkan konsep dokter keluarga. Pada daerah yang sangat terpencil, masih diperlukan upaya kesehatan perorangan oleh Puskesmas.

d. Meningkatkan dan Mendayagunakan Sumber Daya Kesehatan

Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, sumber daya kesehatan perlu ditingkatkan dan didayagunakan, yang meliputi sumber daya manusia kesehatan, pembiayaan kesehatan, serta sediaan farmasi dan alat kesehatan. Sumber daya kesehatan meliputi pula penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan/kedokteran, serta data dan informasi yang semakin penting peranannya. Tenaga kesehatan yang bermutu harus tersedia secara mencukupi, terdistribusi secara adil, serta dimanfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya-guna.

Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat, swasta, dan pemerintah harus tersedia dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan dimanfaatkan secara berhasil-guna serta berdaya-guna. Jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, bertujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Sediaan farmasi, alat kesehatan yang aman, bermutu, dan bermanfaat harus tersedia secara merata serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, makanan dan minuman yang aman, bermutu serta dengan pengawasan yang baik. Upaya dalam meningkatkan ketersediaan tersebut, dilakukan dengan upaya peningkatan manajemen, pengembangan serta

penggunaan teknologi di bidang sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman.

D. Arah Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025

1. Tujuan dan Sasaran

a. Tujuan

Tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2025 adalah meningkatnya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud, melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia.

b. Sasaran

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, yang ditunjukkan oleh indikator dampak yaitu:

- 1) Meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH) dari 69 tahun pada tahun 2005 menjadi 73,7 tahun pada tahun 2025.
- 2) Menurunnya Angka Kematian Bayi dari 32,3 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 menjadi 15,5 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2025.
- 3) Menurunnya Angka Kematian Ibu dari 262 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 menjadi 74 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2025.
- 4) Menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita dari 26% pada tahun 2005 menjadi 9,5% pada tahun 2025.

2. Strategi Pembangunan Kesehatan

Untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan, maka strategi pembangunan kesehatan yang akan ditempuh sampai tahun 2025, yaitu:

a. Pembangunan Nasional Berwawasan Kesehatan

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat yang sangat fundamental. Pembangunan kesehatan juga sekaligus sebagai investasi pembangunan nasional, dengan demikian pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional. Dalam kaitan ini pembangunan nasional perlu berwawasan kesehatan. Diharapkan setiap program pembangunan nasional yang terkait dengan pembangunan kesehatan, dapat memberikan kontribusi yang positif terhadap tercapainya nilai-nilai dasar pembangunan kesehatan.

Untuk terselenggaranya pembangunan nasional berwawasan kesehatan, perlu dilaksanakan kegiatan advokasi, sosialisasi, orientasi, kampanye dan pelatihan, sehingga semua pelaku pembangunan nasional (*stakeholders*) memahami dan mampu melaksanakan pembangunan nasional berwawasan kesehatan. Selain itu perlu pula dilakukan penjabaran lebih lanjut dari pembangunan nasional berwawasan kesehatan, sehingga benar-benar dapat dilaksanakan dan diukur tingkat pencapaian dan dampak yang dihasilkan.

Dalam penyelenggaraan pembangunan nasional berwawasan kesehatan, pengembangan hukum di masa mendatang menjadi sangat penting, untuk menjamin terwujudnya kepastian hukum, keadilan hukum, dan manfaat hukum.

b. Pemberdayaan Masyarakat dan Daerah

Peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan semakin penting. Masalah kesehatan perlu diatasi oleh masyarakat sendiri dan pemerintah. Selain itu, banyak permasalahan kesehatan yang wewenang dan tanggung

jawabnya berada di luar sektor kesehatan. Untuk itu perlu adanya kemitraan antar berbagai pelaku pembangunan kesehatan. Pemberdayaan masyarakat pada hakekatnya adalah melibatkan masyarakat untuk aktif dalam pengabdian masyarakat (*to serve*), aktif dalam pelaksanaan advokasi kesehatan (*to advocate*), dan aktif dalam mengkritisi pelaksanaan upaya kesehatan (*to watch*).

Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik daerah. Oleh karenanya dalam pembangunan kesehatan diperlukan adanya pendelegasian wewenang yang lebih besar kepada daerah. Kesiapan daerah dalam menerima dan menjalankan kewenangannya dalam pembangunan kesehatan, sangat dipengaruhi oleh tingkat kapasitas daerah yang meliputi perangkat organisasi dan sumber daya manusianya, serta kemampuan fiskal. Untuk itu harus dilakukan penetapan yang jelas tentang peran pemerintah pusat dan pemerintah daerah di bidang kesehatan, upaya kesehatan yang wajib dilaksanakan oleh daerah, dan pengembangan serta pemberdayaan sumber daya daerah.

c. Pengembangan Upaya dan Pembiayaan Kesehatan

Pengembangan pelayanan atau upaya kesehatan, yang mencakup upaya kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perorangan diselenggarakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat (*client oriented*), dan dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, merata, terjangkau, berjenjang, profesional, dan bermutu. Pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin perlu mendapatkan pengutamaan. Penyelenggaraan upaya kesehatan diutamakan pada upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan, tanpa mengabaikan upaya pengobatan dan pemulihan kesehatan. Penyelenggaraan upaya kesehatan dilakukan dengan prinsip kemitraan antara pemerintah, masyarakat, dan swasta. Menghadapi

lingkungan strategis pembangunan kesehatan, perlu dilakukan reorientasi upaya kesehatan, yaitu yang berorientasi terutama pada desentralisasi, globalisasi, perubahan epidemiologi, dan menghadapi keadaan bencana.

Pengembangan upaya kesehatan perlu menggunakan teknologi kesehatan/kedokteran dan informatika yang semakin maju, antara lain pembuatan berbagai vaksin, pemetaan dan *test* dari gen, terapi gen, tindakan dengan intervensi bedah yang minimal, transplantasi jaringan, otomatisasi administrasi kesehatan/kedokteran, upaya klinis dan rekam medis dengan dukungan komputersasi, serta telekomunikasi jarak jauh (*telehealth*).

Dalam 20 tahun mendatang, pelayanan rumah sakit terus dikembangkan dan kegiatan-kegiatannya harus bertumpu kepada fungsi sosial yang dikaitkan dengan sistem jaminan kesehatan sosial nasional. Puskesmas harus mampu melaksanakan fungsinya sebagai penggerak pemberdayaan masyarakat, pusat penanggulangan masalah kesehatan dan pusat pelayanan kesehatan primer.

Pembiayaan kesehatan yang berasal dari berbagai sumber, baik dari pemerintah, masyarakat, dan swasta harus mencukupi bagi penyelenggaraan upaya kesehatan, dan dikelola secara berhasil-guna dan berdaya-guna. Pembiayaan kesehatan untuk menjamin terpelihara dan terlindunginya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, diselenggarakan secara nasional dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.

Penting untuk dikembangkan sinergisme, terutama diantara upaya kesehatan dan pembiayaan kesehatan berdasarkan prinsip asuransi sosial, dengan dukungan pengembangan sumber daya manusia kesehatan berbasis kompetensi, yang dilandasi oleh peningkatan etika dan hukum. Berbagai organisasi profesi

kesehatan dan pemerintah sangat berperan dalam mengembangkan sinergi dimaksud.

Peran swasta dalam upaya kesehatan perlu terus dikembangkan secara strategis dalam konteks pembangunan kesehatan secara keseluruhan. Interaksi upaya publik dan sektor swasta penting untuk ditingkatkan secara bertahap. Penyelenggaraan pembangunan kesehatan dimaksud perlu didukung dengan penelitian dan kajian kesehatan yang bersifat mendasar, luas dan berjangkau ke depan.

d. Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat tidak akan terwujud apabila tidak didukung oleh sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi jumlahnya, dan profesional, yaitu sumber daya manusia kesehatan yang mengikuti perkembangan IPTEK, menerapkan nilai-nilai moral dan etika profesi yang tinggi. Semua tenaga kesehatan dituntut untuk selalu menjunjung tinggi sumpah dan kode etik profesi.

Dalam pelaksanaan strategi ini dilakukan perencanaan kebutuhan dan penentuan standar kompetensi tenaga kesehatan, pengadaan tenaga kesehatan, dan pendayagunaan tenaga kesehatan serta pembinaan dan pengawasan sumber daya manusia kesehatan, Upaya pengadaan tenaga kesehatan dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan di Indonesia dalam era desentralisasi dan globalisasi. Upaya pengadaan ini dilakukan melalui pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan. Pendayagunaan tenaga kesehatan antara lain meliputi distribusi tenaga kesehatan secara merata dan peningkatan karier dari tenaga kesehatan tersebut. Pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan dilakukan melalui peningkatan komitmen dan legislasi yang

meliputi antara lain sertifikasi, uji kompetensi, registrasi, dan perijinan (licensing) tenaga kesehatan. Selain itu, penting dilakukan upaya untuk pemenuhan hak-hak tenaga kesehatan.

e. Penanggulangan Keadaan Darurat Kesehatan

Keadaan darurat kesehatan dapat terjadi karena bencana, baik bencana alam maupun bencana karena ulah manusia, termasuk konflik sosial. Keadaan darurat kesehatan akan mengakibatkan dampak yang luas, tidak saja pada kehidupan masyarakat di daerah bencana, namun juga pada kehidupan bangsa dan negara. Oleh karenanya penanggulangan keadaan darurat kesehatan yang mencakup upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan, dilakukan secara komprehensif, mitigasi serta didukung kerjasama lintas sektor dan peran aktif masyarakat.

3. Upaya Pokok Pembangunan Kesehatan

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan diutamakan bagi penduduk rentan, yakni ibu, bayi, anak, usia lanjut dan keluarga miskin yang dilaksanakan melalui peningkatan upaya pokok pembangunan kesehatan yang terdiri dari: Upaya Kesehatan; Pembiayaan Kesehatan; Sumber Daya Manusia Kesehatan; Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan Minuman, Manajemen dan informasi Kesehatan serta Pemberdayaan Masyarakat.

Upaya pokok tersebut dilaksanakan dengan memperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (Iptek), globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan, dan kerjasama lintas sektor.

Pembangunan kesehatan diprioritaskan pada pemberdayaan dan kemandirian masyarakat, serta upaya kesehatan, khususnya upaya promotif dan preventif, yang ditunjang oleh pengembangan dan pemberdayaan SDM

kesehatan. Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan tersebut diberikan perhatian khusus kepada pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin, daerah tertinggal, daerah bencana, daerah perbatasan, daerah terpencil termasuk pulau-pulau kecil, dengan memperhatikan kesetaraan gender.

Untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan sampai dengan tahun 2025 dan dengan mempertimbangkan kemungkinan ketersediaan sumber daya kesehatan, maka peningkatan upaya pokok pembangunan kesehatan dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) dilaksanakan sesuai dengan tahapan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Bidang Kesehatan (RPJM-K). Pentahapan RPJP-K dimaksudkan untuk memberikan tuntunan bagi penyusunan RPJM-K, yang harus disesuaikan dengan perkembangan dan kemajuan pembangunan nasional bangsa Indonesia. Pentahapan yang diuraikan bersifat indikatif dan harus disesuaikan dengan kondisi nyata pada saat penyusunan RPJM-K, agar lebih bermanfaat dan memberikan respons yang tepat bagi perkembangan pembangunan kesehatan di Indonesia.

Pentahapan RPJP-K dalam 4 (empat) periode RPJM-K disusun dengan memperhatikan pentahapan RPJP-N sebagaimana ditetapkan dalam Undang-Undang nomor 17 Tahun 2007, yang antara lain menetapkan:

- 1) Dalam RPJM ke-1 (2005–2009) kesejahteraan masyarakat Indonesia telah meningkat yang ditandai dengan meningkatnya kualitas sumber daya manusia. Peningkatan kualitas sumber daya manusia, antara lain, ditandai oleh meningkatnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan Indeks Pembangunan Gender (IPG) sebagai hasil dari upaya pembangunan nasional, termasuk peningkatan kualitas dan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, peningkatan kesejahteraan dan perlindungan perempuan dan anak, serta pengendalian jumlah dan laju pertumbuhan penduduk.

- 2) Dalam RPJM ke-2 (2010-2014), kesejahteraan masyarakat terus meningkat yang ditunjukkan oleh membaiknya berbagai indikator pembangunan sumber daya manusia, seperti meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat, meningkatnya kesetaraan gender, meningkatnya tumbuh kembang optimal, kesejahteraan dan perlindungan anak, terkendalinya jumlah dan laju pertumbuhan penduduk, serta menurunnya kesenjangan antar individu, antar kelompok masyarakat dan antar daerah.
- 3) Dalam RPJM ke-3 (2015-2019) kesejahteraan masyarakat terus membaik, meningkat sebanding dengan negara-negara berpenghasilan menengah. Kualitas SDM terus membaik yang ditandai antara lain oleh meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat, meningkatkan kesetaraan gender, meningkatnya tumbuh kembang optimal, kesejahteraan dan perlindungan anak, serta terpenuhinya penyediaan air minum untuk memenuhi kebutuhan dasar masyarakat.
- 4) Dalam RPJM ke-4 (2020-2024) kesejahteraan masyarakat terus meningkat yang ditunjukkan antara lain oleh sudah baiknya SDM berkualitas dan berdaya saing yang didukung oleh meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat, meningkatnya tumbuh kembang optimal, kesejahteraan dan perlindungan anak, terwujudnya kesetaraan gender, serta bertahannya kondisi dan penduduk tumbuh seimbang.



Gambar 11. Arah Pembangunan Kesehatan (2005-2024)
Sumber: Bahan Paparan Prof. Dr. dr. Nila F. Moeloek pada
Rapat Kerja Kesehatan Nasional Regional Tengah.
Denpasar, 15 Februari 2015.

Tahapan RPJP-K dalam RPJM-K secara indikatif adalah sebagai berikut:

a. RPJM-K Ke-1 (2005-2009)

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan. Dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, perhatian khusus diberikan pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu dan anak, pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, penanggulangan penyakit dan gizi buruk, penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana, dan pelayanan kesehatan di daerah terpencil, daerah tertinggal, dan daerah perbatasan. Akses masyarakat terhadap upaya kesehatan perorangan yang bermutu, dilakukan dengan lebih mengoptimalkan kemampuan Puskesmas dan kualitas pelayanan di rumah sakit, serta peningkatan sistem rujukannya.

Penanggulangan penyakit menular diutamakan pada penyakit yang menimbulkan masalah kesehatan masyarakat dan menurunkan produktivitas penduduk. Upaya penanggulangan penyakit tidak menular dikembangkan, dalam rangka antisipasi permasalahan

kesehatan di masa depan. Upaya pembangunan dan perbaikan gizi masyarakat dilaksanakan secara optimal sehingga tercapai kebutuhan pangan di tingkat rumah tangga dengan kandungan gizi yang cukup, seimbang, serta terjamin keamanannya. Penanggulangan keadaan darurat kesehatan, termasuk masalah kesehatan akibat bencana telah dapat dilaksanakan secara komprehensif dengan dukungan kerjasama lintas sektor dan peran aktif masyarakat. Penelitian dan pengembangan kesehatan yang bersifat mendasar, luas, dan menjangkau ke depan mulai dikembangkan dan dilembagakan.

Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah semakin meningkat dengan pemenuhan pembiayaan pada pelayanan kesehatan perorangan bagi seluruh masyarakat rentan dan keluarga miskin (Penerima Bantuan Iuran/PBI). Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat dan swasta terus didorong agar semakin meningkat. Pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah diupayakan difokuskan pada pencapaian sasaran prioritas pembangunan kesehatan dengan pembiayaan upaya kesehatan masyarakat yang semakin meningkat dan proporsional.

Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan bagi masyarakat rentan dan penduduk miskin sepenuhnya telah dilakukan dengan cara pra-upaya. Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan pada kelompok formal/penerima upah dan kelompok informal dengan cara pra-upaya terus didorong dan ditingkatkan.

Pembelanjaan kesehatan untuk pelayanan kesehatan perorangan bersumber dari pembiayaan pemerintah dilaksanakan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel dengan pelayanan terkendali. Pembelanjaan kesehatan untuk pelayanan kesehatan perorangan bersumber dari pembiayaan swasta dan masyarakat. Didorong agar terlaksana secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel dengan pelayanan terkendali. Pembelanjaan

kesehatan untuk upaya kesehatan masyarakat diarahkan kepada upaya pencegahan dan promosi untuk mengatasi masalah kesehatan yang utama.

Pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK), terutama untuk pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya, termasuk bidan di perdesaan dan Rumah Sakit Kabupaten/Kota sebagian besar telah terpenuhi. Kemampuan perencanaan SDMK pada tingkat pusat dan di beberapa provinsi telah meningkat dan mampu menyusun rencana kebutuhan SDMK secara lengkap dan rinci. Dalam pengadaan SDMK penguatan pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDMK dilaksanakan agar sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. Pelatihan tersebut terutama meliputi pelatihan teknis, fungsional dan manajemen kesehatan. Dalam pendayagunaan SDM Kesehatan rencana distribusi SDMK dan rencana penguatan manajemen karier SDMK telah disusun. Pembinaan, pengawasan, dan dukungan sumberdaya untuk pengembangan dan pemberdayaan SDMK semakin ditingkatkan antara lain dengan meningkatkan komitmen politik dengan ditetapkannya strategi Pengembangan dan Pemberdayaan SDMK dalam UU Kesehatan yang baru.

Upaya optimalisasi industri farmasi nasional dilaksanakan guna meningkatkan distribusi, pelayanan dan pemanfaatan sediaan farmasi dan alat kesehatan dengan mulai meningkatkan kemandirian pada pengadaan bahan baku. Pengkajian harga obat dilakukan dalam kerangka meningkatkan keterjangkauan masyarakat terhadap harga obat. Rasionalisasi harga obat dapat dilaksanakan. Sarana distribusi obat sektor swasta ditingkatkan, dalam upaya mendekatkan pelayanan obat kepada masyarakat dengan harga yang terjangkau. Pengawasan obat dan makanan lebih dikembangkan.

Pada tahap ini kebijakan dan administrasi kesehatan dikembangkan untuk menerapkan dasar-dasar

sinergisme antara upaya-upaya pokok pembangunan kesehatan, yaitu upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan termasuk makanan dan minuman, dan pemberdayaan masyarakat. Sistem informasi kesehatan dalam era desentralisasi dibangun kembali. Pada bidang hukum kesehatan, dengan berbagai perubahan lingkungan strategis baik internal maupun eksternal, dilakukan konsolidasi dan penataan kembali berbagai peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan yang sudah kurang sesuai lagi dengan perkembangan.

Pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan terus ditingkatkan, sehingga peran dan kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan meningkat. Edukasi kesehatan lebih ditingkatkan dalam upaya memberikan pengetahuan, kemauan dan kemampuan bagi individu, kelompok dan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Revitalisasi berbagai Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) ditingkatkan. Penggerakkan kelompok-kelompok masyarakat yang tergabung dalam organisasi kemasyarakatan dilakukan guna mewujudkan peran aktifnya dalam penyelenggaraan pembangunan. Kemampuan masyarakat desa dalam mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan, termasuk masalah kesehatan akibat bencana secara dini mulai dikembangkan.

b. RPJM-K Ke-2 (2010-2014)

Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas telah lebih berkembang dan meningkat. Dalam upaya mencapai target MDGs di bidang kesehatan penyelenggaraan upaya kesehatan ditingkatkan intensitasnya dengan tetap memberikan perhatian khusus pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu dan anak, pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, penanggulangan penyakit dan gizi buruk, penanggulangan

masalah kesehatan akibat bencana, dan pelayanan kesehatan di daerah terpencil, daerah tertinggal, dan daerah perbatasan. Revitalisasi Puskesmas dilaksanakan agar dapat melaksanakan upaya kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perorangan secara serasi dan sinergis sesuai dengan perkembangan IPTEK kesehatan. Kualitas pelayanan di rumah sakit dan sistem rujukan terus ditingkatkan. Penanggulangan penyakit menular terus ditingkatkan, terutama ditujukan pada penyakit-penyakit yang target penurunan angka kesakitannya disepakati dalam MDGs. Upaya penanggulangan penyakit tidak menular telah lebih berkembang sejalan dengan meningkatnya penduduk usia lanjut dan perubahan pola hidup masyarakat. Upaya pembangunan dan perbaikan gizi masyarakat dilaksanakan dengan lebih optimal. Upaya penanggulangan pencemaran lingkungan lebih ditingkatkan dan dikembangkan lagi. Penyediaan air minum dan sarana sanitasi dasar sudah makin meningkat. Pembangunan berwawasan kesehatan sudah mulai dilaksanakan secara konsisten oleh semua bidang-bidang pembangunan nasional. Penelitian dan pengembangan kesehatan yang mendasar telah berkembang mendukung upaya pembangunan kesehatan. Teknologi kesehatan lebih meningkat.

Pembiayaan kesehatan bersumber dari pemerintah lebih meningkat lagi dengan sustainabilitas pemenuhan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan bagi seluruh masyarakat rentan dan keluarga miskin (PBI). Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat dan swasta telah semakin meningkat serta telah ada upaya kemitraan pemerintah dan swasta. Pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah telah fokus pada pencapaian prioritas pembangunan kesehatan dengan sebagian besar pembiayaan Pemerintah untuk upaya kesehatan masyarakat.

Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan penduduk miskin telah dilakukan secara prapayak dengan prinsip asuransi kesehatan sosial yang telah melembaga. Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan secara kelompok formal/penerima upah telah dilakukan dengan cara jaminan kesehatan sosial dan mulai melembaga dalam satu kesatuan prinsip penyelenggaraan. Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan kelompok informal mulai melembaga dan menganut prinsip asuransi kesehatan sosial.

Pembelanjaan kesehatan untuk pelayanan kesehatan perorangan bersumber dari pembiayaan pemerintah yang dilakukan melalui jaminan kesehatan sosial telah dilaksanakan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel dengan pelayanan terkendali secara berkesinambungan. Pembelanjaan kesehatan untuk pelayanan kesehatan bersumber dari pembiayaan swasta dan masyarakat semakin efektif, efisien, transparan dan akuntabel dengan pelayanan terkendali. Pembelanjaan kesehatan untuk upaya kesehatan masyarakat telah semakin mengarah kepada upaya pencegahan dan promosi untuk mengatasi masalah kesehatan yang utama.

Pemenuhan kebutuhan SDM Kesehatan untuk daerah terpencil sebagian besar telah dipenuhi, termasuk kepulauan dan daerah perbatasan. SDM Kesehatan di pusat dan daerah memiliki kompetensi sesuai profesi dan kebutuhan ditempat kerja. Kemampuan daya saing SDM Kesehatan meningkat. Pusat dan semua Provinsi telah mampu melaksanakan perencanaan SDM Kesehatan, yang didukung oleh sistem informasi SDM Kesehatan. Pendidikan dan pelatihan SDM Kesehatan dapat berkembang sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan dan terkait dengan sistem pendidikan secara nasional. Standar pelayanan kesehatan dan standar kompetensi SDM Kesehatan sebagai acuan dalam penerapan standar pendidikan dan pelaksanaan pendidikan tersebut. Program distribusi dan rencana penguatan manajemen karier SDM Kesehatan, dilaksanakan

sesuai rencana yang ditetapkan. Organisasi profesi, komponen masyarakat dan sektor lain terkait makin berperan dalam pembangunan kesehatan. Pembinaan, pengawasan, monitoring dan penilaian terhadap SDMK telah berjalan dengan efektif. Sinergisme antara pembinaan, pengawasan perencanaan, pendayagunaan dan pengadaan SDMK makin meningkat. Dukungan sumber daya untuk Pengembangan dan Pemberdayaan SDMK telah makin meningkat. Dukungan peraturan perundang-undangan untuk pengembangan dan pemberdayaan SDMK dapat makin ditingkatkan.

Industri farmasi nasional sudah optimal dan telah dapat menyediakan sediaan farmasi dan alat kesehatan, khususnya dalam memenuhi kebutuhan dalam negeri. Pemerintah mulai memfasilitasi pengadaan dan memproduksi bahan baku obat. Harga obat lebih terjangkau oleh masyarakat. Pendistribusian, pelayanan, dan pemanfaatan perbekalan kesehatan telah memenuhi kebutuhan, yang menjamin ketersediaan obat, khususnya obat generik di masyarakat. Pengawasan obat dan makanan lebih berkembang lagi. Kebijakan dan administrasi kesehatan dapat lebih mendukung terwujudnya sinergisme antar berbagai upaya pokok pembangunan kesehatan telah mulai berkembang. Sistem informasi kesehatan telah dapat dibangun dengan baik. Sistem pencatatan dan pelaporan termasuk rekam medis dengan dukungan komputersasi dan telekomunikasi jarak jauh sudah makin berkembang. Hukum dan perundang-undangan di bidang kesehatan telah mulai tertata dengan baik.

Pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan telah lebih meningkat, sehingga peran dan kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan terus berkembang. Edukasi kesehatan terus ditingkatkan dengan berbagai inovasi, dalam upaya mewujudkan pengetahuan, kemauan dan kemampuan bagi individu,

kelompok dan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Perilaku individu, kelompok dan masyarakat yang mendukung kesehatan telah lebih berkembang dan dilaksanakan secara konsisten. Berbagai upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yang ada telah kembali mampu melakukan kegiatan dan fungsinya. Penggerakkan kelompok-kelompok masyarakat yang tergabung dalam organisasi kemasyarakatan terus ditingkatkan. Peran aktif dan kontribusi organisasi kemasyarakatan dalam pembangunan kesehatan telah lebih nyata. Kemampuan masyarakat desa dalam mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan, termasuk masalah kesehatan akibat bencana secara dini telah lebih berkembang.

c. RPJM-K Ke-3 (2015-2019)

Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas telah berangsur semakin baik. Penyelenggaraan upaya kesehatan, baik upaya kesehatan masyarakat maupun upaya kesehatan perorangan tetap memberikan perhatian khusus pada golongan penduduk rentan, seperti bayi, anak, ibu, usia lanjut, masyarakat pekerja sektor informal, serta masyarakat miskin. Puskesmas telah dapat melaksanakan upaya kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perorangan secara serasi dan sinergis sesuai dengan perkembangan Iptek kesehatan. Kualitas pelayanan di rumah sakit dan sistem rujukan telah meningkat. Penanggulangan penyakit menular telah meningkat dan mulai mantap. Upaya penanggulangan penyakit tidak menular sudah mulai mantap. Sejalan dengan itu, pelayanan kesehatan geriatri mulai dikembangkan. Pembangunan dan perbaikan gizi masyarakat telah optimal. Upaya penanggulangan pencemaran lingkungan telah berkembang. Penyediaan air minum dan sarana sanitasi dasar sudah memenuhi kebutuhan masyarakat. Pembangunan nasional berwawasan kesehatan sudah dilaksanakan secara

konsisten oleh semua bidang-bidang pembangunan nasional. Wilayah sehat telah lebih berkembang dan merupakan kebutuhan dari masyarakat, yang didukung dengan penyediaan air minum dan sarana sanitasi dasar yang lebih merata, serta pengendalian dampak risiko pencemaran lingkungan yang diselenggarakan bersama masyarakat. Penelitian dan pengembangan kesehatan yang menghasilkan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan terus meningkat dalam mendukung upaya pembangunan kesehatan.

Pembiayaan kesehatan bersumber dari pemerintah lebih meningkat lagi dan mendekati besaran ideal proporsional terhadap anggaran pembangunan pemerintah dan terjaga kesinambungannya dengan pemenuhan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan seluruh masyarakat rentan dan keluarga miskin (PBI) dengan nilai per kapita yang memadai. Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat dan swasta telah semakin meningkat serta telah ada upaya pelembagaan kemitraan pemerintah dan swasta. Pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah telah fokus pada pencapaian prioritas pembangunan kesehatan dengan sebagian besar pembiayaan Pemerintah untuk upaya kesehatan masyarakat.

Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan sebagian besar penduduk telah dilakukan secara pra-upaya melalui jaminan kesehatan sosial yang telah melembaga dalam satu kesatuan prinsip penyelenggaraan dan berskala nasional. Pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah sebagian besar digunakan untuk upaya kesehatan masyarakat disamping untuk pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin (PBI).

Pembelanjaan kesehatan untuk pelayanan kesehatan perorangan bersumber dari pembiayaan pemerintah, swasta dan masyarakat sebagian besar telah

dilaksanakan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel dengan pelayanan terkendali secara berkesinambungan melalui jaminan kesehatan sosial yang telah melembaga dalam satu kesatuan prinsip penyelenggaraan dan berskala nasional. Pembelanjaan kesehatan untuk upaya kesehatan masyarakat telah fokus kepada upaya pencegahan dan promosi untuk mengatasi masalah kesehatan yang utama.

Kebutuhan berbagai SDM berkualitas untuk seluruh daerah terpencil sudah dapat tercapai. Kemampuan daya saing SDM makin meningkat. Semua Kabupaten dan Kota telah mampu melakukan perencanaan kebutuhan SDM, yang didukung oleh Sistem Informasi SDM. Sinergisme pengadaan SDM, termasuk pendidikan dan pelatihan SDM dengan sistem pendidikan nasional telah terwujud. Berbagai kompetensi SDM sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan. Adanya percepatan pelaksanaan program distribusi dan manajemen karier SDM. Organisasi profesi, komponen masyarakat dan sektor lain terkait berperan penting dalam pembangunan kesehatan. Pembinaan, pengawasan, monitoring dan penilaian terhadap SDM berjalan dengan efektif dan efisien. Sinergi antara pembinaan, pengawasan, perencanaan, pendayagunaan dan pendidikan serta pelatihan SDM dan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan dapat terwujud. Dukungan sumber daya untuk Pengembangan dan Pemberdayaan SDM telah terpenuhi. Sudah tersedia dan mulai dilaksanakan dukungan peraturan perundang-undangan untuk pengembangan dan pemberdayaan SDM.

Industri farmasi nasional tidak saja dapat memenuhi kebutuhan obat dalam negeri, namun mulai mampu bersaing untuk mengekspor obat ke luar negeri. Produksi bahan baku obat di dalam negeri telah berkembang dalam mendukung produksi obat, sehingga harganya dapat benar-benar terjangkau oleh masyarakat.

Harga obat terjangkau oleh masyarakat. Jaminan ketersediaan farmasi dan alat kesehatan yang aman dikonsumsi dan digunakan semakin merata dan mampu memenuhi tuntutan mutu penyelenggaraan upaya kesehatan, serta terjangkau oleh masyarakat banyak. Keamanan dan mutu obat dan perbekalan kesehatan dapat dijamin dengan man-tapnya pengawasan obat dan makanan. Kebijakan dan administrasi kesehatan telah dapat sepenuhnya mendukung terwujudnya sinergisme dan keterpaduan berbagai upaya pokok pembangunan kesehatan. Sistem informasi kesehatan juga sudah baik. Pengembangan hukum kesehatan, dan praktek serta aparaturnya sudah berkembang dengan baik.

Pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan telah baik, sehingga peran dan kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan telah berkembang dan lebih nyata. Perilaku individu, kelompok dan masyarakat yang mendukung kesehatan telah terwujud dan dilaksanakan secara berkesinambungan, serta mulai memberikan dampak pada pengendalian masalah kesehatan yang dihadapinya. Kemampuan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dalam melakukan kegiatan dan fungsinya semakin bermutu. Peran aktif dan kontribusi organisasi kemasyarakatan dalam pembangunan kesehatan telah bagus. Kemandirian masyarakat dalam mengenal dan merespon permasalahan kesehatan termasuk masalah kesehatan akibat bencana secara lebih dini, semakin nyata.

d. RPJM-K K3-4 (2020-2025)

Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas telah baik. Upaya kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perorangan telah dapat dilaksanakan dengan baik, serasi, bersinergi dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Penyelenggaraan upaya kesehatan, baik upaya

kesehatan masyarakat maupun pelayanan kesehatan perorangan tetap memberikan perhatian khusus pada golongan penduduk rentan, seperti bayi, anak, ibu, usia lanjut, masyarakat pekerja sektor informal, serta masyarakat miskin. Pelayanan kesehatan termasuk pelayanan obat, telah dapat merespon kebutuhan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bermutu di Puskesmas dan rumah sakit dan sistem rujukannya telah berjalan sesuai harapan masyarakat.

Penanggulangan penyakit menular dan penyakit tidak menular telah dapat dilaksanakan dengan baik dalam mengatasi penyakit yang menjadi masalah kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan geriatri telah berkembang dan berjalan dengan efektif. Pembangunan dan perbaikan gizi masyarakat telah optimal dan dapat dilaksanakan secara berkesinambungan. Pemeliharaan dan pengawasan lingkungan sudah baik. Penyediaan air minum dan sarana sanitasi dasar sudah sepenuhnya sesuai dengan keperluan masyarakat. Pembangunan nasional berwawasan kesehatan telah dapat dilaksanakan sepenuhnya.

Pembiayaan kesehatan bersumber dari Pemerintah telah mencapai besaran ideal proporsional terhadap anggaran pembangunan pemerintah dan terjaga kesinambungannya serta telah melembaga dengan pemenuhan pembiayaan UKP seluruh masyarakat rentan dan keluarga miskin (PBI) dengan nilai per kapita yang memadai. Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat dan swasta telah semakin meningkat serta kemitraan pemerintah dan swasta telah melembaga. Penelitian dan pengembangan kesehatan telah dapat dilaksanakan secara merata dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah telah fokus pada pencapaian prioritas pembangunan kesehatan dan sepenuhnya digunakan untuk upaya kesehatan masyarakat disamping pembiayaan pelayanan kesehatan

perorangan bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin (PBI). Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan seluruh penduduk telah dilakukan secara pra-upaya melalui jaminan kesehatan sosial yang telah melembaga dalam satu kesatuan prinsip penyelenggaraan dan berskala nasional. Pembelanjaan kesehatan untuk upaya kesehatan masyarakat bersumber dari pembiayaan pemerintah, swasta dan masyarakat seluruhnya telah dilaksanakan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel dengan pelayanan terkendali secara berkesinambungan. Pembelanjaan kesehatan untuk upaya kesehatan masyarakat telah fokus kepada upaya pencegahan dan promosi untuk mengatasi masalah kesehatan yang utama melalui pelembagaan.

Pemenuhan seluruh kebutuhan SDM berkualitas dapat tercapai melalui Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan (PPSDMK). Kemampuan daya saing SDM telah mantap. Kemampuan perencanaan SDM telah berkembang dengan didukung oleh sistem informasi SDM yang efektif dan efisien. Pengadaan SDM dapat menghasilkan semua SDM yang mempunyai kompetensi sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan. Pelaksanaan program distribusi dan manajemen karier SDM juga telah mantap. Organisasi profesi, komponen masyarakat dan sektor lain terkait berperan makin mantap dalam pembangunan kesehatan. Pembinaan, pengawasan, monitoring dan penilaian terhadap SDM lebih dimantapkan. Sinergi antara pembinaan, pengawasan, perencanaan, pendayagunaan dan pendidikan serta pelatihan SDM dan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan dapat terwujud dengan efektif dan efisien. Dukungan sumber daya untuk pengembangan dan pemberdayaan SDM telah terjamin kesinambungannya. Pelaksanaan peraturan perundang-undangan untuk mendukung PPSDMK sudah mantap.

Industri farmasi nasional telah berkembang dan mampu berdaya saing regional dan global. Produksi bahan

baku di dalam negeri telah dapat memenuhi sebagian besar kebutuhan industri obat. Obat murah dan berkualitas, dengan mudah telah sepenuhnya dapat diakses oleh masyarakat. Jaminan ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan yang aman telah merata dan mampu memenuhi tuntutan mutu penyelenggaraan upaya kesehatan.

Semua unsur manajemen kesehatan yang terdiri dari kebijakan dan administrasi kesehatan, sistem informasi kesehatan, dan hukum kesehatan, serta penelitian dan pengembangan kesehatan, telah dapat dilaksanakan secara mantap dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Kemandirian masyarakat sudah sepenuhnya memberikan kontribusi yang bermakna bagi penyelenggaraan pembangunan kesehatan dan pembangunan nasional berwawasan kesehatan. Perilaku individu, kelompok dan masyarakat telah dilaksanakan secara konsisten, serta memberikan dampak pada upaya pemeliharaan kesehatannya. Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) telah mampu mendukung upaya peningkatan kesehatan masyarakat. Kestinambungan dan kemantapan peran aktif dan kontribusi organisasi kemasyarakatan dalam pembangunan kesehatan telah terwujud. Kemandirian masyarakat dalam mengenal dan merespon permasalahan kesehatan termasuk masalah kesehatan akibat bencana secara lebih dini, telah terwujud dan berkesinambungan.

Dengan memperhatikan pentahapan upaya pokok pembangunan kesehatan tersebut di atas, maka dalam penyusunan RPJM-K setiap tahapannya perlu pula ditetapkan pentahapan sumber daya pendukung dan hasil kegiatan sebagai berikut:

- 1) Semua desa telah menjadi Desa Siaga aktif, yang memiliki minimal satu Pos Kesehatan Desa.
- 2) Semua kecamatan telah memiliki minimal satu Puskesmas yang melayani maksimal 30.000

penduduk dan dilengkapi dengan fasilitas sanitasi dasar yang memadai.

- 3) Semua kabupaten/kota telah memiliki rumah sakit yang minimal setara dengan Rumah Sakit Umum kelas C.
- 4) Semua desa telah memiliki tenaga bidan yang berkualitas (*competence*).
- 5) Semua Puskesmas telah memiliki minimal seorang tenaga dokter dan tenaga kesehatan lainnya sesuai standar.
- 6) Semua rumah sakit kabupaten/kota telah memiliki minimal empat tenaga dokter spesialis dasar (dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan, dokter spesialis anak, dokter spesialis bedah, dan dokter spesialis penyakit dalam), dan empat tenaga dokter spesialis penunjang (dokter spesialis anestesi, radiologi, rehabilitasi medik dan patologi klinik). Rumah sakit tersebut telah terakreditasi minimal lima pelayanan spesialistik.
- 7) Semua Pos Kesehatan Desa, Puskesmas, dan Rumah Sakit Kabupaten/Kota didukung dengan biaya operasional yang memadai.
- 8) Pembiayaan kesehatan dapat diupayakan minimal 5% dari PDB.
- 9) Semua Rukun Warga/lingkungan telah memiliki minimal satu Posyandu aktif yang melaksanakan kegiatan minimum satu bulan sekali.
- 10) Semua desa mampu mengenali dan mengatasi masalah kesehatan setempat secara dini sesuai kompetensinya.
- 11) Semua kejadian luar biasa (KLB)/wabah penyakit dan masalah kesehatan akibat bencana dapat ditangani kurang dari 24 jam.
- 12) Penanganan penyakit wabah pada fasilitas pelayanan kesehatan dapat menekan angka kematiannya dibawah 1%.

- 13) Tingkat kesembuhan penyakit Tuberculosis dapat dipertahankan sebesar 90%.
- 14) Semua Puskesmas perawatan telah mampu melaksanakan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED).
- 15) Semua rumah sakit kabupaten/kota telah mampu melaksanakan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).
- 16) Semua keluarga telah menggunakan air bersih dan fasilitas sanitasi dasar.
- 17) Semua keluarga telah menghuni rumah yang memenuhi syarat kesehatan.
- 18) Semua desa telah mencapai *Universal Coverage Immunization* (UCI).
- 19) Semua persalinan telah ditolong oleh bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan.
- 20) Semua penduduk Indonesia telah dicakup oleh Sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

E. *Post Pandemic Issues*

Sejak kasus COVID-19 pertama kali ditemukan pada tanggal 2 Maret 2020 yang lalu di Indonesia, terjadi kekhawatiran dan kewaspadaan lebih bagi para lansia (orang dengan lanjut usia) dan memiliki riwayat penyakit bawaan (komorbid) untuk beraktifitas dan bahkan untuk memeriksakan kesehatan secara berkala. Terjadinya helath *screening-less* (pemantauan kesehatan yang hilang) selama pandemi COVID-19 berpotensi besar meningkatkan kerentanan kesehatan bagi para lansia dan penderita komorbid yang tidak hanya implikasinya apabila berkomplikasi dengan COVID-19 , namun juga peningkatan atas risiko penyakit eksisting itu sendiri.

Oleh karena itu, post pandemic issues (setuasi setelah pandemi) menemukan tantangan yang lebih serius dan kompleks yakni banyaknya beban penyakit bagi individu dan warga bangsa (*multiple burden diseases*). Penyakit-penyakit yang sebelum pandemi

covid-19 menjadi penyebab utama kematian dan beban layanan kesehatan berlebih (katastropik) seperti penyakit jantung, stroke, diabetes, gagal ginjal hingga kanker, sangat mungkin berkembang signifikan pada masa datang. Untuk mengantisipasinya, pemerintah justru harus memperkuat dan memprioritaskan cakupan imunisasi (vaksinasi) COVID-19 pada lansia dan penderita komorbid sebagai upaya antisipasi pemberatan kasus bila terjangkit COVID-19 . Pada sisi lain, kesiap-siagaan fasilitas pelayanan kesehatan baik pada layanan primer, sekunder hingga tersier harus disiapkan secara optimal yaitu dengan penyiapan tenaga terampil seperti dokter spesialis, perawat spesialis, administrator kesehatan masyarakat handal hingga sumber daya manusia penunjang kesehatan lainnya. Tidak kalah pentingnya ialah memperbaiki prosedur *screening* dan rujukan berjenjang yang memang sejak pandemi COVID-19 banyak sekali jenis penyakit lain yang terabaikan karena pemanfaatan fasilitas yang condong untuk penanganan wabah COVID-19 sebelumnya.

Post pandemic issue berikutnya ialah Kemandirian Alat Kesehatan dan Farmasi. Sebagaimana diketahui secara umum dan factual, bahwa lebih dari 90% alat kesehatan, perbekalan farmasi dan obat-obatan di Indonesia mengandalkan impor dari negara lain. Kejadian Covid-19 menunjukkan kerapuhan peralatan dan perbekalan kesehatan ini sangat tampak, dalam kebutuhan testing dan tracing kita masih dipengaruhi ketersediaan alat *screening* dan *diagnostic test* yang terbatas dan mahal. Ketidakmandirian pengadaan alat kesehatan dan farmasi, pada akhirnya mempengaruhi besarnya anggaran yang ditimbulkan pada setiap penanganan dan perawatan COVID-19 yang berkisar antara 50 (lima puluh) juta rupiah hingga lebih dari 100 (seratus) juta rupiah. Untuk itu, sangat diharapkan pada masa datang dan dalam waktu dekat, pemerintah mendorong keberpihakan riset, anggaran, industrialisasi hingga hilirisasi pelayanan kesehatan menggunakan bahan baku dalam negeri, hasil karya anak negeri dan juga untuk prioritas kebutuhan dalam negeri.

Post pandemic issue yang ke-3 ialah berkaitan dengan ketahanan masyarakat secara Sosial. Ketika kesadaran dan

pemahaman tentang COVID-19 tumbuh dari dalam lingkungan masyarakat, akan sangat mudah untuk melakukan rekayasa perilaku dan aktifitas sosial untuk protokol kesehatan secara paripurna. Ketahanan masyarakat secara sosial ini harus memperhatikan jejaring formal (struktur pemerintah dari pusat hingga desa) dan juga jejaring informal (pelibatan tokoh agama, tokoh masyarakat dan tenaga kesehatan pada komunitas). Penggunaan konsep dan disain pengorganisasian dan pengembangan masyarakat (*community organization and development*) adalah kuncinya. Poin penting dalam mendorong ketahanan sosial masyarakat menghadapi wabah penyakit ialah kemampuan membentuk *local influencer* seperti kader yang bisa digerakan menjadi satuan tugas (Satgas) COVID-19 komunitas dan juga membekalinya dengan kemampuan komunikasi, advokasi dan negosiasi yang memadai untuk membangun kemitraan multi-stakeholders.

Post pandemic Issue yang ke-4 ialah berkaitan dengan ketahanan sistem kesehatan. WHO telah menggulirkan health system framework (kerangka sistem kesehatan) untuk mewujudkan derajat kesehatan yang tinggi sebagai acuan berbagai negara dalam mengembangkan sistem kesehatannya. Konsep tersebut memuat 6 (enam) bangunan utama yang harus diperhatikan dalam bidang kesehatan yaitu pelayanan kesehatan (*service delivery*), sumber daya manusia kesehatan (*health workforce*), Pembiayaan dan Penganggaran kesehatan (*financing*), penggunaan teknologi, vaksin dan obat-obatan (*technology, equipment, vaccine and drug*), sistem informasi (*information system*) dan kepemimpinan (*leadership and governance*). Ke enam bangunan tersebut membentuk suatu kesatuan terintegrasi untuk dikembangkan dengan memperhatikan indikator/kriteria keberhasilan yang mencakup akses, mutu, keamanan, dan cakupan pelayanan kesehatan itu sendiri. Perjalanan COVID-19 beserta upaya penanggulangannya di Indonesia memperlihatkan tantangan tersebut masih cukup tinggi. Upaya pencegahan testing, tracing dan treatment terbentur pada keterbatasan peralatan dan sarana dan prasarana. Upaya vaksinasi dan pengobatan terbentur dengan cakupan dan ketersediaan bahan

baku yang terbatas dan belum definitif (secara klinis). Upaya pemberdayaan dan peran serta masyarakat terbentur pada integrasi kepemimpinan yang masih parsial antara unsur formal dan informal. Upaya penjaminan keberlanjutan kebijakan pembatasan mobilitas seperti halnya Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) dan lainnya terbentur pada kecukupan anggaran dan biaya penjaminan kebutuhan dasar masyarakat terutama bagi pekerja informal dan sektor-sektor terdampak langsung seperti pariwisata, perdagangan dan transportasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Blum, H. L. 1974. *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory*. New York: Behavioral Publications.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2020. *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Di akses pada tanggal 20 September 2021.
- Chetty, Raj., et al. 2016. *The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001-2014*. JAMA 2016 Apr 26;315(16):1750-66. doi: 10.1001/jama.2016.4226.
- Dhalgren, G. and Whitehead, M. 1991. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Eliana, dan Sri Sumiati. 2016. *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Pusdik SDM BPPSDMK Kementerian Kesehatan RI.
- Galea, S., Ahern, J., Tracy, M., Hubbar, A., Cerda, M., Goldmann, E., et al. 2008. *Longitudinal Determinants of Posttraumatic Stress in a Population – Based Cohort Study*. Jurnal Epidemiology, 19(1), 47-54.
- Heiman, H. J., and Artiga, S., A. 2015. *SDH Beyond Health Care : The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity*. Issue brief 4 November Disparities Policy.
- Kementerian Dalam Negeri. 2020. *Pedoman Umum Menghadapi Pandemi COVID-19 Bagi Pemerintah Daerah (Pencegahan, Pengendalian, Diagnosis dan Manajemen)*. Jakarta: Kementerian Dalam Negeri.
- Kementerian Kesehatan RI. 2007. *Riset Kesehatan Dasar 2007 (Riskesdas 2007)*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Riset Kesehatan Dasar 2010 (Riskesdas 2010)*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Riset Fasilitas Kesehatan 2011 (Rifaskes 2011)*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013 (Riskesdas 2013)*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.

- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Riset Kesehatan Dasar 2018 (Riskesdas 2018)*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. *Analisis Pembiayaan Ketahanan Kesehatan*. Jakarta: Pusat Analisis Determinan Kesehatan.
- Lembaga Ketahanan Nasional Republik Indonesia. 2021. *Dirut BPJS Kesehatan Memberikan Ceramah Kepada Peserta PPSA 23*. Diakses pada tanggal 10 Desember 2021 dari: <http://www.lemhannas.go.id/index.php/berita/berita-utama/1173-dirut-bpjs-kesehatan-memberikan-ceramah-kepada-peserta-pps-a-23>
- Marmot, M., et al. 2010. *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*. London: The Marmot Review.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Prayitno dan Erman Amti. 2004. *Dasar-Dasar Bimbingan Dan Konseling*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rachmat, Hapsara Habib. 2018. *Penguatan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Republik Indonesia. 2007. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005 – 2025*. Jakarta: Sekretariat Kenegaraan.
- Republik Indonesia. 2010. *Peraturan Presiden RI Nomor 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010 – 2014*. Jakarta: Sekretariat Kenegaraan.
- Republik Indonesia. 2012. *Peraturan Presiden RI Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Sekretariat Kenegaraan.
- Republik Indonesia. 2013. *Peraturan Presiden RI Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi*. Jakarta: Sekretariat Kenegaraan.

- Singh, G. K., Siahpush. M., Kogan, M. D. 2010. *Disparities in Children's Exposure to Environmental Tobacco Smoke in the United States, 2007*. *Pediatrics Journal* 126 (5) 1052; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2228>.
- Surahman, dan Sudibyo Supardi. 2016. *Ilmu Kesehatan Masyarakat PKM*. Jakarta: Pusdik SDMK BPPSDMK Kementerian Kesehatan RI.
- Susser, M. and Susser, E. 1996. *Choosing a Future for Epidemiology: II. From Black Box to Chinese Boxes and Eco-Epidemiology*. *American Journal of Public Health*, 86(5), pp. 674-677. Diakses di: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380475/pdf/amjph00516-0068.pdf>.
- World Health Organization (WHO). 2009. *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*. France: Alliance for Health Policy and Systems Research.
- World Health Organization (WHO). 2020. *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. (PDF): 11-12. Di akses pada tanggal 5 September 2021.

Biografi Singkat Penulis



Dr. Hermawan Saputra, SKM., MARS., CICS. lahir di Bima pada tanggal 24 Mei 1983. Beliau merupakan seorang akademisi, pakar bidang kesehatan, pengamat kebijakan kesehatan dan juga praktisi manajemen perumahsakitannya. Beliau menempuh jenjang pendidikan S1, S2 dan S3 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia serta memperoleh gelar *Certified International Communication*

Specialist dari *American Academy*. Hermawan Saputra memiliki karir sebagai Dosen Pascasarjana di Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka pada Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat serta aktif di organisasi profesi sebagai Dewan Pakar Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI). Selain itu beliau juga aktif di Perhimpunan Manajer Pelayanan Kesehatan Indonesia dan saat ini menjabat sebagai Dewan Pengawas di Rumah Sakit Harapan Jayakarta.

FILSAFAT

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Indonesia merupakan negara kepulauan, dari banyaknya penduduk di Indonesia seluruhnya memiliki hak untuk tetap hidup sehat dan mendapatkan jangkauan akses pelayanan kesehatan dengan mudah. Tenaga kesehatan merupakan elemen yang menjadi garda terdepan dari terciptanya pembangunan kesehatan yang baik. Jumlah, penyebaran, komposisi dan mutu tenaga kesehatan saat ini masih menjadi tantangan besar di Indonesia.

Jumlah penduduk di Indonesia diperkirakan akan terus mengalami peningkatan dengan bentuk piramida penduduk yang terus berubah. Menurut BPS, jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2005 diketahui sebanyak 219,9 juta jiwa. Diperkirakan akan terjadi peningkatan di tahun 2025 sebanyak 274 juta jiwa. Proporsi jumlah penduduk usia lanjut dan usia produktif akan bertambah banyak, begitu juga dengan penduduk usia muda (bayi dan anak) meskipun proporsinya menurun namun jumlahnya akan tetap meningkat.

Perkembangan kesehatan masyarakat sudah dimulai sebelum berkembangnya ilmu pengetahuan modern. Perkembangan kesehatan masyarakat pada garis besarnya dibagi menjadi dua periode, yaitu sebelum perkembangan ilmu pengetahuan (prescientific period) dan sesudah perkembangan ilmu pengetahuan itu berkembang.

Kesehatan masyarakat sangat dipengaruhi oleh situasi sosial yang berkembang ditengah masyarakat itu sendiri. Merujuk kepada pengalaman dan tulisan Hermawan Saputra tentang 101 Pertanyaan Seputar COVID-19 (2020) yang lalu, paling tidak terdapat 4 (empat) determinan sosial utama berkaitan dengan tantangan sekaligus ketahanan sistem kesehatan, yaitu: (1) Leadership Adaptability (Adaptasi Kepemimpinan); (2) Public Communication (Komunikasi Publik); (3) Community Empowerment (Pemberdayaan Masyarakat); (4) Socio-Economy Driven Value (Kendali Sosial Ekonomi).



FILSAFAT

ISBN 9786 2358 3234 0

