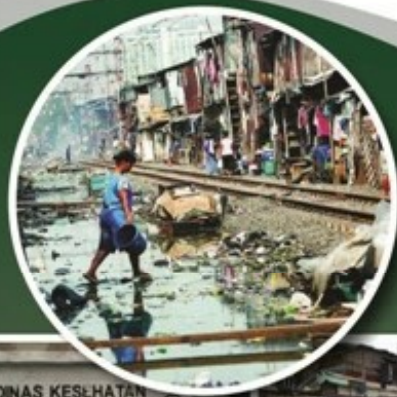


dr. Hardisman, M.HID., Dr.PH., dkk

Analisis Teoritis dan Praktis

# Kebijakan Kesehatan Nasional INDONESIA



Pengantar Oleh:

Prof. dr. Ali Ghufron Mukti, M.Sc., Ph.D

Wakil Menteri Kesehatan Republik Indonesia 2011-2014

**Analisis Teoritis dan Praktis  
Kebijakan Kesehatan Nasional  
Indonesia**

**dr. Hardisman, M.HID., Dr.PH., dkk**

**Analisis Teoritis dan Praktis  
Kebijakan Kesehatan Nasional  
Indonesia**

*Pengantar Oleh:*

**Prof. dr. Ali Ghufron Mukti, M.Sc., Ph.D**

*Wakil Menteri Kesehatan Republik Indonesia 2011-2014*

# Daftar Kontributor

**dr. Hardisman, M.HID., Dr.PH**

*Dosen, Lektor Kepala, Fakultas Kedokteran Universitas Andalas  
(FK-UNAND) Padang*

**dr. Ardizal Rahman, Sp.M (K)**

*Spesialis Konsultan Ilmu Kesehatan Mata RSUP M Djamil Padang,  
Dosen Pendidik Klinis Fakultas Kedokteran Universitas Andalas  
(FK-UNAND) Padang*

**Deni Hendra Suryadi, SKM, M.Kes**

*Kasi Penyehatan Lingkungan,  
Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota, Provinsi Sumatera Barat.*

**Helmizar, SKM, M.Biomed.**

*Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas  
(FKM-UNAND) Padang*

**dr. Ambun Kadri, MKM**

*Kepala Dinas Kesehatan Kotamadya Sawahlunto,  
Provinsi Sumatera Barat.*

**Reni Zulfitri, S.Kep., M.Kep., Sp.Kom.**

*Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan,  
Universitas Riau (PSIK-UR)*

**drg. Febrian, MKM**

*Dosen Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Andalas (FKG-UNAND)  
Padang*

**Bd. Ismarina, SST, M.Kes**

*Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Medika Cikarang,  
Bekasi*

**Astrid Novita, SKM, MKM**

*Dosen, Ketua Program Studi Pascasarjalah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Indonesia Maju (STIKIM) Jakarta*

# Kata Pengantar

Oleh: Prof. dr. Ali Ghufron Mukti, MSc, PhD

Wakil Menteri Kesehatan Republik Indonesia 2011-2014

## **Kebijakan Pembangunan Kesehatan Nasional**

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Pencapaian keberhasilan status kesehatan, seperti peningkatan angka harapan hidup (*life expectancy*), penurunan angka kematian ibu (*maternal mortality rate*) dan angka kematian bayi (*infant mortality rate*), serta eradikasi berbagai penyakit menular tidak hanya dapat bertumpu pada infrastruktur kesehatan dan tenaga medis. Masalah-masalah kesehatan ini juga sangat terkait dengan peningkatan status ekonomi, pendidikan, peningkatan pembangunan infrastruktur dan penataan lingkungan. Oleh karena itulah, kerjasama lintas sektoral dengan menyadari adanya kepentingan peningkatan kesehatan pada setiap kebijakan yang dilakukan (*healthy public policy*) harus senantiasa disadari oleh setiap pemangku kepentingan (*stakeholders*).

Salah satu upaya dalam meningkatkan keberhasilan pembangunan kesehatan tersebut yang sangat terlihat dengan jelas adalah peningkatan akses setiap warga negara ini terhadap pelayanan kesehatan. Akses pelayanan kesehatan ini tentunya sangat dipengaruhi oleh ketersediaan (*availability*) fasilitas dan tenaga pelayanan kesehatan dan keterjangkauan (*affordability*) pelayanan yang tersedia tersebut. Akan tetapi, terjadi ketidakmerataan pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan, baik yang disediakan oleh pemerintah (publik) ataupun fasilitas pelayanan kesehatan swasta. Distribusi fasilitas dan tenaga kesehatan menumpuk di kota besar dan sangat sedikit di pedesaan dan pelosok daerah. Pada

saat yang sama, tidak semua masyarakat yang mampu mendapatkan dan menjangkau pelayanan kesehatan tersebut, yang mana masyarakat miskin sangat sulit untuk mendapatkan pelayanan segera dan yang berkualitas.

Berdasarkan kondisi tersebut, peranan pemerintah untuk meningkatkan pelayanan kesehatan sangat mutlak. Pemerintah harus senantiasa meningkatkan permintaan distribusi pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga medis. Di samping itu, harus adanya jaminan kepada setiap warga negara untuk dapat memperoleh pelayanan kesehatan. Atas dasar inilah, kebijakan pembangunan nasional telah memulai sejak beberapa tahun yang lalu adanya program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas), yang memberikan jaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tidak mampu.

Selanjutnya, disamping adanya jaminan bagi masyarakat yang kurang mampu, penataan sistem pelayanan kesehatan tersebut juga harus bisa menerapkan kontrol mutu dan biaya, serta menjamin adanya tindakan preventif. Sehingga dengan adanya integrasi prinsip-prinsip ini maka diharapkan tercapainya peningkatan derajat kesehatan yang menyeluruh. Dalam mencapai hal ini, telah dicanangkan berdasarkan Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang salah satunya untuk memberikan kepastian jaminan pemeliharaan kesehatan, penguatan layanan primer dan pengaturan sistem pembiayaan. Maka sejak Januari 2014 telah dilaksanakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan harapan adanya jaminan kesehatan menyeluruh (*universal health coverage*) bagi seluruh masyarakat Indonesia pada tahun 2019.

Tentunya implementasi kebijakan JKN masih perlu penyempurnaan dan perbaikan pada berbagai sisi. Penerapan suatu kebijakan yang relatif baru sangat wajar jika terdapat kekurangan dan kendala. Namun tentunya evaluasi, analisis dan perbaikan terus menerus tentulah dilakukan.

### **Posisi Buku Kebijakan Kesehatan Ini**

Pendekatan analisis kebijakan kesehatan pada buku ini seiring dengan prinsip-prinsip kesehatan yang menyeluruh berdasarkan falsafah,

dr. Hardisman, M.HID., Dr.PH., dkk

arah dan tantangan kebijakan kesehatan. Analisis dan kajian ilmiah kebijakan kesehatan yang ditulis pada buku ini oleh Dr. Hardisman dkk memberikan sumbangan yang sangat berharga untuk implementasi kebijakan terkait pada masa selanjutnya. Setiap tema yang dibahas pada buku ini dianalisis berdasarkan pendekatan kerangka teoritis ilmiah yang baku, pendekatan empiris dari berbagai penelitian sebelumnya, dan pendekatan praktis dari studi kasus yang dijadikan contoh. Pendekatan komprehensif tersebut menjadikan buku ini lebih bernilai, baik bagi kalangan akademisi ataupun praktisi kesehatan masyarakat di Indonesia. Alternatif solusi dan rekomendasi yang ditawarkan oleh penulis dapat juga dijadikan pertimbangan yang sangat berharga untuk diimplementasikan secara kontekstual.

Akhirnya saya sampaikan apresiasi saya yang tinggi kepada Dr. Hardisman dkk yang telah mencurahkan pikirannya dalam menyelesaikan buku ini. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat dalam pembangunan kesehatan di Indonesia, dan semoga usahanya ini menjadi amal kebaikan yang bernilai di sisi Allah SWT; Tuhan yang Maha Kuasa. Amin.

Wassalam,

Prof. dr. Ali Ghufroon Mukti, M.Sc., PhD.





# Kata Pengantar Penulis

Dengan mengucapkan rasa syukur kehadiran Allah SWT Tuhan Yang Maha Kuasa, akhirnya penulis bersama semua tim contributor telah dapat menyelesaikan naskah buku ini. Penulisan buku kecil analisis kebijakan kesehatan ini dilatar belakangi oleh adanya keinginan penulis untuk memberikan kontribusi terhadap perubahan kebijakan kesehatan nasional saat ini.

Saat ini, sejak awal Januari 2014, telah mulai dilaksanakannya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang akan diupayakan untuk meberikan jaminan pemeliharaan kesehatan secara menyeluruh (*universal health coverage*) bagi seluruh masyarakat Indonesia, sebagai implementasi Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jamninan Sosial (BPJS). Pelaksanaan tersebut dilakukan secara bertahap yang dimulai dengan pemindahan kepesertaan ASKES PNS, TNI-POLRI, JAMSOSTEK Kesehatan, dan JAMKESMAS di bawah pengelolaan BPJS Kesehatan. Program ini diharapkan telah dapat menjangkau seluruh masyarakat Indonesia hingga tahun 2019. Sebagai upaya untuk mencapai tersebut, secara perlahan telah dibuka pendaftaran kepesertaan bagi seluruh masyarakat lainnya.

Pelaksanaan program dan implementasi kebijakan yang relatif baru, tentunya akan menghadapi berbagai tantangan, kendala dan masalah. Sebagai akademisi yang mempunyai perhatian terhadap pembangunan kesehatan nasional, penulis dan kawan-kawan ingin memberikan sumbangan sedikit pemikiran dan analisis akademis dan

praktis terhadap permasalahan ini. Tentunya, tulisan singkat ini tidaklah dapat menjawab semua tanda tanya dan permasalahan yang ada dalam implementasi kebijakan tersebut, namun penulis berharap tulisan ini dapat memberikan tambahan pemikiran bagi kebijakan pembangunan kesehatan nasional.

Terimakasih, penulis ucapkan kepada semua tim kontributor yang telah memberikan sumbangan pemikirannya sehingga tulisan ini dapat diselesaikan. Terimakasih juga penulis ucapkan kepada Dr. dr. Masrul, M.Sc.; Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas (FK-Uanand) Padang, yang telah memberikan dorongan sehingga penulisan buku ini dapat diselesaikan. Terimakasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan kepada Prof. dr. Ali Ghufron Mukti, M.Sc., PhD; Wakil Menteri Kesehatan Republik Indonesia yang telah berkenan memberikan pengantar dan apresiasi untuk buku ini. Akhirnya penulis berharap semoga, tulisan kecil ini dapat menjadi masukan yang berarti bagi praktisi dan pemangku kebijakan. Tentunya, tidak lupa pula tulisan ini dapat menjadi bahan bacaan dan kajian lebih lanjut bagi akademisi dan mahasiswa bidang kesehatan terkait.

Penulis,  
dr. Hardisman, M.HID., Dr.PH., dkk

# Daftar Isi

Daftar Kontributor -----	v
Kata Pengantar:	
Kebijakan Pembangunan Kesehatan Nasional -----	vii
Kata Pengantar Penulis-----	xi
Daftar Isi-----	xiii

## **BAB 1 - Pendahuluan:**

<b>Pembangunan Kesehatan Integratif dan Komprehensif-----</b>	<b>1</b>
• Falsafah Sehat dan Kebijakan Kesehatan -----	1
• Kondisi Pembangunan Kesehatan-----	3
• Arah dan Tantangan -----	7
• Penutup-----	10
• Kepustakaan -----	10

## **BAB 2 - Analisis Kebijakan**

<b>Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) -----</b>	<b>13</b>
• Pendahuluan-----	13
• Metode Analisis -----	17
• Analisis Situasi -----	20
• Kajian Program JKN-----	22
<i>Transformasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) -----</i>	<i>29</i>
<i>Kepesertaan -----</i>	<i>40</i>
<i>Pembiayaan -----</i>	<i>43</i>
<i>Pelayanan -----</i>	<i>47</i>

<i>Manfaat</i> .....	47
<i>Pengorganisasian</i> .....	49
• Penutup .....	52
• Kepustakaan .....	54
<b>BAB 3 - Peningkatan Peranan Puskesmas</b>	
<b>sebagai <i>Gate Keeper</i> dan <i>Care Coordinator</i></b>	
<b>Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional</b> .....	<b>57</b>
• Pendahuluan .....	57
• Peranan Jaminan Kesehatan Nasional .....	62
• Badan Penyelenggara Jaminan Sosial .....	63
<i>Managed Care</i> .....	64
<i>Gate Keeper dan Care Coordinator</i> .....	<b>66</b>
<i>Puskesmas</i> .....	67
<i>Sistem Rujukan</i> .....	69
<i>Program Promotif dan Preventif</i> .....	70
<i>Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis)</i> .....	72
• Penutup .....	73
• Kepustakaan .....	73
<b>BAB 4 - Analisis Kebijakan Jaminan Persalinan (Jampersal)</b>	
<b>Dalam Rangka Penurunan Angka Kematian Ibu</b>	
<b>dan Bayi di Indonesia</b> .....	<b>75</b>
• Pendahuluan .....	75
• Metoda Analisis .....	78
• Jampersal Sebagai Kebijakan Publik .....	79
<i>Pembuat Kebijakan Jampersal</i> .....	81
<i>Pelaksana Kebijakan Jampersal</i> .....	81
<i>Lingkungan Kebijakan Jampersal</i> .....	81
<i>Penerima Manfaat dari Kebijakan Jampersal</i>	
<i>(Kelompok Sasaran)</i> .....	82
<i>Dampak Kebijakan Jampersal Terhadap Kesehatan</i>	
<i>Ibu dan Anak</i> .....	83
• Penutup .....	86

• Kepustakaan-----	87
--------------------	----

**BAB 5 - Kebijakan Program Jaminan Persalinan (Jampersal)  
dengan Berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ----- 89**

• Pendahuluan-----	89
• Kebijakan Jampersal-----	90
• Jampersal pada Era JKN-----	93
• Masalah dan Kendala-----	95
• Alternatif Pemecahan Masalah -----	96
• Penutup-----	97
• Kepustakaan-----	97

**BAB 6 - Analisis Kebijakan Pelayanan Kesehatan Primer  
Dalam Upaya Pencegahan Dan Pengendalian  
Penyakit Kronis Pada Lansia Di Indonesia----- 101**

• Pendahuluan-----	101
• Gambaran Penyakit Kronis Pada Lansia-----	102
• Strategi -----	107
• Analisis Kebijakan -----	109
• Penutup-----	114
• Kepustakaan-----	114

**BAB 7 - Analisis Kebijakan Pembiayaan Kesehatan Gigi  
Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional ----- 119**

• Pendahuluan -----	119
• Identifikasi Masalah -----	122
• Metode Analisis -----	122
• Tarif Pelayanan -----	122
• Sistem Pembayaran Kapitasi bagi Dokter Gigi-----	124
• Mekanisme Perhitungan Kapitasi Pelayanan Gigi-----	125
• Perbandingan Pembiayaan Kesehatan Gigi Negara Lain -----	129
• Analisis Kebijakan-----	132
• Penutup -----	136
• Kepustakaan-----	138

<b>BAB 8 - Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Pemberian</b>	
<b>Air Susu Ibu (ASI) Eksklusi Di Indonesia-----</b>	<b>141</b>
• Pendahuluan -----	141
• Masalah IMD dan ASI Eksklusif di Indonesia-----	143
• Kebijakan IMD dan Pemberian ASI Eksklusif-----	144
• Penutup -----	149
• Kepustakaan-----	150
<b>BAB 9 - Kebijakan Pelayanan Kesehatan</b>	
<b>Pada Remaja di Indonesia -----</b>	<b>153</b>
• Pendahuluan -----	153
• Analisis Kebijakan-----	157
<i>Konten Kebijakan</i> -----	158
<i>Konteks</i> -----	161
• Penutup -----	164
• Kepustakaan-----	165
Indeks -----	167
Profil Penulis Utama -----	175

# Pendahuluan: Pembangunan Kesehatan Integratif dan Komprehensif

BAB

1

*Hardisman*

## **Falsafah Sehat dan Kebijakan Kesehatan**

Pembangunan kesehatan merupakan implementasi kebijakan yang harus dilakukan secara menyeluruh (*comprehensive*), terpadu (*integrated*) dan berkesinambungan (*sustainable*). Prinsip pembangunan kesehatan ini merupakan penerapan dari 'ruh' atau semangat yang sudah sejak lama dicetuskan oleh para pionir penggerak kesehatan dunia pada deklarasi Alma Atta tahun 1978 dengan prinsip *Comprehensive Primary Health Care* (PHC) sebagai nilai dasar dalam mencapai kesehatan suatu bangsa. Prinsip-prinsip pada deklarasi Alma Atta inilah yang terus dikembangkan oleh organisasi kesehatan dunia WHO (*World Health Organisation*) dan bahkan pada program kesehatan di berbagai Negara.<sup>1,2</sup>

Deklarasi Alma Atta mencetuskan prinsip PHC didasarkan oleh pendekatan kesehatan yang sangat filosofis, dimana dengan tegas dinyatakan pada deklarasi pertama bahwa sehat tidaklah hanya ketiadaan penyakit dan gangguan fisik namun termasuk kenyamanan atau ketenangan mental dan sosial. Atas dasar prinsip pertama inilah maka derajat kesehatan diyakini hanya dapat dicapai dengan menggunakan prinsip PHC, yakni kesetaraan dan pemerataan sumber daya, peningkatan pendidikan, kekuatan ekonomi, program pemerintah yang adekuat, dan



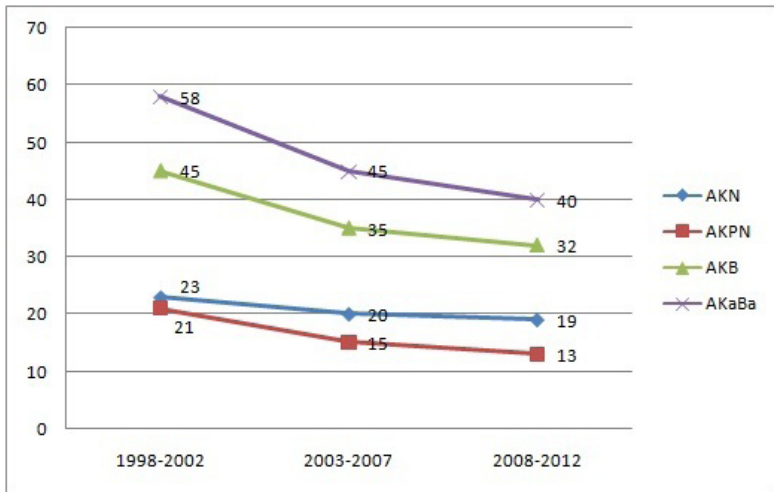
menyeluruh mulai preventif hingga rehabilitatif, integrasi dengan berbagai sektor terkait, dan partisipasi masyarakat.<sup>1,2,3</sup> Berbagai studi ilmiah dan pengalaman empiris diberbagai negara membuktikan bahwa penerapan PHC yang baik mampu menghantarkan derajat kesehatan suatu negara menjadi lebih baik, bahkan menjadi lebih *cost-effective* dibandingkan dengan pendekatan yang hanya bertumpu pada penggunaan teknologi kedokteran dan pengobatan semata.<sup>1,2,3</sup>

Lebih lanjut, penerapan kongkrit dalam menentukan arah kebijakan kesehatan, WHO juga mencetuskan kesepakatan dalam *Ottawa Charter on Health Promotion* pada tahun 1986. *Ottawa Charter* ini memberikan garis besar kebijakan untuk menumbuhkan (*promoting*) kesehatan suatu bangsa, yaitu kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (*healthy public policy*), pembangunan dan penataan lingkungan dan reorientasi pembangunan kesehatan kepada promosi dan pencegahan.<sup>4,5</sup>

Prinsip-prinsip PHC dari Deklarasi Alma Atta dan *Healthy Public Policy* dari *Ottawa Charter on Health Promotion* inilah yang juga diupayakan diimplementasikan pada pembangunan kebijakan kesehatan di Indonesia. Secara eksplisit disebutkan pengertian kesehatan dalam Undang-Undang Kesehatan nomor 36 tahun 2009 mengadopsi pengertian kesehatan pada Deklarasi Alma Atta tersebut. Seiring dengan itu, penerepan kebijakan yang terkait dengan pembangunan kesehatan juga mengacu kepada prinsip-prinsip tersebut.<sup>6</sup> Salah satu upaya besar yang dilakukan sejak reformasi kesehatan adalah dengan melakukan desentralisasi berbagai aspek dalam administrasi pemerintahan dan bidang kesehatan adalah salah satu di dalamnya pemerintah daerah Kabupaten/Kota. Melalui desentralisasi atau otonomi pemerintah daerah dalam melakukan pengelolaan kesehatan maka implementasi kebijakan akan dapat menjadi lebih terarah, fokus dan spesifik untuk daerah tersebut serta dapat lebih meningkatkan partisipasi masyarakat dan kerjasama lintas sektor di wilayah Kabupaten/Kota tersebut dalam melakukan pengelolaan bidang kesehatan.<sup>7</sup>

### Kondisi Pembangunan Kesehatan

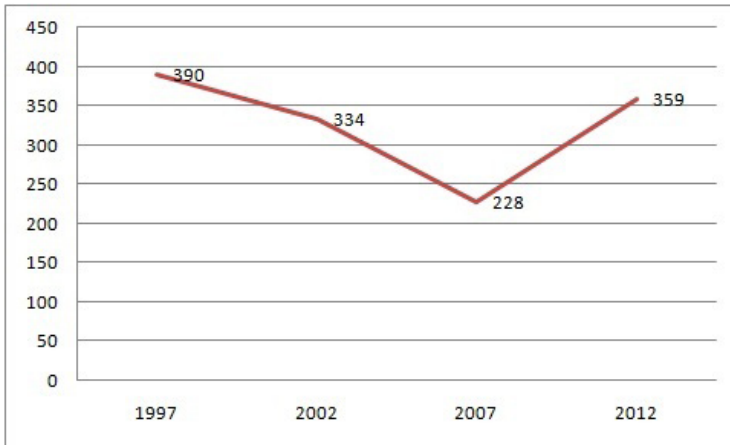
Sepanjang sejarah kemerdekaan Indonesia, kita dapat mencatat bahwa pertumbuhan derajat kesehatan seiring dengan perbaikan ekonomi, pendidikan dan kondisi lingkungan dan infrastruktur. Sejak tahun 1990, pembangunan berbagai sektor terus membaik dan berkembang, begitu juga halnya dengan angka kematian bayi (AKB) yang merupakan salah satu indikator derajat kesehatan juga ikut membaik, dengan terjadi penurunan dari 60/1.000 kelahiran hidup pada tahun 1990, menjadi 24 pada tahun 2007 dan 19 pada tahun 2012 (Gambar 1-1).<sup>8</sup>



Gambar 1 - 1.

Tren Angka Kematian Neonatal, Postneonatal,  
Bayi dan Anak Bawah Lima Tahun di Indonesia 1998-2002

Sumber: Disarikan dari Data Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia  
(SDKI) Tahun 2012, hal.108-116<sup>8</sup>



Gambar 1 - 2.

Tren Angka Kematian Ibu di Indonesia 1997-2012

Sumber: *Disarikan dari Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2012, hal.221-228<sup>8</sup>*

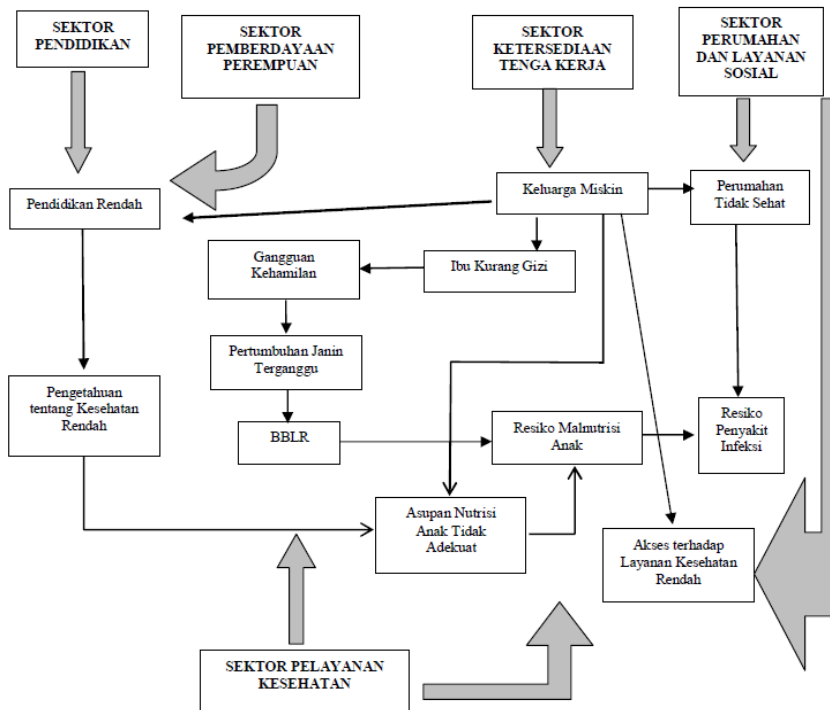
Namun, bersamaan dengan itu, keberhasilan dalam memperbaiki status kesehatan dan menurunkan angka kematian anak tidak diiringi dengan perbaikan kesehatan maternal (ibu). Meskipun telah terjadi peningkatan status kesehatan ibu hingga tahun 2007, namun pada laporan terakhir Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) untuk tahun 2012 justru menunjukkan peningkatan angka kematian ibu (AKI) yang sangat berarti menjadi 359/100.000 kelahiran hidup (Gambar 1-2).<sup>8</sup> Oleh karena itu, masalah ini perlu menjadi perhatian serius dan kajian akademis, praktis dan kebijakan yang mendalam dan komprehensif. Dalam beberapa bagian buku ini akan membahas beberapa aspek terkait dengan masalah tersebut, seperti kebijakan persalinan.

Tabel 1 - 1.  
Perbandingan IPM Indonesia  
dengan Negara-Negara di Asia Tenggra

Country	2007 (2009 Report)		2011		2013	
	Rangking	Indeks	Rangking	Indeks	Rangking	Indeks
Singapura	23	0.944	26	0.866	18	0.895
Brunei	30	0.92	33	0.838	30	0.855
Malaysia	66	0.829	61	0.761	64	0.769
Thailand	87	0.783	103	0.682	103	0.69
Filipina	105	0.751	112	0.644	114	0.654
Indonesia	111	0.734	124	0.617	121	0.629
Vietnam	116	0.725	128	0.593	127	0.617
Laos	133	0.619	138	0.524	138	0.543
Kamboja	137	0.593	139	0.523	138	0.543
Myanmar	138	0.586	149	0.483	149	0.498

Sumber: Data Asian Development Bank (ADB)  
Key Indicators Asia and Pacific Tahun 2012 dan 2013<sup>9,10</sup>

Ketimpangan data hasil pembangunan kesehatan ini salah satunya dapat dijelaskan dengan terjadinya penurunan pembangunan manusia secara nasional sejak tahun 2007. Hal ini dibuktikan dengan terjadinya penurunan angka Indeks Pembangunan Manusia (*human development index*) 0,734 pada tahun 2007 menjadi 0,617 tahun 2010 dan 0,629 tahun 213 (Tabel 1).<sup>9,10</sup> Indeks Pembangunan Manusia (IPM) ini merupakan indikator yang digunakan secara global oleh UNDP (United Nations Development Program) untuk menilai kemajuan pembangunan suatu negara, yang diukur berdasarkan angka harapan hidup saat lahir (*life expectancy*), pencapaian tingkat pendidikan dan pendapatan perkapita. Hal ini makin mempertegas bahwa, keberhasilan pembangunan kesehatan sangat dipengaruhi oleh pembangunan dan kebijakan yang terintegrasi yang terakit dengan pembangunan pendidikan, ekonomi dan sektor lainnya yang mana sektor kesehatan merupakan bagian (sub-sistem) dari pembangunan nasional, sebagaimana yang dapat dilihat pada gambar 1-3.



Gambar 1 - 3.  
 Integrasi Berbagai Sektor Pembangunan  
 dalam Memecahkan Masalah Kesehatan  
 (Dibuat oleh penulis berdasarkan analisis kepustakaan)

Secara spesifik, pembangunan kesehatan Indonesia yang dicerminkan oleh angka harapan hidup masih jauh tertinggal dibandingkan dengan negara-negara di Asia Tenggara. Bahkan jika dibandingkan dengan Vietnam yang mempunyai IPM yang lebih rendah secara keseruan, angka harapan hidupnya (75,4) masih jauh lebih baik dari Indonesia (69,8). Dibandingkan dengan beberapa negara dengan kekuatan ekonomi dan pendidikan yang sebanding, pembangunan kesehatan kita (angka harapan hidup) juga masih tertinggal.<sup>11</sup> Data ini dapat menjadi perhatian bahwa

dalam meningkatkan pembangunan kesehatan nasional tidak hanya secara holistik komprehensif, tetapi juga perlu dilakukan tindakan afirmatif dalam menaggulangi masalah kesehatan yang terjadi. Misalnya dengan melakukan tindakan spesifik pada daerah-daerah yang menjadi 'kantong' penyumbang masalah kematian ibu, kematian bayi dan endemik penyakit infeksi.

Tabel 1 - 2.

Perbandingan Angka Harapan Hidup, Pendidikan dan GNI Perkapita Indonesia dengan Beberapa Negara

	HDI value	HDI rank	Life expectancy at birth (years)	Expected years of schooling (years)	Mean years of schooling (years)	GNI per capita (2005 PPP \$)
Colombia	0.719	91	73.9	13.6	7.3	8,711
Egypt	0.662	112	73.5	12.1	6.4	5,401
Indonesia	0.629	121	69.8	12.9	5.8	4,154
Korea (Republic of)	0.909	12	80.7	17.2	11.6	28,231
Mexico	0.775	61	77.1	13.7	8.5	12,947
South Africa	0.629	121	53.4	13.1	8.5	9,594
Turkey	0.722	90	74.2	12.9	6.5	13,710
Viet Nam	0.617	127	75.4	11.9	5.5	2,970

Sumber: UNDP - Human Development Report 2013<sup>11</sup>

### Arah dan Tantangan

Melihat kondisi terkini pembangunan kesehatan Indonesia tersebut, meskipun terlihat keberhasilan, bukan berarti pembangunan kebijakan kesehatan di Indonesia tanpa kendala dan masalah. Berbagai kendala dan masalah terus dihadapi silih berganti seiring pergantian pemerintahan dan perubahan kondisi di masyarakat. Di antara tantangan-tantangan yang dihadapi tersebut adalah permasalahan kesehatan yang dua arah, perubahan tuntutan dan paradigma masyarakat terhadap layanan kesehatan, laju dan jumlah penduduk yang terus meningkat dan globalisasi ekonomi yang berdampak pada pelayanan dan kebijakan kesehatan. Sebagaimana halnya, bahwa keberhasilan penerapan kebijakan kesehatan yang selalu dipengaruhi oleh pelaku (*power and politic*), situasi dan kondisi (*context*), dan substansi kebijakan (*content*).<sup>12,13</sup>

Di saat berbagai penyakit menular atau infeksi tropik belum mampu

diatasi, Indonesia dihadapkan kepada berbagai permasalahan penyakit kronis degeneratif, metabolik dan keganasan. Ibarat dua mata pisau yang sama tajam dan bahayanya yang harus diantisipasi keduanya secara bersamaan. Kebijakan dan program kebijakan kesehatan mulai dari Kementerian Kesehatan hingga Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis terus melakukan upaya dalam mengatasi dua arah permasalahan tersebut. Jumlah penduduk yang terus meningkat tentunya juga meningkatkan kebutuhan akan kuantitas pelayanan kesehatan yang tersedia, seyogyanya kebijakan kesehatan yang dilakukan juga memenuhi kebutuhan sarana pelayanan kesehatan termasuk peningkatan tenaga dokter, bidan, perawat dan tenaga kesehatan lainnya.

Permasalahan tersebut juga tidak hanya pada ketersediaan sarana dan tenaga kesehatan namun juga keterjangkauan bagi masyarakat itu sendiri. Sebagian masyarakat Indonesia tidak mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan yang setiap mendapatkan pelayanan kesehatan harus mengeluarkan uang 'cash' saat bersamaan. Bahkan, di antaranya termasuk kategori miskin yang tentunya mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak bagi mereka suatu hal yang sangat sulit. Oleh karena itu sejak beberapa tahun yang lalu pemerintah telah menerapkan jaminan pemeliharaan kesehatan (Jamkesmas) bagi masyarakat miskin dan Jaminan persalinan gratis (Jampersal).<sup>14</sup> Namun pada saat yang sama kebijakan dan program ini juga mempunyai masalah yang senantiasa terus dievaluasi. Hingga akhirnya sejak Januari 2014 telah dilaksanakan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara menyeluruh.<sup>15,16</sup>

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia adalah melalui JKN yang secara bertahap mulai Januari tahun 2014. Pelaksanaan secara bertahap dilakukan integrasi pelayanan Jamkesmas dengan Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri Sipil, TNI, Polri dan Tenaga Kerja melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional/ Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN-JKN) pada lembaga BPJS (Badan Pelaksana Jaminan Sosial) Kesehatan. Sesuai dengan peta jalan (*road map*) perencanaan SJSN-JKN maka pada tahun 2019 akan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Tentunya perencanaan pelaksanaan JKN ini tidaklah akan tanpa kendala. Oleh karena itu, kajian ilmiah dan analisa empiris sangat

dibutuhkan untuk perbaikan implementasinya agar sesuai dengan yang diharapkan untuk peningkatan derajat kesehatan bangsa Indonesia.<sup>15,16</sup> Analisis tentang JKN menjadi poin utama dalam pembahasan buku ini pada bab-bab berikutnya.

Penyelesaian masalah secara komprehensif dan integratif mutlak diperlukan untuk meningkatkan keberhasilan pembangunan kesehatan nasional Indonesia. Semua pemangku kepentingan (*stakeholders*) harus bekerjasama dan bukan saling lempar tanggung jawab dan saling menyalahkan (*blame game*). Hal ini telah nyata, mulai dari secara filosofis dan praktis, terlihat bahwa masalah kesehatan masyarakat bukan hanya masalah dokter, tenaga kesehatan dan dinas kesehatan tetapi juga sektor pembangunan lainnya, mulai dari pendidikan, sektor perumahan, ketersediaan lapangan kerja dan sebagainya.<sup>13</sup>

Selanjutnya, globalisasi ekonomi yang disertai globalisasi kesehatan, khususnya akan terbukanya Masyarakat Ekonomi ASEAN memberikan peluang kepada dokter dan tenaga kesehatan dari Indonesia untuk lebih leluasa bekerja ke luar negeri dan sebaliknya. Pada satu sisi terlihat ini akan menguntungkan tenaga profesional kesehatan kita, namun sesungguhnya merupakan tantangan yang amat berat pada sisi pelayanan kesehatan dan sektor pendidikan. Bahkan kenyataan sebaliknya itu telah terbukti saat ini, yang mana banyaknya dokter asing yang berpraktek di Rumah Sakit ternama di Indonesia dan banyaknya masyarakat Indonesia pergi berobat ke luar negeri.

Pembinaan dan pengelolaan pendidikan profesi kesehatan yang tidak optimal untuk mencapai kompetensi sesuai standar dunia, maka dalam menghadapi persaingan global tersebut tenaga profesional kesehatan Indonesia tidak dapat bersaing di manca negara bahkan bisa tersisih di tanah air sendiri.

Begitu juga halnya pada dari sisi pelayanan kesehatan, jika Rumah Sakit di Indonesia tidak mampu memberikan pelayanan dengan kualitas terbaik dari aspek medis dan humanioranya maka pelayanan RS di Indonesia tidak akan mampu menjadi tujuan utama bagi masyarakat dari negara tetangga. Bahkan, bagi warga negara Indonesia kalangan menengah ke atas pun bukan lagi menjadi pilihan utama. Hal ini juga seiring dengan



paradigma dan tuntutan masyarakat terhadap layanan kesehatan yang menginginkan terbaik dari segala sisi dan selalu tersedia. Oleh karena itu, kebijakan sektor layanan kesehatan merupakan komponen penting yang tidak dapat dipisahkan. Analisis dan kajian terkait dengan pelayanan kesehatan tingkat lanjut ini juga sangat perlu dilakukan, termasuk aspek pelayanan prima (*service excellent*), manajemen dan jaminan mutu (*quality assurance and management*), dan pemanfaatan teknologi (*health technology assessment*).<sup>17,18</sup>

## Penutup

Pembangunan kesehatan nasional Indonesia masih menghadapi banyak tantangan. Salah satu tantangan itu adalah perlunya kesadaran bagi setiap pemangku kepentingan bahwa integrasi dan kerjasama yang menyeluruh dan dalam mencapai derajat kesehatan masyarakat. Pada saat yang sama, kebijakan pembangunan harus mampu memberikan tindakan spesifik dan afirmatif pada daerah-daerah yang menjadi penyumbang masalah kesehatan, seperti AKI, AKB dan endemik penyakit.

Pembangunan kesehatan juga seyogyanya dapat memberikan perluasan akses yang merata (*accessible* dan *equitable*). Berdasarkan falsafah inilah, dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, telah dilaksanakannya JKN secara bertahap mulai Januari tahun 2014. Untuk mencapai derajat kesehatan yang diharapkan, pelayanan kesehatan tersebut tetap harus bermutu dan akuntabel yang mengedepankan pelayanan prima dan profesional.

Oleh karena itu, dalam buku ini, pada bab-bab selanjutnya akan lebih membahas tentang JKN, seperti tantangan, kendala dan aspek pelayanannya. Di samping itu juga dibahas tentang kesehatan reproduksi dan kebijakan jaminan persalinan dan kaitannya dengan JKN.

## Kepustakaan

1. World Health Organization (WHO). Alma Atta Declaration: Primary Health Care. Alma Atta USSR: WHO; 1978.
2. Baum F. Primary health care: can the dream be revived?. *Development in Practice* 2003; 13(5): 515-519.

3. Phillips DR, Verhasselt Y. Health and Development. Lodon UK: Rothledge; 1994, pp.3-32.
4. Worls Health Organization (WHO). Ottawa Charter. Ottawa, Canada: WHO; 1986.
5. Johnson A, Paton K. Health Promotion and Health Services: Management for Change. Melbourne: Oxford University Press Australia; 2007.
6. Pemerintah RI. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta: Pemerintah RI; 2009.
7. Pemerintah RI. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Jakarta: Pemerintah RI; 2004.
8. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Badan Pusat Statistik (BPS), Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI), MEASURE DHS, ICF International. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012. Jakarta: BPS; 2013.
9. Asian Development Bank (ADB). Key Indocators for Asia and The Pacific Countries 2013: Diakses Dari: <http://www.adb.org/publications/key-indicators-asia-and-pacific-2013?ref=publications/series/key-indicators-for-asia-and-the-pacific>.
10. Asian Development Bank (ADB). Key Indocators for Asia and The Pacific Countries 2012: Diakses Dari: <http://www.adb.org/publications/key-indicators-asia-and-pacific-2012?ref=publications/series/key-indicators-for-asia-and-the-pacific>.
11. United Nations Development Programs (UNDP). Human Development Report 2013: The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World, New York: UNDP; 2013.
12. Buse K, May N, Gill W. Making Health Policy: Understanding Public Health, 2<sup>nd</sup> Edition. London: Open University Press; 2012.
13. Baum F. The New Public Health, 3<sup>rd</sup> edition, Melbourne: Oxford University Press Australia; 2011.
14. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 2562 tahun 2011 tentang Jaminan Persalinan (Jampersal). Jakarta:

Kemenkes RI.

15. Pemerintah RI. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Jakarta: Pemerintah RI; 2004.
16. Pemerintah RI. Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Jakarta: Pemerintah RI; 2011.
17. Bustami. Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akesptabilitasnya. Jakarta: Penerbit Erlangga; 2011.
18. Pohan IS. Jaminan Mutu Layanan Kesehatan. Jakarta; EGC; 2007.