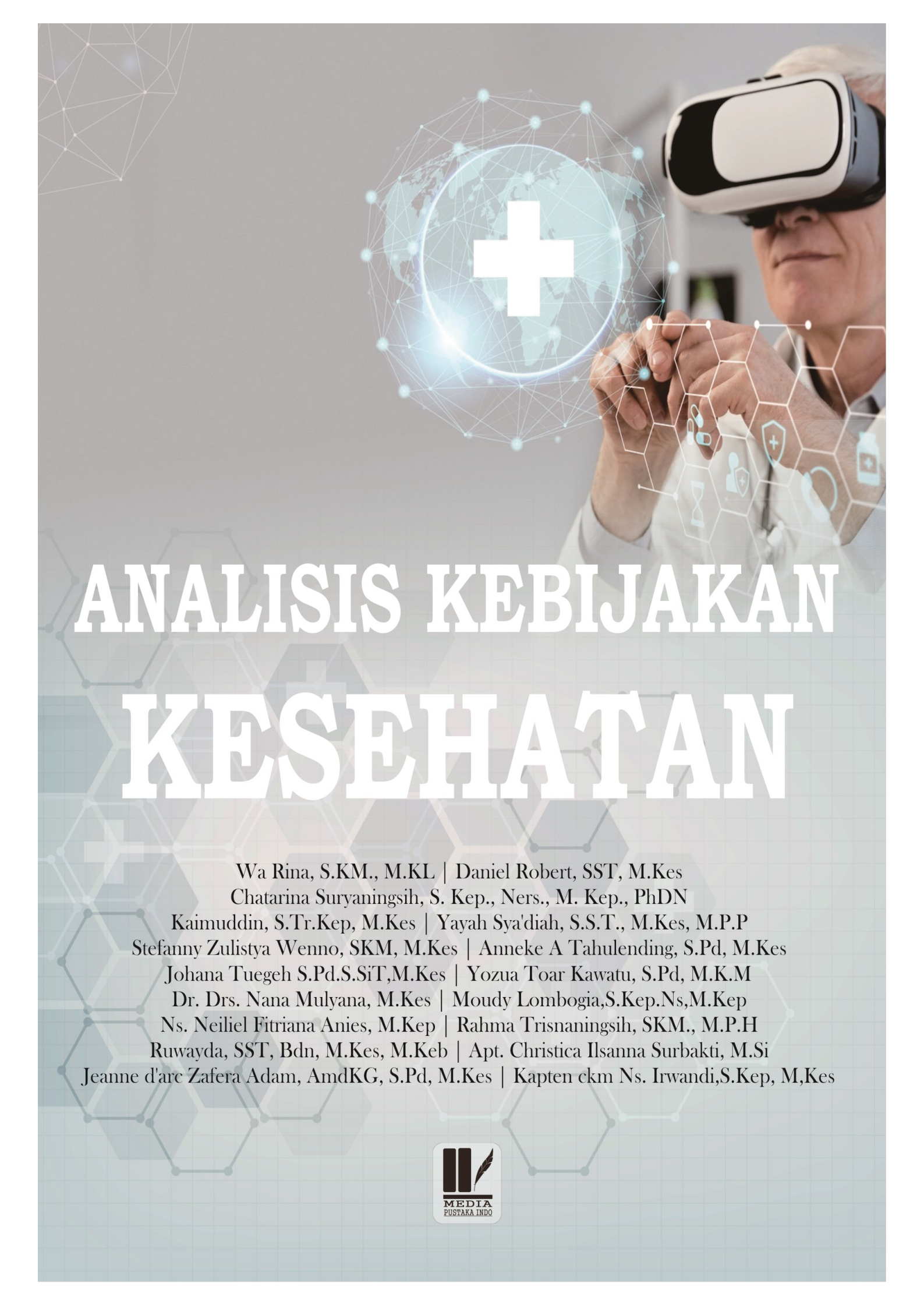




ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN

Wa Rina, S.KM., M.KL | Daniel Robert, SST, M.Kes
Chatarina Suryaningsih, S. Kep., Ners., M. Kep., PhDN
Kaimuddin, S.Tr.Kep, M.Kes | Yayah Sya'diah, S.S.T., M.Kes, M.P.P
Stefanny Zulistya Wenno, SKM, M.Kes | Anneke A Tahulending, S.Pd, M.Kes
Johana Tuegeh S.Pd.S.SiT,M.Kes | Yozua Toar Kawatu, S.Pd, M.K.M
Dr. Drs. Nana Mulyana, M.Kes | Moudy Lombogia,S.Kep.Ns,M.Kep
Ns. Neiliel Fitriana Anies, M.Kep | Rahma Trisnaningsih, SKM., M.P.H
Ruwayda, SST, Bdn, M.Kes, M.Keb | Apt. Christica Ilsanna Surbakti, M.Si
Jeanne d'arc Zafera Adam, AmdKG, S.Pd, M.Kes | Kapten ckm Ns. Irwandi,S.Kep, M,Kes

ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN

Wa Rina, S.KM., M.KL
Daniel Robert, SST, M.Kes
Chatarina Suryaningsih, S. Kep., Ners., M. Kep., PhDN
Kaimuddin, S.Tr.Kep, M.Kes
Yayah Sya'diah, S.S.T., M.Kes, M.P.P
Stefanny Zulistya Wenno, SKM, M.Kes
Anneke A Tahulending, S.Pd, M.Kes
Johana Tuegeh S.Pd.S.SiT, M.Kes
Yozua Toar Kawatu, S.Pd, M.K.M
Dr. Drs. Nana Mulyana, M.Kes
Moudy Lombogia, S.Kep.Ns, M.Kep
Ns. Neiliel Fitriana Anies, M.Kep
Rahma Trisnaningsih, SKM., M.P.H
Ruwayda, SST, Bdn, M.Kes, M.Keb
Apt. Christica Ilsanna Surbakti, M.Si
Jeanne d'arc Zafera Adam, AmdKG, S.Pd, M.Kes
Kapten ckm Ns. Irwandi, S.Kep, M.Kes

Editor :

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes



ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN

Penulis:

Wa Rina, S.KM., M.KL
Daniel Robert, SST, M.Kes
Chatarina Suryaningsih, S. Kep., Ners., M. Kep., PhDN
Kaimuddin, S.Tr.Kep, M.Kes
Yayah Sya'diah, S.S.T., M.Kes, M.P.P
Stefanny Zulistya Wenno, SKM, M.Kes
Anneke A Tahulending, S.Pd, M.Kes
Johana Tuegeh S.Pd.S.SiT,M.Kes
Yozua Toar Kawatu, S.Pd, M.K.M
Dr. Drs. Nana Mulyana, M.Kes
Moudy Lombogia,S.Kep.Ns,M.Kep
Ns. Neiliel Fitriana Anies, M.Kep
Rahma Trisnaningsih, SKM., M.P.H
Ruwayda, SST, Bdn, M.Kes, M.Keb
Apt. Christica Ilsanna Surbakti, M.Si
Jeanne d'arc Zafera Adam, AmdKG, S.Pd, M.Kes
Kapten ckm Ns. Irwandi,S.Kep, M,Kes

ISBN :

978-634-7156-56-3

Editor Buku:

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Cetakan Pertama : 2025

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku ini berjudul Analisis Kebijakan Kesehatan mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Analisis Kebijakan Kesehatan. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Analisis Kebijakan Kesehatan serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 18 April 2025

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1_Konsep Dasar Kebijakan Kesehatan	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Sistem Kesehatan Nasional dan Aspek Kebijakan Kesehatan.....	2
BAB 2_Teori-teori Utama dalam Analisis Kebijakan	12
A. Pendahuluan.....	12
B. Teori-teori Utama Analisis Kebijakan Kesehatan.....	13
BAB 3_Pendekatan dalam Analisis Kebijakan Kesehatan.....	23
A. Pendahuluan.....	23
B. Pendekatan dalam Analisis Kebijakan Kesehatan	23
BAB 4_Proses Penyusunan Kebijakan.....	34
A. Pendahuluan.....	34
B. Proses Penyusunan Kebijakan	35
BAB 5_Analisis Kebutuhan Kesehatan dalam Kebijakan.....	42
A. Pendahuluan.....	42
B. Analisis Kebutuhan Kesehatan dalam Kebijakan	43
BAB 6_Evaluasi Kebijakan Kesehatan.....	56
A. Pendahuluan.....	56
B. Evaluasi Kebijakan Kesehatan	57
BAB 7_Kebijakan Kesehatan dan Sistem Kesehatan	64
A. Pendahuluan.....	64
B. Kebijakan Kesehatan dan Sistem Kesehatan	65
BAB 8_Pengaruh Faktor Eksternal terhadap Kebijakan Kesehatan	72
A. Pendahuluan.....	72
B. Pengaruh Faktor eksternal Terhadap Kebijakan Kesehatan	73

BAB 9 Pengumpulan Data Kesehatan	85
A. Pendahuluan.....	85
B. Pengertian, Sumber Data dan Jenis Pengumpulan Data Kesehatan.	86
BAB 10 Kebijakan Kesehatan Global dan tantangannya	100
A. Pendahuluan.....	100
B. Kebijakan kesehatan global	100
C. Implementasi Kebijakan Kesehatan Global di Indonesia ...	107
D. Indikator kesehatan global	113
E. Tantangan dan upaya dalam kesehatan global	114
BAB 11 Dampak Pandemi Terhadap Kebijakan Kesehatan	120
A. Pendahuluan.....	120
B. Konsep Pandemi	121
BAB 12 Strategi Pencegahan Penyakit	132
A. Pendahuluan.....	132
B. Kebijakan dan Strategi Utama Pencegahan Penyakit	133
BAB 13 Promosi Kesehatan Sebagai Bagian Dari Kebijakan Kesehatan	144
A. Pendahuluan.....	144
B. Strategi Implementasi Promosi Kesehatan dalam kebijakan Kesehatan.....	145
BAB 14 Pendekatan Kebijakan Kesehatan Untuk Kelompok Rentan	156
A. Pendahuluan.....	156
B. Pendekatan Kebijakan Kesehatan Untuk Kelompok Rentan.....	156
BAB 15 Kebijakan Obat dan Alat Kesehatan	164
A. Pendahuluan.....	164
B. Analisis Kebijakan Obat dan Alat Kesehatan	165

BAB 16_Kebijakan Kesehatan Lingkungan	172
A. Pendahuluan.....	172
B. Perubahan Iklim.....	173
C. Pencemaran udara	181
D. Pencemaran mikroplastik	188
BAB 17_Kebijakan Kesehatan dan Teknologi	198
A. Pendahuluan.....	198
B. Kebijakan Kesehatan dan Teknologi.....	200

BAB 1

Konsep Dasar Kebijakan Kesehatan

Wa Rina, S.KM., M.KL

A. Pendahuluan

Sekumpulan pilihan pemerintah yang berkaitan dengan kesehatan dikenal sebagai kebijakan kesehatan. Tujuan dari kebijakan kesehatan adalah untuk meningkatkan standar kesehatan masyarakat. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional memuat rincian kebijakan ini. Arah, tujuan, prinsip-prinsip panduan, dasar, dan landasan untuk pengelolaan semua inisiatif kesehatan di Indonesia dijelaskan dalam kebijakan tersebut (Budiyanti, Sariatmi, & Jati, 2020). Kebijakan adalah serangkaian pilihan yang dibuat oleh orang-orang yang bertanggung jawab atas kebijakan kesehatan mengenai bagaimana melanjutkan atau menangani suatu masalah. Di setiap tingkat, dari yang terendah hingga yang tertinggi, kebijakan dapat dikembangkan, baik itu pemerintah maupun swasta (Buse, Et al., 2005 dalam Suprpto, et al., 2023, 2023).

Meningkatkan kesehatan masyarakat Indonesia sangat bergantung pada kebijakan kesehatan. Kebijakan yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup masyarakat dan mengurangi beban penyakit. Menurut data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, baik penyakit menular maupun tidak menular terus menyebabkan sebagian besar beban penyakit di negara ini. Elemen lain yang harus diperhitungkan saat membuat strategi kesehatan adalah perubahan dalam populasi. Dengan semakin meningkatnya proporsi warga

lanjut usia, Indonesia mengalami pergeseran demografis. Proporsi individu lanjut usia dalam populasi diprediksi akan mencapai 15% pada tahun 2035. Beban penyakit kronis dan degeneratif, yang memerlukan perawatan jangka panjang yang mahal, akan meningkat seiring dengan bertambahnya jumlah orang lanjut usia (Nasution, et al., 2024).

B. Sistem Kesehatan Nasional dan Aspek Kebijakan Kesehatan

1. Sistem kesehatan nasional

a. Pengertian sistem kesehatan nasional (SKN)

Sebuah sistem adalah kumpulan subsistem atau apa pun, baik fisik maupun non-fisik, yang bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama. Untuk memenuhi tuntutan dan kebutuhan kesehatan masyarakat, keluarga, kelompok, dan komunitas, sistem kesehatan suatu negara terdiri dari sejumlah komponen yang rumit dan saling terkait (Betan, et al., 2023).

Sumber lain menjelaskan SKN adalah pengaturan tugas atau komponen yang saling terhubung dan bekerja sama untuk menciptakan sesuatu yang berguna. Subsistem biasanya membentuk sebuah sistem. Untuk memenuhi tuntutan dan kebutuhan kesehatan masyarakat, keluarga, kelompok, dan komunitas, sistem kesehatan suatu negara terdiri dari sejumlah komponen yang saling terhubung dengan rumit. Untuk mencapai tingkat kesehatan masyarakat yang tertinggi, sistem kesehatan nasional didefinisikan sebagai pengelolaan kesehatan yang dikoordinasikan oleh semua elemen negara Indonesia secara terintegrasi dan saling mendukung (Peraturan Presiden 72/2012 Pasal 1 angka 2) (Juwita, 2021).

b. Tujuan sistem kesehatan nasional

Tujuan utama Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah untuk membangun sistem perawatan kesehatan yang adil, efisien, dan efektif yang dapat menawarkan perawatan medis berkualitas tinggi kepada semua warga negara. Selain mendukung inisiatif untuk

pencegahan dan promosi kesehatan, Sistem Kesehatan Nasional (SKN) berupaya meningkatkan aksesibilitas, kualitas, dan kesetaraan layanan kesehatan. Jika ada koordinasi, integrasi, sinkronisasi, dan sinergi (KISS) di antara para aktor, subsistem SKN, dan sistem serta subsistem lain di luar SKN, Sistem Kesehatan Nasional akan bekerja secara efektif untuk mencapai tujuannya. Untuk mencapai tujuan nasional di bawah model ini, sistem atau semua sektor terkait – termasuk pengembangan infrastruktur, keuangan, dan pendidikan – harus berkolaborasi dengan sektor kesehatan (Betan, et al., 2023).

c. Manfaat sistem kesehatan nasional

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2009 memperluas investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan nasional, membangun kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, memperjelas pelaksanaan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misi rencana pembangunan kesehatan jangka panjang (RPJP-K) 2005-2025, dan memperkuat makna pembangunan kesehatan dalam konteks pemenuhan hak asasi manusia.

Sistem Kesehatan Nasional dirancang dengan tujuan untuk menghidupkan kembali layanan kesehatan primer. Strategi ini mencakup: 1) Cakupan layanan kesehatan yang adil dan merata, 2) Penyampaian layanan kesehatan yang berpusat pada masyarakat, 3) Kebijakan pengembangan kesehatan, dan 4) Kepemimpinan. Inovasi dan terobosan dalam penerapan luas pengembangan kesehatan, termasuk penguatan sistem rujukan, juga dipertimbangkan dalam pembangunan Sistem Kesehatan Nasional. Secara global, pendekatan terhadap layanan kesehatan dasar telah diakui sebagai cara terbaik untuk mencapai kesehatan universal dengan mempertimbangkan

kesehatan yang responsif gender (Kepmenkes RI No. 374, 2009).

2. Aspek kebijakan kesehatan

a. Konsep kebijakan kesehatan

Ketika standar yang ditetapkan dimaksudkan untuk meningkatkan standar kesehatan masyarakat, kebijakan kesehatan adalah penerapan dari kebijakan publik. Meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan populasi suatu negara adalah tujuan dari kebijakan kesehatan nasional. Semua keputusan yang dibuat oleh para pelaku dari lembaga pemerintah, organisasi, organisasi non-pemerintah, dan lainnya yang berdampak pada sistem kesehatan disebut sebagai kebijakan kesehatan. Pola pencegahan, layanan pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit, dan perlindungan untuk kelompok rentan adalah tujuan dari kebijakan kesehatan. Kebanyakan individu hanya khawatir tentang isi kebijakan kesehatan. Misalnya, kebijakan yang berkaitan dengan peningkatan layanan kesehatan ibu dan anak atau pendanaan kesehatan dari sektor publik dan swasta (Purwaningsih, et al., 2021).

Kebijakan kesehatan menjadi penting karena sektor kesehatan adalah bagian dari ekonomi. Untuk membayar sumber daya kesehatan, industri kesehatan seperti sebuah unit yang menghabiskan sebagian besar anggaran. Beberapa berpendapat bahwa karena kemajuan dan investasi dalam teknologi kesehatan, baik yang bersifat biomedis maupun terkait produksi, termasuk usaha industri farmasi, kebijakan kesehatan memiliki dampak ekonomi. Yang lebih penting lagi, adalah fakta bahwa keputusan tentang kebijakan kesehatan mempengaruhi kehidupan orang-orang (Suprpto, et al., 2023).

b. Isu-isu kebijakan

Isu-isu kebijakan kesehatan yang dijabarkan menurut (Suprpto, et al., 2023) adalah sebagai berikut:

- 1) Terutama pada tingkat tertinggi pemerintahan, masalah-masalah signifikan muncul. Masalah yang berkaitan dengan pertanyaan mengenai tujuan institusi tersebut.
- 2) Kekhawatiran sekunder adalah hal-hal yang berkaitan dengan organisasi yang melaksanakan inisiatif pemerintah pusat. Definisi kelompok sasaran dan penerima dampak, serta prioritas program, mungkin menjadi masalah kedua. Pertanyaan tentang bagaimana menangani masalah pemukiman kembali dan pengungsi.
- 3) Anggaran, pendanaan, dan pekerjaan yang diperlukan untuk mendapatkannya adalah contoh dari kekhawatiran fungsional, yang berada di antara tingkat program dan proyek.
- 4) Masalah yang paling sering ditemui pada tahap-tahap tertentu proyek dikenal sebagai kesulitan kecil. Personel, staf, waktu liburan, tunjangan pekerjaan, jam kerja, dan aturan serta regulasi pelaksanaan adalah contoh-contoh masalah kecil.

Topik penting yang menjadi isu kebijakan kesehatan saat ini di Indonesia yakni (Yusron, 2024):

- 1) Stunting

Menurut data dari Studi Status Gizi Indonesia, 21,6 persen balita di Indonesia mengalami stunting pada tahun 2022, yang mengalami penurunan sebesar 2,8 persen dibandingkan tahun sebelumnya. Menurut statistik ini, lebih dari satu dari empat balita menderita stunting, yang menunjukkan kasus serius malnutrisi. Fokus program harus beralih dari pengobatan berbasis pemberantasan ke pencegahan untuk memaksimalkan keberhasilan luar biasa yang sudah ada dalam mengurangi stunting.

- 2) Akses layanan dan kesehatan jiwa

Masalah lainnya adalah kesehatan mental. Data dari Kementerian Kesehatan Indonesia

menunjukkan bahwa 1 dari 10 orang Indonesia mengalami masalah kesehatan mental. Karena kesehatan mental terkait dengan siklus hidup yang lebih luas—bukan hanya balita atau populasi dalam seribu hari pertama kehidupan—hal ini harus menjadi isu nasional yang sama signifikan dan pentingnya dengan isu stunting. Ini berlaku untuk semua karakteristik demografis populasi Indonesia. Banyak studi juga menunjukkan bahwa kondisi kesehatan mental dapat mengakibatkan kerugian finansial. Masalah besar lainnya yang belum ditangani adalah akses yang setara terhadap layanan kesehatan berkualitas tinggi. Diharapkan bahwa pengukuran dampak dari investasi substansial dalam indikator layanan kesehatan garis depan akan membantu sumber daya manusia Indonesia tumbuh ke arah bonus demografi.

3) Transformasi layanan kesehatan primer

Dengan penekanan pada pendekatan pencegahan dan promosi, transformasi layanan kesehatan primer memerlukan perhatian khusus dan investasi kesehatan yang besar. Pusat kesehatan masyarakat, pusat kesehatan masyarakat pembantu, pos kesehatan terpadu, pos kesehatan desa, dan partisipasi lembaga kesehatan swasta semuanya dapat menjadi langkah awal dalam proses transformasi.

Salah satu ide terpenting untuk memaksimalkan fungsi layanan kesehatan primer adalah integrasi layanan kesehatan primer. Ini dilakukan dalam upaya untuk mengatasi sejumlah hambatan dalam memenuhi indikator kesehatan nasional.

Integrasi layanan kesehatan primer adalah komponen dari transformasi layanan primer, yang menekankan tiga area kunci: memperkuat pemantauan daerah lokal melalui penggunaan

dasbor situasi kesehatan per desa, memperluas layanan kesehatan melalui jaringan hingga tingkat desa dan dusun, serta menekankan siklus hidup sebagai fokus integritas layanan.

c. Karakter masalah kebijakan

Berikut penjelasan spesifik mengenai masalah kebijakan (Suprpto, et al., 2023):

- 1) Ketergantungan: masalah di satu bidang kebijakan (energi) sering kali dipengaruhi oleh bidang kebijakan lainnya (kesehatan). Keadaan ini menunjukkan bahwa ada sistem yang bermasalah. Karena satu masalah tidak dapat diisolasi dan dievaluasi secara terpisah dari yang lain, sistem masalah ini memerlukan pendekatan yang komprehensif.
- 2) Subjektif, yang berarti bahwa faktor eksternal yang bermasalah diakui, dikategorikan, dan dinilai secara berbeda. Misalnya, adalah mungkin untuk mengukur (data) masalah populasi udara secara ilmiah. Alih-alih masalah itu sendiri, data ini mengarah pada berbagai interpretasi, seperti masalah kesehatan, isu lingkungan, perubahan iklim, dan lainnya, atau bahkan pembentukan situasi berbahaya.
- 3) Buatan, yaitu, ketika situasi bermasalah perlu diubah, yang mungkin mengakibatkan masalah kebijakan.
- 4) Dinamis berarti bahwa masalah dan penyelesaiannya terjadi dalam lingkungan yang terus berubah. Faktanya, memperbaiki masalah mungkin akan menyebabkan munculnya masalah baru yang perlu diselesaikan.
- 5) Tak terduga mengacu pada masalah yang terjadi di luar lingkup kebijakan dan kekhawatiran sistem kebijakan.

d. Pihak yang berperan dalam kebijakan

Beberapa kelompok yang terlibat dalam kebijakan kesehatan yakni (Suprpto, et al., 2023):

- 1) Aparatur legislatif dan eksekutif terdiri dari pejabat yang terpilih.
- 2) Sebagai asisten birokrasi, pejabat yang ditunjuk biasanya memainkan peran penting dalam proses kebijakan atau subsistem kebijakan.
- 3) Informasi yang diberikan oleh kelompok kepentingan sering digunakan oleh politisi, pemerintah, dan kelompok kepentingan untuk menyerang lawan mereka atau membuat keputusan kebijakan yang efektif.
- 4) Organisasi penelitian, seperti universitas, kelompok ahli, atau konsultan kebijakan.
- 5) Sebagai saluran penting untuk interaksi antara negara dan masyarakat, media massa memfasilitasi sosialisasi dan komunikasi sambil membahas topik-topik, menggabungkan peran reporter dan analis aktif untuk memberikan jawaban advokasi.

e. Implementasi kebijakan kesehatan

Bagian penting dari siklus atau tahapan kebijakan kesehatan adalah pelaksanaan kebijakan kesehatan. Pelaksanaan atau pengelolaan tindakan kebijakan dalam jangka waktu tertentu dikenal sebagai implementasi kebijakan. Implementasi adalah langkah penting yang harus diselesaikan. Terlepas dari seberapa efektif suatu kebijakan, kebijakan tersebut tidak akan mencapai tujuannya jika tidak diterapkan. Untuk mencapai tujuan kebijakan atau program, implementasi melibatkan semua pihak, institusi, proses, dan elemen teknologi. Ada dua kemungkinan hasil dalam hal implementasi kebijakan: kebijakan tersebut berhasil diimplementasikan, atau kebijakan tersebut tidak berhasil diimplementasikan. Ketika berbicara tentang implementasi kebijakan, ada dua

opsi: mengembangkan kebijakan turunan atau mengimplementasikan kebijakan tersebut sebagai program.

Keberhasilan dan efektivitas suatu kebijakan sangat dipengaruhi oleh seberapa siap kebijakan tersebut untuk dilaksanakan. Keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan kebijakan sangat dipengaruhi oleh proses pembuatan kebijakan berbasis data dan bukti. Oleh karena itu, sangat penting untuk melibatkan aktor-aktor kunci saat menilai kesiapan untuk pelaksanaan kebijakan. Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Dewan Penelitian Kesehatan/Kedokteran, konsorsium universitas, dan Komite Eksekutif Badan Perumusan Kebijakan adalah di antara para aktor. Mengonsolidasikan hasil analisis dan memasukkan tanggung jawab serta keterlibatan peneliti, akademisi, organisasi profesional, asosiasi dengan keterampilan medis khusus, dan lainnya akan lebih diutamakan (Budiyanti, Sriatmi, & Jati, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Betan, A., Sofiantin, N., Sanaky, M. J., N.L, N. S., Primadewi, B. K., Arda, D., . . . Indryani. (2023). *Kebijakan Kesehatan Nasional*. Aceh: Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Budiyanti, R. T., Sariatmi, A., & Jati, S. P. (2020). *Buku Ajar Kebijakan Kesehatan: Implementasi Kebijakan Kesehatan*. Semarang: Udip Press.
- Buse, Et al., 2005 dalam Suprpto, et al., 2023. (2023). *Kebijakan Kesehatan*. Padang: PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI.
- Juwita, C. P. (2021). *Modul Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia Jakarta.
- Kepmenkes RI No. 374. (2009). *Sistem Kesehatan Nasional*. Retrieved from <https://www.kebijakankesehatanindonesia.net/images/gambar/Kepmenkes%202009%20SKN.pdf>.
- Nasution, I. S., Said, N. B., Salsabila, M., Maulidia, A., Aulia, Z. S., & ramadhani, S. (2024). Kebijakan Kesehatan di Indonesia: Tinjauan, Tantangan, dan Rekomendasi . *Vitamin : Jurnal Ilmu Kesehatan Umum*, 95-206.
- Purwaningsih, E., Anggraini, A. D., Sholihah, I. F., Azizah, A. M., Siahaan, M. F., Maia, C., . . . Rahmatika, A. (2021). *Administrasi dan Kebijakan Kesehatan untuk Kesehatan Masyarakat*. Bandung: CV. Media Sains Indonesia.
- Suprpto, Romas, A. N., Umaroh, A. K., Dewi, N. L., Fitriyani, L., Tribakti, I., . . . Estu, K. (2023). *Kebijakan Kesehatan*. Padang: PT Global Eksekutif Teknologi.
- Yusron. (2024, Januari 02). *Catatan Akhir Tahun: Isu Kesehatan 2023*. Retrieved from <https://dinkes.kedirikab.go.id/catatan-akhir-tahun-isu-kesehatan-2023/>: <https://dinkes.kedirikab.go.id/catatan-akhir-tahun-isu-kesehatan-2023/>

BIODATA PENULIS



Wa Rina, S.KM., M.KL. Penulis dilahirkan di Ambon pada tanggal 02 Desember 1977. Ketertarikan penulis terhadap ilmu Kesehatan Lingkungan dimulai pada tahun 1996 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Multy Stream Academic (MSA) dengan memilih Jurusan Kesehatan Lingkungan dan berhasil lulus pada tahun 1999. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di Universitas Hasanuddin pada Prodi Kesehatan Masyarakat tahun 2009. Kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 tahun 2015 di Universitas Airlangga pada Prodi Kesehatan Lingkungan. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Jurusan Sanitasi Poltekkes Maluku. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis book chapter dan menulis artikel.

BAB 2

Teori-teori Utama dalam Analisis Kebijakan

Daniel Robert, SST, M.Kes

A. Pendahuluan

Kebijakan kesehatan merupakan elemen penting dalam sistem kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui perencanaan, pengambilan keputusan, dan implementasi program kesehatan. Dalam era globalisasi, kebijakan kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor lokal tetapi juga oleh dinamika internasional seperti perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi medis, serta isu-isu kesehatan global seperti pandemi dan perubahan iklim. Oleh karena itu, analisis kebijakan kesehatan menjadi krusial dalam memastikan bahwa kebijakan yang diambil berbasis bukti, efektif, dan berkelanjutan dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

Dalam analisis kebijakan kesehatan, terdapat berbagai teori utama yang digunakan untuk memahami bagaimana kebijakan dibuat, diimplementasikan, dan dievaluasi. Teori-teori ini mencakup pendekatan rasional, model inkremental, teori kebijakan elit, teori pluralisme, serta model advokasi koalisi. Setiap teori menawarkan perspektif yang berbeda dalam melihat bagaimana aktor-aktor dalam kebijakan kesehatan berinteraksi dan mempengaruhi proses kebijakan. Pemahaman terhadap teori-teori ini memungkinkan para pembuat kebijakan, akademisi, dan praktisi kesehatan untuk merancang strategi yang lebih efektif dalam mencapai tujuan kesehatan masyarakat.

B. Teori-teori Utama Analisis Kebijakan Kesehatan

Analisis kebijakan kesehatan merupakan suatu pendekatan sistematis dalam memahami, merancang, dan mengevaluasi kebijakan yang berkaitan dengan sistem kesehatan masyarakat. Dalam proses ini, berbagai teori digunakan untuk menjelaskan bagaimana kebijakan dibuat, diimplementasikan, serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Teori-teori dalam analisis kebijakan kesehatan memberikan kerangka kerja untuk memahami dinamika pengambilan keputusan, peran aktor kebijakan, serta dampak kebijakan terhadap masyarakat.

Adapun teori-teori analisis kebijakan kesehatan yang dapat dipelajari bersama dengan konsep dan model sebagai berikut :

1. Model Rasional (Rational Model)

a. Konsep dan Model

Model rasional dalam analisis kebijakan kesehatan menekankan pada proses sistematis dalam pengambilan keputusan. Model ini berasumsi bahwa pembuat kebijakan bertindak rasional dengan mengumpulkan informasi, mengevaluasi alternatif, dan memilih solusi terbaik berdasarkan manfaat yang dihasilkan serta biaya yang dikeluarkan (Dunn, 2018).

Model ini juga dikenal sebagai pendekatan "means-end", di mana kebijakan dirancang untuk mencapai tujuan tertentu dengan cara yang paling efisien.

Model pendekatan "means-end" dalam analisis kebijakan adalah suatu metode yang menekankan hubungan antara sarana (means) dan tujuan (end) dalam proses pengambilan keputusan. Model ini berasumsi bahwa pembuat kebijakan secara rasional akan memilih tindakan atau strategi yang paling efektif dan efisien untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam konteks kebijakan kesehatan, pendekatan ini digunakan untuk merancang kebijakan berbasis bukti dengan menimbang manfaat, biaya, dan

dampaknya terhadap masyarakat. Misalnya, dalam kebijakan pengendalian penyakit menular, pemerintah akan mengidentifikasi tujuan utama—seperti penurunan angka infeksi—dan menentukan sarana yang paling efektif, seperti program vaksinasi atau kampanye edukasi kesehatan, guna mencapai hasil yang optimal dengan sumber daya yang tersedia.

b. Pendekatan terhadap Kebijakan Kesehatan

Dalam pendekatan ini, kebijakan kesehatan disusun berdasarkan data dan bukti ilmiah, dengan mempertimbangkan dampak ekonomi dan sosialnya. Contohnya, dalam pengendalian penyakit menular seperti COVID-19, kebijakan vaksinasi dikembangkan berdasarkan analisis efektivitas dan efisiensi biaya, yang menentukan kelompok prioritas penerima vaksin (WHO, 2021).

c. Aplikasi dalam Kebijakan Kesehatan

Aplikasi nyata dari model rasional dapat ditemukan dalam sistem evaluasi teknologi kesehatan (Health Technology Assessment - HTA) yang digunakan di banyak negara untuk menentukan obat dan teknologi medis yang layak didanai pemerintah (Drummond et al., 2015). Model ini memastikan bahwa hanya intervensi kesehatan yang terbukti efektif dan efisien yang diterapkan dalam kebijakan publik.

d. Bentuk Evaluasi

Evaluasi kebijakan dengan model rasional biasanya dilakukan melalui metode kuantitatif, seperti analisis cost-effectiveness dan cost-benefit. Contohnya, kebijakan subsidi obat esensial dievaluasi dengan membandingkan biaya yang dikeluarkan pemerintah dengan dampak kesehatan yang dihasilkan, seperti penurunan angka kematian akibat penyakit kronis (Drummond et al., 2015).

e. Contoh Penerapan

Model ini banyak digunakan dalam sistem Health Technology Assessment (HTA) untuk menentukan obat dan teknologi medis yang layak didanai pemerintah, memastikan intervensi kesehatan yang diterapkan benar-benar efektif dan efisien (Buse et al., 2012).

f. Keterbatasan

Meskipun model rasional menawarkan pendekatan berbasis bukti, dalam praktiknya sering menghadapi kendala seperti keterbatasan informasi, dinamika politik, dan tekanan dari kelompok kepentingan. Selain itu, dalam situasi darurat seperti pandemi, kebijakan sering kali harus dibuat dengan informasi yang belum lengkap, mengurangi efektivitas pendekatan rasional sepenuhnya (Buse et al., 2012).

2. Model Inkremental (Incremental Model)

a. Konsep dan Model

Model inkremental dikembangkan oleh Charles Lindblom (1959) dan menyatakan bahwa kebijakan berubah secara bertahap, bukan melalui perubahan besar yang revolusioner. Pendekatan ini mengakui keterbatasan informasi, sumber daya, serta hambatan politik, sehingga keputusan kebijakan diambil melalui langkah-langkah kecil yang lebih mudah diterima oleh berbagai pihak.

b. Pendekatan terhadap Kebijakan Kesehatan

Dalam konteks kebijakan kesehatan, pendekatan inkremental diterapkan dengan melakukan modifikasi bertahap terhadap kebijakan yang sudah ada. Misalnya, sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia awalnya hanya mencakup segmen tertentu dari masyarakat sebelum diperluas secara bertahap untuk mencapai cakupan universal (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

c. Aplikasi dalam Kebijakan Kesehatan

Model inkremental juga terlihat dalam kebijakan pengendalian konsumsi tembakau di berbagai negara. Alih-alih melarang rokok secara langsung, pemerintah menerapkan kebijakan bertahap seperti kenaikan cukai, larangan iklan, dan pembatasan tempat merokok secara bertahap untuk mengurangi resistensi dari industri tembakau dan masyarakat perokok (WHO, 2021).

d. Bentuk Evaluasi

Evaluasi kebijakan inkremental dilakukan dengan membandingkan perubahan kecil dalam kebijakan sebelumnya dan menganalisis dampaknya. Contohnya, evaluasi efektivitas kebijakan pembatasan rokok dilakukan dengan melihat tren konsumsi rokok sebelum dan sesudah kenaikan cukai serta dampaknya terhadap prevalensi penyakit terkait tembakau (WHO, 2021).

e. Contoh Penerapan

Implementasi kebijakan kenaikan pajak rokok untuk mengurangi konsumsi tembakau merupakan contoh nyata model inkremental, di mana pemerintah secara bertahap menaikkan cukai rokok dan memperketat regulasi iklan guna mencapai pengurangan konsumsi yang signifikan (Dye, 2001).

f. Keterbatasan

Meskipun pendekatan ini lebih realistis dan fleksibel, model inkremental sering dikritik karena terlalu lambat dalam menangani masalah kesehatan yang mendesak. Dalam situasi seperti pandemi atau wabah penyakit menular, kebijakan yang membutuhkan tindakan cepat tidak dapat mengandalkan perubahan bertahap, melainkan memerlukan intervensi segera (Dye, 2001).

3. Teori Kebijakan Elit (Elite Theory)

a. Konsep dan Model

Teori kebijakan elit berargumen bahwa kebijakan kesehatan lebih banyak dipengaruhi oleh kelompok

kecil yang memiliki kekuasaan dan akses terhadap informasi, seperti politisi, birokrat, dan pemilik modal (Dye, 2001). Model ini menyoroti bahwa kebijakan sering kali tidak dibuat untuk kepentingan umum, melainkan lebih menguntungkan kelompok elit yang memiliki kepentingan dalam sektor kesehatan.

b. Pendekatan terhadap Kebijakan Kesehatan

Dalam praktiknya, pendekatan ini sering terlihat dalam kebijakan harga obat dan layanan kesehatan yang dipengaruhi oleh perusahaan farmasi besar. Misalnya, di Amerika Serikat, harga obat sering kali ditentukan oleh kesepakatan antara perusahaan farmasi dan pemerintah, tanpa mempertimbangkan kepentingan pasien secara langsung (Angell, 2005).

c. Aplikasi dalam Kebijakan Kesehatan

Di negara berkembang, intervensi organisasi internasional seperti World Bank dan IMF juga memainkan peran penting dalam menentukan kebijakan kesehatan. Misalnya, beberapa negara dipaksa untuk melakukan privatisasi layanan kesehatan sebagai syarat menerima pinjaman dari lembaga keuangan internasional (Buse et al., 2012).

d. Bentuk Evaluasi

Evaluasi kebijakan berbasis teori elit dapat dilakukan dengan meneliti sejauh mana kebijakan lebih menguntungkan kelompok tertentu dibandingkan masyarakat umum. Contohnya, evaluasi subsidi farmasi yang lebih menguntungkan industri dibandingkan pasien, berdasarkan data harga obat dan akses pasien ke pengobatan (Walt & Gilson, 1994).

e. Contoh Penerapan

Intervensi organisasi internasional seperti IMF dan World Bank dalam kebijakan kesehatan negara berkembang sering kali mencerminkan teori elit, di mana kebijakan privatisasi layanan kesehatan diadopsi sebagai syarat pemberian pinjaman internasional,

meskipun dampaknya terhadap akses layanan kesehatan masyarakat masih diperdebatkan (Buse et al., 2012).

f. Keterbatasan

Meskipun teori ini menjelaskan bagaimana kekuasaan mempengaruhi kebijakan, pendekatan ini sering kali mengabaikan peran masyarakat sipil dan advokasi publik dalam mengubah kebijakan kesehatan. Selain itu, model ini dapat menimbulkan kesan bahwa kebijakan kesehatan tidak dapat diubah tanpa campur tangan elit, padahal masyarakat dapat memainkan peran aktif melalui gerakan sosial dan advokasi kesehatan (Walt & Gilson, 1994).

4. Model Advokasi Koalisi (Advocacy Coalition Framework - ACF)

a. Konsep dan Model

Model advokasi koalisi dikembangkan oleh Paul Sabatier (1993) dan menjelaskan bahwa kebijakan kesehatan dipengaruhi oleh koalisi aktor yang memiliki nilai, kepentingan, dan keyakinan serupa. Kelompok ini bekerja dalam jangka panjang untuk memengaruhi kebijakan melalui advokasi, penelitian, dan perubahan sosial.

b. Pendekatan terhadap Kebijakan Kesehatan

Pendekatan ini digunakan dalam isu-isu kesehatan yang membutuhkan perubahan kebijakan dalam jangka panjang, seperti pengendalian HIV/AIDS, kebijakan perubahan iklim yang berdampak pada kesehatan, serta akses terhadap obat-obatan esensial. Gerakan masyarakat sipil dan LSM menjadi aktor utama dalam pendekatan ini (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993).

c. Aplikasi dalam Kebijakan Kesehatan

Contoh konkret dari pendekatan ini adalah kampanye penghapusan penyakit polio yang dilakukan oleh koalisi global, termasuk WHO, UNICEF, dan

organisasi nirlaba seperti Bill & Melinda Gates Foundation. Advokasi yang dilakukan secara konsisten oleh berbagai organisasi ini berhasil mengurangi kasus polio secara drastis di seluruh dunia (IPCC, 2022).

d. Bentuk Evaluasi

Evaluasi kebijakan dalam model ini dilakukan dengan mengukur dampak advokasi terhadap perubahan kebijakan. Contohnya, evaluasi keberhasilan kampanye anti-polusi udara dapat dilakukan dengan membandingkan perubahan regulasi emisi kendaraan sebelum dan sesudah kampanye advokasi (IPCC, 2022).

e. Contoh Penerapan

Contoh konkret dari pendekatan ini adalah kampanye penghapusan penyakit polio yang dilakukan oleh koalisi global seperti WHO, UNICEF, dan Bill & Melinda Gates Foundation. Advokasi yang dilakukan oleh berbagai organisasi ini berhasil mengurangi kasus polio secara signifikan di seluruh dunia (WHO, 2021).

f. Keterbatasan

Meskipun model ini dapat mendorong perubahan kebijakan jangka panjang, advokasi sering kali menghadapi hambatan dari kelompok kepentingan yang menolak perubahan. Selain itu, efektivitas advokasi sangat bergantung pada dukungan finansial dan politik, sehingga tidak selalu berhasil dalam semua konteks kebijakan kesehatan (Buse et al., 2012).

5. Ringkasan dan Penegasan

Berbagai teori dalam analisis kebijakan kesehatan memiliki keunggulan dan keterbatasannya masing-masing. Model rasional menekankan pengambilan keputusan berbasis bukti, model inkremental menawarkan pendekatan bertahap, teori elit menunjukkan pengaruh kelompok berkuasa, dan model advokasi koalisi menggambarkan peran aktor-aktor sosial dalam perubahan kebijakan.

Pemahaman tentang berbagai teori ini memungkinkan pembuat kebijakan untuk merancang strategi kesehatan yang lebih efektif dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making Health Policy*. Oxford University Press.
- Drummond, M. F., et al. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press.
- Dunn, W. N. (2018). *Public Policy Analysis: An Introduction*. Routledge.
- Dye, T. R. (2001). *Understanding Public Policy*. Prentice Hall.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Lindblom, C. E. (1959). "The Science of Muddling Through." *Public Administration Review*.
- Sabatier, P., & Jenkins-Smith, H. (1993). *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Westview Press.
- Walt, G., & Gilson, L. (1994). "Reforming the Health Sector in Developing Countries: The Central Role of Policy Analysis." *Health Policy and Planning*, 9(4), 353-370.
- WHO. (2021). *Cost-Effectiveness Analysis of Immunization*

BIODATA PENULIS



Daniel Robert, SST, M.Kes, Lahir di Manado Propinsi Sulawesi Utara, pada tanggal 20 Desember 1970. Menyelesaikan Pendidikan Akademi Gizi Manado Depkes, tahun 1995, Melanjutkan Pendidikan Diploma IV Minat Gizi Masyarakat di UNIBRAW Malang Tahun 2000. Kemudian melanjutkan studi pada Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada Yogyakarta Minat Gizi Masyarakat lulus tahun 2006. Lalu Bekerja sebagai dosen di Jurusan Gizi pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado, dan pernah diberi tugas tambahan sebagai Sekertaris Jurusan Gizi, mengajar pada beberapa mata kuliah antara lain : SKP, PPG, Statistika, PKG, Tumbang, dll.

BAB 3 | Pendekatan dalam Analisis Kebijakan Kesehatan

***Chatarina Suryaningsih, S. Kep., Ners., M.
Kep., PhDN***

A. Pendahuluan

Analisis kebijakan kesehatan adalah proses sistematis untuk memahami, mengevaluasi, dan meningkatkan kebijakan yang memengaruhi sektor kesehatan. Tujuannya adalah untuk memahami, mengevaluasi, dan meningkatkan kebijakan yang memengaruhi sektor kesehatan, guna memastikan kebijakan tersebut efektif, efisien, dan sesuai dengan kebutuhan Masyarakat (Ahmad & Bonso, 2022).

Tujuan lain dari analisis kebijakan Kesehatan ini adalah memastikan kebijakan tersebut efektif, efisien, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Pendekatan dalam analisis kebijakan kesehatan memainkan peran penting dalam mengidentifikasi masalah, merumuskan solusi, dan mengevaluasi dampak kebijakan.

Analisis ini memerlukan pendekatan multidisiplin, mencakup ilmu politik, ekonomi, sosiologi, dan epidemiologi, untuk menelaah berbagai faktor yang memengaruhi kebijakan Kesehatan (Adjunct & Marniati, 2021).

B. Pendekatan dalam Analisis Kebijakan Kesehatan

1. Peran dan Fungsi Analisis Kebijakan Kesehatan

Analisis kebijakan kesehatan memiliki beberapa peran dan fungsi penting, antara lain:

- a. Fokus pada Penyelesaian Masalah: Dengan analisis yang tepat, keputusan yang diambil akan lebih terarah pada masalah kesehatan yang spesifik dan membutuhkan solusi.

- b. Pendekatan Multidisiplin: Analisis ini menggabungkan berbagai disiplin ilmu, seperti kebijakan publik dan ilmu kesehatan, sehingga menghasilkan kajian yang komprehensif.
 - c. Penentuan Tindakan Kebijakan yang Tepat: Melalui analisis, pemerintah dapat menentukan jenis tindakan kebijakan yang paling sesuai untuk menyelesaikan suatu masalah Kesehatan (Dodo et al., 2012).
2. **Pendekatan Utama Dalam Evaluasi Kebijakan**
- Menurut Dunn (2003), terdapat tiga pendekatan utama dalam evaluasi kebijakan:
- a. Evaluasi Semu (Pseudo Evaluation), adalah Pendekatan ini menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi valid mengenai hasil kebijakan tanpa menilai manfaat atau nilai bagi individu atau Masyarakat.
 - b. Evaluasi Formal (Formal Evaluation), adalah Pendekatan ini melibatkan penilaian sistematis terhadap efektivitas dan efisiensi kebijakan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan.
 - c. Evaluasi Keputusan Teoritis (Decision Theoretic Evaluation), adalah Pendekatan ini berfokus pada analisis keputusan dengan mempertimbangkan berbagai alternatif dan konsekuensi untuk menentukan pilihan kebijakan terbaik. Selain itu, metode yang digunakan dalam analisis kebijakan mencakup metode kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif mensyaratkan pengetahuan yang mendalam tentang statistik, desain penelitian, dan kemampuan menggunakan perangkat lunak statistik. Sedangkan metode kualitatif membutuhkan ketelitian dalam melihat detail, dengan analisis dilakukan melalui pembacaan berulang terhadap data untuk menemukan pola dan hubungan (Rahmawati et al., 2023)

Dengan memahami berbagai pendekatan ini, pembuat kebijakan dan peneliti dapat merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi kebijakan kesehatan yang lebih efektif dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

3. Metode dalam Analisis Kebijakan Kesehatan

Analisis kebijakan kesehatan merupakan proses sistematis untuk memahami, mengevaluasi, dan meningkatkan kebijakan yang memengaruhi sektor kesehatan. Tujuannya adalah memastikan kebijakan tersebut efektif, efisien, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Dalam melakukan analisis ini, berbagai metode digunakan untuk mengumpulkan, menganalisis, dan menginterpretasi data yang relevan. Berikut adalah penjelasan mengenai metode yang umum digunakan dalam analisis kebijakan Kesehatan adalah

a. Metode Kuantitatif

Metode kuantitatif melibatkan pengumpulan dan analisis data numerik untuk mengidentifikasi pola, hubungan, atau tren dalam fenomena kesehatan. Pendekatan ini sering menggunakan survei, eksperimen, atau analisis statistik untuk mengukur variabel dan menguji hipotesis. Peneliti yang menggunakan metode ini harus memiliki pemahaman mendalam tentang statistik, desain penelitian, serta kemampuan menggunakan perangkat lunak statistik. Analisis kuantitatif membutuhkan pemahaman dan penerapan konsep seperti korelasi, varians, dan signifikansi statistik.

b. Metode Kualitatif

Metode kualitatif fokus pada pemahaman mendalam terhadap fenomena sosial atau perilaku manusia dalam konteks kesehatan. Pendekatan ini sering menggunakan wawancara mendalam, diskusi kelompok terfokus (focus group discussions), atau observasi partisipatif untuk mengumpulkan data non-

numerik. Analisis kualitatif dilakukan dengan membaca berulang kali catatan lapangan dan materi tulisan lain untuk menemukan pola dan hubungan dalam data. Metode ini membutuhkan kehati-hatian untuk melihat detail dan seringkali melibatkan interpretasi subjektif dari peneliti (Ayuningtyas, n.d.).

c. **Metode Campuran (Mixed Methods)**

Pendekatan ini menggabungkan metode kuantitatif dan kualitatif untuk mendapatkan pemahaman yang lebih komprehensif tentang masalah kebijakan kesehatan. Dengan mengintegrasikan kedua metode, peneliti dapat memanfaatkan kelebihan masing-masing pendekatan dan mengatasi keterbatasannya. Misalnya, data kuantitatif dapat memberikan gambaran umum tentang prevalensi suatu fenomena, sementara data kualitatif dapat menjelaskan alasan di balik fenomena tersebut.

d. **Metode Perumusan Masalah**

Metode ini digunakan untuk mengidentifikasi dan merumuskan masalah kebijakan yang perlu diatasi. Tujuannya adalah menghasilkan informasi mengenai nilai, kebutuhan, atau peluang yang belum terpenuhi, tetapi dapat dicapai melalui tindakan publik. Perumusan masalah yang tepat sangat penting karena akan mempengaruhi tahap-tahap selanjutnya dalam proses kebijakan.

e. **Metode Peliputan (Monitoring)**

Metode peliputan atau monitoring memungkinkan analis menghasilkan informasi mengenai sebab-akibat kebijakan di masa lalu. Tujuannya adalah memantau pelaksanaan kebijakan untuk memastikan bahwa kebijakan tersebut dilaksanakan sesuai dengan rencana dan mencapai tujuan yang diinginkan. Monitoring yang efektif dapat mengidentifikasi masalah atau hambatan dalam implementasi

kebijakan sehingga dapat segera diatasi (Warman et al., 2023).

f. **Metode Peramalan (Forecasting)**

Metode peramalan digunakan untuk memprediksi akibat kebijakan di masa depan. Dengan menggunakan data historis dan teknik statistik, analisis dapat memperkirakan dampak potensial dari suatu kebijakan sebelum diimplementasikan. Peramalan yang akurat membantu pembuat kebijakan dalam mengambil keputusan yang lebih baik dan mengantisipasi konsekuensi yang mungkin timbul.

g. **Metode Evaluasi**

Metode evaluasi bertujuan untuk menilai efektivitas dan efisiensi kebijakan yang telah diimplementasikan. Evaluasi dapat dilakukan pada berbagai tahap, mulai dari evaluasi proses (bagaimana kebijakan diimplementasikan) hingga evaluasi hasil (apa dampak kebijakan terhadap masalah yang ingin diatasi). Informasi dari evaluasi digunakan untuk memperbaiki kebijakan yang ada atau merancang kebijakan baru yang lebih efektif.

h. **Metode Rekomendasi (Preskripsi)**

Metode rekomendasi memungkinkan analisis menghasilkan informasi mengenai kemungkinan arah tindakan di masa depan yang akan menimbulkan akibat yang bernilai. Berdasarkan analisis yang telah dilakukan, rekomendasi disusun untuk memberikan saran atau petunjuk kepada pembuat kebijakan mengenai langkah-langkah yang sebaiknya diambil untuk mengatasi masalah kesehatan tertentu (Saputra, 2024).

Pemilihan metode yang tepat dalam analisis kebijakan kesehatan sangat penting untuk memastikan bahwa kebijakan yang dirancang dan diimplementasikan benar-benar efektif dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Dengan menggunakan metode yang sesuai, analis dapat memberikan informasi yang akurat dan relevan kepada pembuat kebijakan, sehingga keputusan yang diambil dapat memberikan dampak positif bagi sektor Kesehatan (Rahmawati et al., 2023).

4. **Proses Analisis Kebijakan Kesehatan**

Proses analisis kebijakan kesehatan melibatkan beberapa tahapan:

- a. **Identifikasi Masalah dan Isu**
Menemukan bagaimana isu-isu yang ada dapat masuk ke dalam agenda kebijakan dan mengapa isu-isu lain tidak dibicarakan (Cruz et al., 2019).
- b. **Perumusan Kebijakan**
Menemukan siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan dihasilkan, disetujui, dan dikomunikasikan.
- c. **Pelaksanaan Kebijakan**
Tahap ini sering dianggap sebagai bagian yang terpisah dari kedua tahap pertama, namun sangat penting karena jika kebijakan tidak dilaksanakan atau diubah selama pelaksanaan, hasilnya mungkin tidak sesuai dengan yang diharapkan (Purnama et al., 2021).
- d. **Evaluasi Kebijakan**
Menilai apa yang terjadi saat kebijakan dilaksanakan, bagaimana pengawasannya, apakah tujuannya tercapai, dan apakah terjadi akibat yang tidak diharapkan. Tahapan ini merupakan saat di mana kebijakan dapat diubah atau dibatalkan serta kebijakan baru ditetapkan (Rahmawati et al., 2023).

Dengan memahami berbagai pendekatan dan metode dalam analisis kebijakan kesehatan, pembuat kebijakan dan peneliti dapat merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi kebijakan kesehatan yang lebih efektif dan responsif terhadap kebutuhan Masyarakat (Suryani et al., 2016).

5. Implementasi Kebijakan Kesehatan

Implementasi kebijakan kesehatan adalah tahap di mana rencana kebijakan diterapkan dalam praktik nyata. Tahap ini sangat penting karena tanpa implementasi yang efektif, kebijakan yang dirancang dengan baik pun tidak akan mencapai hasil yang diharapkan (Rusdian & Widiarini, 2020). Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi meliputi:

a. Kualitas Kebijakan

Kebijakan yang dirancang dengan baik, jelas, dan realistis lebih mudah diimplementasikan.

b. Sumber Daya

Ketersediaan sumber daya manusia, finansial, dan material yang memadai mendukung pelaksanaan kebijakan.

c. Komunikasi

Penyampaian informasi yang efektif antara pembuat kebijakan dan pelaksana memastikan pemahaman yang tepat mengenai tujuan dan prosedur kebijakan.

d. Kondisi Sosial dan Politik

Stabilitas politik dan dukungan masyarakat mempengaruhi kelancaran implementasi kebijakan (Raviola et al., 2020).

Kegagalan dalam implementasi kebijakan seringkali disebabkan oleh adanya kesenjangan antara perencanaan dan pelaksanaan, yang dikenal sebagai "implementation gap." Hal ini dapat terjadi karena kebijakan yang kurang baik (bad policy), implementasi yang kurang efektif (bad implementation), atau faktor-faktor eksternal yang tidak terduga (bad luck) (Rusdian & Widiarini, 2020).

6. Dampak Analisis Kebijakan Kesehatan

Analisis kebijakan kesehatan yang komprehensif memiliki dampak signifikan dalam memastikan kebijakan yang diimplementasikan benar-benar memenuhi kebutuhan masyarakat. Dampak tersebut antara lain:

a. Peningkatan Kualitas Layanan Kesehatan

Dengan analisis yang tepat, kebijakan dapat dirancang untuk meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan, terutama bagi kelompok rentan (Rahmawati et al., 2023).

b. Pemberdayaan Masyarakat

Kebijakan yang didasarkan pada analisis mendalam dapat mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam program pencegahan penyakit, sehingga meningkatkan efektivitas program kesehatan.

c. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Analisis kebijakan membantu dalam mengidentifikasi prioritas kesehatan, sehingga sumber daya dapat dialokasikan secara efisien untuk mencapai hasil yang optimal.

d. Penyesuaian dengan Kebutuhan Lokal

Dengan memahami konteks lokal melalui analisis kebijakan, program kesehatan dapat disesuaikan agar lebih relevan dan efektif dalam menjawab permasalahan spesifik di suatu wilayah (Nuraeni, 2024).

Secara keseluruhan, analisis kebijakan kesehatan yang baik memastikan bahwa kebijakan yang dirancang dan diimplementasikan tidak hanya efektif dalam mencapai tujuan kesehatan, tetapi juga responsif terhadap kebutuhan dan kondisi spesifik masyarakat yang dilayani.

DAFTAR PUSTAKA

- Adjunct, & Marniati. (2021). Pengantar Analisis Kebijakan Kesehatan. *Tobacco Induced Diseases, August*.
- Ahmad, B., & Bonso, H. (2022). Dampak Pandemi Terhadap Peningkatan Fungsi Ibu Rumah Tangga Dalam Keluarga (Studi Kasus Ibu-Ibu Wali Murid Sd Yapis 2 Samofa Biak Numfor-Papua). *Jisip (Jurnal Ilmu Sosial Dan Pendidikan)*, 6(1), 1880–1887.
<https://doi.org/10.58258/jisip.v6i1.2685>
- Ayuningtyas, P. D. (N.D.). *Kebijakan Kesehatan (Prinsip Dan Praktik)*.
- Cruz, M., Gillen, D. L., Bender, M., & Ombao, H. (2019). Assessing Health Care Interventions Via An Interrupted Time Series Model: Study Power And Design Considerations. *Statistics In Medicine*, 38(10), 1734–1752.
<https://doi.org/10.1002/sim.8067>
- Dodo, D. O., Trisnantoro, L., & Riyarto, S. (2012). Analisis Pembiayaan Program Kesehatan Ibu Dan Anak Bersumber Pemerintah Dengan Pendekatan Health Account. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 01(1), 13–23.
<https://journal.ugm.ac.id/jkki/article/download/3071/2727>
- Nuraeni, I. (2024). *Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimum Kesehatan Indikator Penderita Hiv Di Puskesmas Banjaran Kota Tahun 2023*. 13(03), 150–158.
- Purnama, N. P., Manesanulu, R. S., & Sibarani, E. F. (2021). Proses Perumusan Kebijakan Kesehatan: Perumusan Masalah, Formulasi, Implementasi, Monitoring, Dan Evaluasi: Literature Review. *Jurnal Administrasi Rs Indonesia*, 1, 43–50.
- Rahmawati, E. M., Littik, S. K. A., & Nayoan, C. R. (2023). Analisis Implementasi Kebijakan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga Di Puskesmas Pasir Panjang Kota Kupang. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 12(2), 114.
<https://doi.org/10.22146/jkki.84695>
- Raviola, Yanthi, D., & Renaldi, R. (2020). *Modul Pembelajaran*

Analisis Kebijakan Kesehatan.

- Rusdian, E. R., & Widiarini, R. (2020). Evaluasi Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Pis-Pk): Studi Kasus Di Tingkat Puskesmas Evaluation Of The Healthy Indonesia Program With The Family Approach (Pis-Pk): A Case Study At Primary Health Service. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : Jkki*, 9(01), 1–8.
- Saputra, A. (2024). Analisis Kebijakan Kesehatan Dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas Di Kota Medan. *Jomantara: Indonesian Journal Of Art And Culture*, 15(Volume 15 No. 02 Juni 2024), 210–227. <https://doi.org/10.23969/Kebijakan.V15i02.10182>
- Suryani, D., Anita, B., Febriawati, H., Yanuarti, R., Pratiwi, B. A., & Saputra, H. (2016). Universal Health Coverage Jaminan Kesehatan Nasional Se Provinsi Bengkulu. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 05(03), 143–150.
- Warman, W., Komariyah, L., & Kaltsum, K. F. U. (2023). Konsep Umum Evaluasi Kebijakan. *Jurnal Ilmu Manajemen Dan Pendidikan*, 3, 25–32. <https://doi.org/10.30872/Jimpian.V3ise.2912>

BIODATA PENULIS



Chatarina Suryaningsih, S.Kep., Ners.,M.Kep., PhDN

Penulis menempuh pendidikan di Akademi Keperawatan Borromeus Bandung dan lulus tahun 2003. Pada tahun 2003 bekerja sebagai perawat di RS Borromeus, kemudian menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan, Profesi Ners di Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2007. Penulis menempuh pendidikan S-2 Keperawatan di Universitas Indonesia pada tahun 2012-2014 jurusan keperawatan anak, dan pada Tahun 2022 menempuh Pendidikan lanjut Doctoral di Philippine Woman's University School of Nursing. Pekerjaan saat ini adalah dosen FITKES UNJANI sejak tahun 2007 sampai dengan sekarang dengan jabatan fungsional adalah lektor.

BAB 4

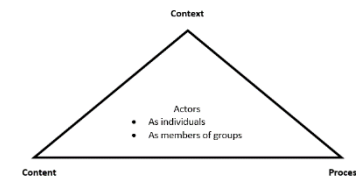
Proses Penyusunan Kebijakan

Kaimuddin, S.Tr.Kep, M.Kes

A. Pendahuluan

Kebijakan kesehatan adalah serangkaian peraturan yang dirancang untuk mengatur aspek kesehatan dengan tujuan utama mengatasi berbagai permasalahan di bidang kesehatan serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal (S. Purwaningsih et al., 2022). Kebijakan kesehatan diterapkan dengan tujuan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat (Rozaqi, 2023).

Kebijakan kesehatan mencakup segala aspek yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Proses perumusannya, kebijakan ini dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu konteks, isi, proses kebijakan dan pelaku (Walt & Gilson, 1994)



Sumber : (Walt & Gilson, 1994)

Gambar 1. Model analisis kebijakan kesehatan

Kerangka Segitiga Analisis Kebijakan ini mempertimbangkan isi kebijakan, proses penyusunan kebijakan dan bagaimana kekuatan digunakan dalam kebijakan kesehatan. Segitiga ini tidak hanya membantu dalam berpikir sistematis tentang pelaku-pelaku yang berbeda yang mungkin mempengaruhi kebijakan.

Pada alur proses membuat kebijakan terdapat alur yang penting yaitu : mengidentifikasi masalah dan isu kebijakan yang akan menjadi latar masalah, perumusan kebijakan menemukan siapa saja yang terlibat dalam pembuatan kebijakan, pelaksanaan kebijakan, dan evaluasi Kebijakan dimana dalam pelaksanaannya kebijakan.

B. Proses Penyusunan Kebijakan

Penyusunan kebijakan yang berkualitas harus dilakukan secara sistematis. Sebelum mencapai tahap analisis, proses ini terlebih dahulu melalui berbagai studi pendahuluan yang dikenal sebagai metode penelitian kebijakan, yang berperan dalam membangun analisis kebijakan. Selanjutnya, dilakukan identifikasi serta pendefinisian masalah secara spesifik. Proses kebijakan mencakup berbagai tahapan, mulai dari perumusan awal, perancangan, negosiasi, penyampaian, implementasi, hingga evaluasi kebijakan. (Sutcliffe & Court, 2006).

Proses penetapan kebijakan, terdapat beberapa faktor yang memengaruhinya, salah satunya adalah aktor atau pelaku yang memiliki wewenang dalam menentukan kebijakan, baik secara individu maupun kelompok. Selain itu, substansi atau isi kebijakan juga menjadi aspek penting yang ditetapkan. Salah satu pendekatan yang umum digunakan untuk memahami proses kebijakan adalah "stages heuristic," yang membagi tahapan kebijakan berdasarkan teori dan model. Namun, pendekatan ini tidak sepenuhnya menggambarkan kondisi nyata dalam implementasinya (Pollard & Court, 2008).

Proses perumusan kebijakan menjelaskan tahapan yang harus dilalui oleh para pengambil kebijakan untuk menghasilkan kebijakan yang kokoh dan berbasis bukti, serta dapat diterapkan secara luas dalam berbagai sistem politik. Bab ini membahas siklus kebijakan yang terdiri dari delapan langkah, mulai dari penetapan agenda hingga tahap evaluasi kebijakan (Althaus et al., 2023) :

1. **Identifikasi masalah dan penetapan agenda (*problem identification and agenda setting*)**. Masalah yang diidentifikasi hendaknya menarik perhatian pemerintah

serta masyarakat luas, sehingga membutuhkan respons dan tindakan dari pemerintah. (Blomkamp et al., 2017). Memahami permasalahan kebijakan sangatlah penting, karena kegagalan analisis kebijakan sering kali disebabkan oleh penyelesaian masalah yang keliru. Masalah kebijakan memiliki beberapa karakteristik, yaitu saling ketergantungan (*interdependence*), subjektivitas (*subjectivity*), buatan manusia (*artificiality*), dan sifatnya yang dinamis (*dynamics*) (Adjunct & Marniati, 2021).

2. **Analisis kebijakan (*policy analysis*)**. Sebuah isu diteliti dan dianalisis untuk memberikan informasi dalam pengambilan keputusan kebijakan, yang biasanya dilakukan oleh lembaga eksekutif pemerintah (Althaus et al., 2023). Dalam menentukan masalah kebijakan, kita perlu memahami tingkatan isu dan posisinya dalam jenis (kebijakan strategi/operasional) (S. Purwaningsih et al., 2022).
3. **Pengembangan instrumen kebijakan (*policy instrument development*)**. Instrumen kebijakan dirancang atau dipilih dengan mempertimbangkan cara paling rasional untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Dalam analisis kebijakan kesehatan, penggunaan instrumen kebijakan dapat dilakukan melalui berbagai pendekatan analisis yang disesuaikan dengan kebutuhan kebijakan (Adjunct & Marniati, 2021).
4. **Konsultasi (*consultation*)**. Untuk menguji sejauh mana kebijakan diterima, dilakukan diskusi dan interaksi proaktif dengan berbagai pihak, termasuk masyarakat umum. Para aktor ini umumnya memiliki pengaruh dalam proses kebijakan di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. (Purwaningsih et al., 2023). Mereka merupakan bagian dari jaringan, yang sering kali disebut mitra, yang dilibatkan dalam konsultasi dan pengambilan keputusan kebijakan di setiap tingkat tersebut. Hubungan antara aktor-aktor dan peran mereka (kekuasaannya) dalam pengambilan keputusan sangat bergantung pada kompromi politik,

daripada hanya berdasarkan isu-isu yang rasional dalam debat kebijakan (Walt & Gilson, 1994).

5. **Koordinasi (*coordination*)**. Setelah disusun, kebijakan tersebut dikoordinasikan di seluruh pemerintahan untuk memastikan pendanaan tercapai dan konsistensinya dengan kebijakan lain yang sudah ada. Untuk mencapai tujuan kebijakan kesehatan, diperlukan koordinasi antara sektor publik dan swasta, yang masing-masing memiliki sumber daya khusus seperti keahlian, modal, kemampuan organisasi, dan kompetensi formal. Jika pembuat kebijakan sangat bergantung pada sumber daya dari pihak lain dan tidak memiliki alternatif lain, pemilik sumber daya tersebut dapat tergoda untuk memanfaatkan posisi negosiasi mereka yang lebih kuat (Maarse, 2023).
6. **Keputusan (*decision*)**. Salah satu atau beberapa opsi yang telah dibahas dan dianalisis akan diputuskan oleh menteri, kabinet, atau aktor lain dalam pemerintahan. Dalam proses pengambilan keputusan kebijakan, diperlukan adanya keseimbangan kekuatan dan kerja sama yang baik antara suprastruktur dan infrastruktur politik untuk memudahkan pencapaian cita-cita dan tujuan masyarakat atau negara (Adjunct & Marniati, 2021).
7. **Implementasi (*implementation*)**. Kebijakan selanjutnya diimplementasikan oleh sektor publik atau lembaga serta organisasi eksternal lainnya. Implementasi merujuk pada pelaksanaan kebijakan yang terjadi sesuai dengan harapan dan dampak yang dirasakan. Implementasi kebijakan cenderung berfokus pada mobilisasi keberadaan lembaga-lembaga terkait (Springate et al., 2007).
Implementasi kebijakan adalah proses penerapan kebijakan ke dalam tindakan nyata. Tahap implementasi mencakup perencanaan dan pelaksanaan program, sementara tahap evaluasi kebijakan meliputi pemantauan terhadap program yang dijalankan (Maarse, 2023). Kebijakan kesehatan dapat mengalami perubahan saat diimplementasikan, di mana hasil dan dampak yang muncul mungkin tidak sesuai

dengan harapan dan bahkan tidak bermanfaat bagi masyarakat (Barker, 2006)

8. **Evaluasi (*evaluation*)**. Setelah kebijakan diimplementasikan, evaluasi dilakukan untuk menilai sejauh mana kebijakan tersebut efektif dan menentukan langkah-langkah selanjutnya. Secara umum, evaluasi kebijakan dapat dianggap sebagai kegiatan yang melibatkan penilaian atau estimasi terhadap kebijakan, yang mencakup substansi, implementasi, dan dampaknya. Dalam konteks ini, evaluasi dianggap sebagai kegiatan yang fungsional. Artinya, evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir, melainkan juga sepanjang seluruh proses kebijakan. Dengan demikian, evaluasi kebijakan dapat mencakup tahap perumusan masalah kebijakan, program yang diusulkan untuk menyelesaikan masalah tersebut, implementasi, hingga tahap dampak dari kebijakan. (S. Purwaningsih et al., 2022). Tahap evaluasi kebijakan meliputi analisis dan penilaian dampak kebijakan. Jika suatu kebijakan tidak lagi berfungsi atau mendapat banyak kritik, para pembuat kebijakan dapat memutuskan untuk menghentikannya. Hasil yang lebih mungkin terjadi adalah dimulainya siklus kebijakan baru (Blomkamp et al., 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Adjunct, & Marniati. (2021). *Pengantar analisis kebijakan kesehatan* (Nuraini (ed.)). PT Raja Grafindo Persada.
- Althaus, C., Ball, S., Bridgman, P., Davis, G., & Threlfall, D. (2023). *The Australian Policy Handbook (A Practical Guide to the Policymaking Process)* (Seven Edit).
- Barker, C. (2006). *The Health Care Policy Process* (Issue 877338).
<https://doi.org/https://doi.org/10.4135/9781446250471>
- Blomkamp, E., Sholikin, M. N., Nursyamsi, F., Lewis, J. M., & Toumbourou, T. (2017). Understanding policymaking in Indonesia : in search of a policy cycle. *KSI Working Paper*, 26(June), 1–39.
- Maarse, H. (2023). Health Policy Analysis. In *Health Policy Analysis - An Introduction* (Issue 2023).
- Pollard, A., & Court, J. (2008). How Civil Society Organizations Use Evidence to Influence Policy Processes. *Can NGOs Make a Difference?: The Challenge of Development Alternatives, July*, 133–152.
- Purwaningsih, E., Anggraini, A. dewi, Azizah, I. F., Fernandya, M., Adel, N., Afriana, Auni, & Dayu. (2023). Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. In *Universitas Indonesia* (Issue May). CV Media Sains Indonesia.
- Purwaningsih, S., Dafer, F., Haslinah, Fajrah, S., Rikwan, Usman, & Wahyuni, R. (2022). Kebijakan Kesehatan. In Risnawati (Ed.), *Bulletin Penelitian Sistem Kesehatan* (Pertama, Issue May). Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Rozaqi, S. A. (2023). *Definition, Importance, and Formulation of Health Policy and Financing*. Atlantis Press International BV.
- Springate, O., Baginski, & Blaikie, P. (2007). Forests, People and Power. In *Sustainability (Switzerland)* (Vol. 11, Issue 1). Earthscan.
- Sutcliffe, O., & Court, J. (2006). Toolkit for Progressive Policymakers in Developing Countries. *Overseas Development Institute. Research and Policy in Development Programme. London UK*.

Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353–370. <https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>

BIODATA PENULIS



Kaimuddin, STr.Kep, M.Kes.
Lahir di Jambi pada 17 oktober 1970, tercatat sebagai lulusan Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjra Mada tahun 2002 dengan. Saat ini bekerja sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Jambi. Sebagai pengajar mata ajaran kebijakan kesehatan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jambi. Dan aktif sebagai anggota PPNI Provinsi Jambi.

BAB 5

Analisis Kebutuhan Kesehatan dalam Kebijakan

Yayah Sya'diah, S.S.T., M.Kes, M.P.P

A. Pendahuluan

Analisis kebutuhan kesehatan merupakan pendekatan sistematis untuk mengidentifikasi dan memprioritaskan kebutuhan riil masyarakat dalam rangka perencanaan kebijakan dan alokasi sumber daya kesehatan secara efektif dan berkeadilan (WHO, 2021). Proses ini melibatkan pengumpulan serta interpretasi data epidemiologis, faktor risiko, dan determinan sosial, dengan mengedepankan partisipasi aktif pemangku kepentingan agar kebijakan yang dihasilkan relevan secara kontekstual (Marmot & Bell, 2019; UNDP, 2022).

Sebagai landasan pendekatan berbasis bukti, analisis ini sangat penting dalam meningkatkan efisiensi sistem kesehatan serta mencapai keadilan sosial dalam pelayanan (The World Bank, 2020). Organisasi seperti WHO, World Bank, dan UN telah mengembangkan kerangka kerja untuk membantu proses ini secara menyeluruh, mulai dari surveilans hingga penetapan prioritas (WHO, 2023).

Di Indonesia, analisis kebutuhan kesehatan telah diintegrasikan dalam kebijakan nasional seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), PIS-PK, dan penguatan layanan primer. Pemerintah juga menyusun regulasi teknis untuk memastikan bahwa intervensi kesehatan berbasis data dan kebutuhan masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2022; Bappenas, 2021).

B. Analisis Kebutuhan Kesehatan dalam Kebijakan

Analisis kebutuhan kesehatan adalah pendekatan sistematis untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi kebutuhan riil populasi, guna memastikan kebijakan dan program kesehatan berbasis data yang tepat sasaran (WHO, 2021).

Proses ini mencakup analisis data epidemiologi, faktor risiko, dan determinan sosial yang memengaruhi status kesehatan masyarakat (Marmot & Bell, 2019). Sebagai bagian dari kebijakan berbasis bukti, analisis ini mendukung perencanaan intervensi yang efisien dan berkeadilan, serta optimalisasi pemanfaatan sumber daya (The World Bank, 2020). Selain itu, penerapan analisis kebutuhan secara komprehensif turut memperkuat sistem kesehatan yang inklusif dan responsif terhadap kesenjangan (UNDP, 2022). Organisasi global seperti WHO, The World Bank, dan UN telah mengembangkan kerangka analitis yang mencakup surveilans, evaluasi risiko, dan analisis sosial ekonomi sebagai upaya mendukung pencapaian target kesehatan global, termasuk Sustainable Development Goals (SDGs) (Green & Tones, 2018; WHO, 2023).

1. Pentingnya Analisis Kebutuhan Kesehatan

Analisis kebutuhan kesehatan merupakan komponen utama dalam merancang kebijakan dan program kesehatan yang berbasis bukti. Proses ini bertujuan mengidentifikasi kebutuhan riil masyarakat melalui data epidemiologi, determinan sosial, dan kesenjangan dalam akses serta mutu pelayanan (WHO, 2022). Pendekatan ini memastikan intervensi yang dirancang bersifat kontekstual, adil, dan efisien dalam penggunaan sumber daya (Marmot & Bell, 2019).

Secara metodologis, analisis ini menggabungkan data kuantitatif dan kualitatif dari survei kesehatan, sistem surveilans, serta kajian sosial ekonomi dan budaya yang memengaruhi perilaku dan akses masyarakat terhadap layanan (Green & Tones, 2018). Organisasi seperti WHO, The World Bank, dan UN telah menyusun kerangka kerja analitis untuk mendukung negara dalam menetapkan kebijakan kesehatan yang selaras dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) (WHO, 2023). Di Indonesia, pendekatan ini telah diadopsi dalam berbagai kebijakan nasional seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), dan penguatan layanan primer berbasis Puskesmas. Dukungan regulasi dan pedoman teknis dari Kementerian Kesehatan dan Bappenas menegaskan pentingnya perencanaan berbasis data valid dan kebutuhan terukur (Kementerian Kesehatan RI, 2022; Bappenas, 2021).

Dengan demikian, analisis kebutuhan kesehatan bukan hanya alat teknis perencanaan, melainkan strategi penting untuk menjamin kebijakan yang responsif terhadap tantangan nyata masyarakat. Keberhasilannya sangat bergantung pada tata kelola yang baik, komitmen politik, kapasitas sistem informasi kesehatan, serta partisipasi aktif pemangku kepentingan dalam seluruh siklus kebijakan.

2. Kerangka Hukum dan Regulasi Kebutuhan Kesehatan

Regulasi kesehatan di Indonesia merupakan fondasi hukum yang memastikan terselenggaranya sistem pelayanan kesehatan yang adil, berkualitas, dan berkelanjutan. Kerangka ini disusun untuk menjamin pemenuhan hak kesehatan bagi seluruh warga negara, sejalan dengan prinsip keadilan sosial dan hak asasi manusia (Pemerintah RI, 2009). Pendekatan berbasis kebutuhan menjadi landasan utama dalam penyusunan kebijakan, guna menjawab tantangan kesehatan masyarakat secara komprehensif dan efektif (WHO, 2021). Kerangka regulasi ini meliputi berbagai instrumen hukum dan kebijakan strategis berikut:

- 1) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Menetapkan kesehatan sebagai hak dasar yang dijamin negara dan mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, dari promotif hingga rehabilitatif (Pemerintah RI, 2009).
- 2) Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Menjadi dasar operasional Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), mencakup skema asuransi sosial, kepesertaan, iuran, dan manfaat pelayanan (Pemerintah RI, 2018).
- 3) Permenkes No. 75 Tahun 2014 dan No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas Memperkuat peran Puskesmas dalam layanan primer berbasis wilayah kerja dan keluarga, serta mendorong perencanaan berbasis kebutuhan lokal (Kemenkes RI, 2014; 2019).
- 4) Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Mengatur rumah sakit sebagai institusi pelayanan individual yang wajib memenuhi standar mutu, keselamatan pasien, dan tata kelola yang akuntabel (Pemerintah RI, 2009).
- 5) Strategi Nasional Pembangunan Kesehatan 2020–2024 Menekankan penguatan layanan primer, penggunaan data untuk kebijakan berbasis bukti, dan pemanfaatan teknologi informasi dalam sistem kesehatan (Kemenkes RI, 2020).
- 6) Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) Strategi layanan berbasis rumah tangga untuk mendeteksi kebutuhan riil masyarakat melalui data keluarga dan pendekatan komunitas (Sriwijaya University, 2020).
- 7) Reformasi Kebijakan Puskesmas Bertujuan meningkatkan kualitas layanan dasar melalui peningkatan kapasitas tenaga, sistem informasi, dan manajemen berbasis kebutuhan lokal (Neliti, 2021).
- 8) Universal Health Coverage (UHC) Konsep global dari WHO yang mendorong akses layanan kesehatan esensial tanpa hambatan finansial, selaras dengan kebijakan nasional Indonesia (WHO, 2021).

- 9) Sustainable Development Goals (SDGs) Khususnya SDG-3 yang menargetkan tercapainya kesehatan yang merata dan inklusif melalui penguatan sistem dan harmonisasi kebijakan nasional dengan agenda global (United Nations, 2019).
- 10) The Lancet Commission dan World Bank Menyoroti pentingnya tata kelola kesehatan berbasis data dan efisiensi alokasi sumber daya melalui kebijakan yang akuntabel dan inovatif (The Lancet, 2019; World Bank, 2020).

3. Implementasi Nasional dalam Pemenuhan Kebutuhan Kesehatan.

Upaya pemenuhan kebutuhan kesehatan di Indonesia dijalankan melalui strategi nasional yang berbasis data dan kebutuhan riil masyarakat. Beberapa pendekatan utama mencakup perencanaan pembangunan, pemanfaatan data statistik, penguatan program prioritas, optimalisasi pembiayaan layanan primer, serta adopsi praktik baik dari negara lain.

- a. RPJMN sebagai Arah Strategis Pembangunan Kesehatan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) merupakan dokumen strategis lima tahunan yang menjadi acuan pembangunan sektor kesehatan. RPJMN 2020–2024 menekankan peningkatan akses dan mutu layanan, penguatan sistem kesehatan, serta penurunan angka kematian ibu dan bayi, dengan pendekatan berbasis bukti dan kebutuhan masyarakat (Bappenas, 2020).
- b. Peran Data Statistik dalam Perencanaan Kesehatan Data dari Badan Pusat Statistik (BPS) menjadi fondasi dalam merumuskan kebijakan kesehatan yang tepat sasaran. Statistik demografi dan kesehatan, seperti distribusi tenaga medis, menjadi acuan dalam menyusun strategi pelayanan yang merata dan efisien (BPS, 2022).

- c. Program JKN sebagai Refleksi Respons terhadap Kebutuhan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah wujud nyata implementasi berbasis kebutuhan, yang mendukung tercapainya cakupan kesehatan semesta (UHC). Meski telah meningkatkan akses, tantangan terkait keberlanjutan pembiayaan dan mutu layanan masih perlu perhatian, khususnya di layanan primer (Kementerian Kesehatan RI, 2022; E-Journal Unisba, 2019).
- d. Optimalisasi Dana Kapitasi di FKTP Dana kapitasi menjadi sumber pembiayaan utama di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Efektivitas penggunaannya tergantung pada kapasitas manajerial FKTP dan perencanaan berbasis kebutuhan lokal. Pengelolaan dana yang baik dapat meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan dasar (Kementerian Kesehatan RI, 2021).
- e. Pembelajaran Internasional: Jepang dan Korea Selatan Negara seperti Jepang dan Korea Selatan berhasil membangun sistem kesehatan nasional yang responsif dan berbasis data. Implementasi UHC di negara tersebut berkontribusi signifikan dalam menurunkan angka kematian akibat penyakit tidak menular, yang menjadi pembelajaran penting bagi Indonesia (Ikeda et al., 2019).

4. Tantangan Implementasi Analisis Kebutuhan Kesehatan di Indonesia.

Meskipun analisis kebutuhan kesehatan telah diintegrasikan dalam perencanaan kebijakan nasional, pelaksanaannya masih menghadapi berbagai tantangan. Salah satu kendala utama adalah lemahnya mekanisme evaluasi kebijakan secara berkala. Ketidakteraturan dalam pembaruan kebijakan menyebabkan potensi tumpang tindih dan kurang relevannya kebijakan dengan dinamika kebutuhan masyarakat, yang berdampak pada inefisiensi layanan dan kegagalan mencapai tujuan pembangunan kesehatan berkelanjutan (Kebijakan AIDS Indonesia, 2022).

Desentralisasi sektor kesehatan juga menimbulkan tantangan koordinatif. Otonomi daerah dalam merumuskan kebijakan kesehatan lokal sering kali tidak selaras dengan arah kebijakan nasional, mengakibatkan ketidaksesuaian program dengan kondisi lokal yang sebenarnya (Putri & Sari, 2021).

Keterbatasan sumber daya manusia dalam pengelolaan dan analisis data menjadi hambatan signifikan. Banyak daerah belum memiliki tenaga terlatih dan infrastruktur teknologi informasi yang memadai untuk mendukung pengambilan keputusan berbasis data (World Health Organization, 2021). Walau demikian, implementasi analisis kebutuhan telah tampak dalam kebijakan strategis seperti RPJMN, pemanfaatan data BPS, serta evaluasi program seperti JKN dan PIS-PK (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Namun, agar sistem kesehatan lebih responsif dan adaptif, tantangan struktural dan teknis tersebut perlu diatasi secara menyeluruh.

Upaya perbaikan dapat dilakukan melalui peningkatan kapasitas kelembagaan, integrasi sistem data lintas sektor, dan pemanfaatan teknologi informasi untuk pemantauan dan evaluasi kebijakan. Selain itu, penguatan koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah sangat diperlukan guna menciptakan kesinambungan program di semua tingkatan.

Pendekatan Sosial dan Analisis Kesenjangan dalam Kebutuhan Kesehatan Analisis kebutuhan kesehatan perlu memperhitungkan determinan sosial kesehatan, seperti faktor ekonomi, pendidikan, lingkungan, dan perilaku. Pendekatan ini sejalan dengan kerangka kerja WHO tentang determinan sosial kesehatan yang menekankan pentingnya kebijakan inklusif dan berkeadilan (World Health Organization, 2019). Analisis kesenjangan juga penting untuk mengidentifikasi perbedaan akses dan mutu layanan antar kelompok dan wilayah. Negara dengan sistem kesehatan berbasis kesetaraan terbukti memiliki indikator kesehatan yang lebih baik dan kesenjangan yang lebih rendah (World Health Organization, 2021). Oleh

karena itu, integrasi perspektif sosial dan analisis kesenjangan dalam perumusan kebijakan akan memperkuat sistem kesehatan yang lebih adil dan merata di Indonesia.

5. Upaya dalam Analisis Kebutuhan Kesehatan dalam Kebijakan

Dalam merumuskan kebijakan kesehatan yang adaptif dan responsif terhadap dinamika kebutuhan masyarakat, pendekatan berbasis bukti dan berorientasi masa depan menjadi sangat krusial. Salah satu pilar strategis adalah penguatan sistem informasi kesehatan berbasis digital yang mampu menyajikan data secara real-time dan terintegrasi lintas layanan, mulai dari fasilitas kesehatan primer, rumah sakit, laboratorium, hingga program-program kesehatan masyarakat. Penggunaan rekam medis elektronik (Electronic Health Record/EHR) yang saling terhubung antarsistem menjadi kunci, didukung oleh investasi pada infrastruktur teknologi informasi, terutama di wilayah yang masih mengalami kesenjangan digital.

Selain itu, keterlibatan masyarakat secara aktif dalam proses identifikasi kebutuhan kesehatan melalui pendekatan partisipatif menjadi langkah strategis dalam menciptakan kebijakan yang kontekstual dan relevan. Metode seperti Participatory Rural Appraisal (PRA) dan Community-Based Health Needs Assessment memungkinkan pemetaan kebutuhan yang lebih akurat. Pemberdayaan kader kesehatan, tokoh masyarakat, dan organisasi lokal dalam proses pengumpulan serta analisis data dasar harus diimbangi dengan peningkatan kapasitas mereka, guna memperkuat ketahanan sistem kesehatan dari level komunitas.

Kebijakan kesehatan juga harus mencerminkan realitas sosial dengan mengintegrasikan analisis terhadap determinan sosial kesehatan (Social Determinants of Health/SDOH), seperti pendidikan, pendapatan, kondisi lingkungan, dan akses terhadap layanan dasar. Pendekatan

ini menuntut adanya pengumpulan data lintas sektor dan kolaborasi antarlembaga seperti Kementerian Pendidikan, Sosial, dan Lingkungan Hidup. Indikator-indikator SDOH seharusnya dijadikan komponen utama dalam evaluasi dan penilaian keberhasilan program nasional kesehatan.

Evaluasi menyeluruh terhadap kebijakan dan program yang telah dijalankan menjadi fondasi penting dalam proses reorientasi kebijakan. Evaluasi independen terhadap program strategis seperti JKN dan PIS-PK harus dilaksanakan secara konsisten untuk menghindari pengulangan kesalahan dan memastikan efektivitas intervensi. Dalam hal ini, penguatan kapasitas lembaga penelitian seperti Badan Litbangkes dan kolaborasi erat dengan akademisi menjadi sangat penting. Diperlukan pula sistem pembelajaran kebijakan (policy learning system) yang memungkinkan proses reflektif dan pembaruan berkelanjutan dalam pengambilan kebijakan.

Di tengah percepatan transformasi digital, pemanfaatan teknologi cerdas seperti Artificial Intelligence (AI), machine learning, dan big data analytics menjadi pilar penting dalam memproyeksikan kebutuhan kesehatan masa depan. Pengembangan dashboard prediktif berbasis cloud akan mendukung manajemen risiko serta pengambilan keputusan berbasis data. Untuk memastikan keberhasilan strategi ini, pelatihan tenaga analis data kesehatan dan penyusunan regulasi etika pemanfaatan data besar harus menjadi prioritas.

Optimalisasi peran Puskesmas sebagai pusat data dan analisis kebutuhan kesehatan lokal sangat penting, mengingat perannya sebagai ujung tombak layanan primer. Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019 perlu dijalankan secara konsisten dengan memperkuat fungsi unit seperti Promosi Kesehatan, Gizi, dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Pembentukan forum komunikasi antara Puskesmas, Dinas Kesehatan, dan pemangku kepentingan lokal akan mendorong sinergi

lintas sektor dan mendukung pengambilan keputusan berbasis wilayah.

Akhirnya, perencanaan kesehatan nasional harus mengantisipasi dinamika demografi seperti penuaan populasi, urbanisasi, dan pergeseran epidemiologi menuju prevalensi penyakit tidak menular. Hal ini membutuhkan analisis komprehensif dengan memanfaatkan data dari berbagai sumber, seperti Badan Pusat Statistik (BPS) dan sistem informasi kesehatan nasional. Penyusunan profil kebutuhan kesehatan bagi kelompok rentan—seperti lansia, penderita penyakit kronis, dan komunitas miskin perkotaan—perlu dijadikan dasar dalam perencanaan jangka menengah dan panjang, demi menjamin keadilan dan keberlanjutan sistem kesehatan nasional.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik. 2022. *Statistik kesehatan Indonesia 2021*. BPS RI.
- Bappenas. 2020. *Rencana pembangunan jangka menengah nasional (RPJMN) 2020–2024*. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Bappenas. 2021. *Rencana pembangunan jangka menengah nasional (RPJMN) 2020–2024*. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas.
- Green, J., & Tones, K. 2018. *Health promotion: Planning and strategies* (3rd ed.). Sage Publications.
- Ikeda, N., Saito, E., Kondo, N., & Inoue, M. 2019. Universal health coverage and population health in Japan and Korea. *The Lancet*, 393(10166), 2052–2057. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30768-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30768-1)
- Kebijakan AIDS Indonesia. 2022a. *Evaluasi kebijakan kesehatan di era desentralisasi*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kebijakan AIDS Indonesia. 2022b. *Laporan evaluasi kebijakan nasional*. Sekretariat Nasional AIDS.
- Kebijakan AIDS Indonesia. 2022c. Tantangan desentralisasi dalam kebijakan kesehatan nasional. <https://kebijakanaidssindonesia.net>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Strategi nasional pembangunan kesehatan 2020–2024*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2021. *Petunjuk teknis penggunaan dana kapitasi JKN di FKTP*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022a. *Profil kesehatan Indonesia tahun 2021*. Kementerian Kesehatan RI.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022b. *Laporan evaluasi program Jaminan Kesehatan Nasional*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022c. *Laporan tahunan program JKN*. BPJS Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022d. *Pedoman analisis situasi kesehatan dan identifikasi kebutuhan pelayanan*. Kementerian Kesehatan RI.
- Marmot, M., & Bell, R. 2019. Social determinants and non-communicable diseases: Time for integrated action. *BMJ*, 364, l251. <https://doi.org/10.1136/bmj.l251>
- Neliti. (2021). *Reformasi kebijakan Puskesmas dalam penguatan pelayanan kesehatan dasar*. <https://www.neliti.com/>
- Pemerintah Republik Indonesia. 2009a. *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*.
- Pemerintah Republik Indonesia. 2009b. *Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*.
- Pemerintah Republik Indonesia. 2018. *Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*.
- Sriwijaya University Repository. 2020. *Evaluasi implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)*.
- The Lancet. (2019). The Lancet Commission on High Quality Health Systems in the SDG Era. *The Lancet*.
- The World Bank. 2020. *Strengthening health systems for better service delivery in developing countries*. The World Bank.
- United Nations. (2019). *Sustainable Development Goals*. <https://sdgs.un.org/goals>
- United Nations Development Programme. 2022. *Equity in health: Addressing social determinants of health*. UNDP.
- World Bank. 2020. *World development report 2020: Data for better lives*.
- World Health Organization. 2019. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. WHO Press.

- World Health Organization. 2021a. *World health statistics 2021: Monitoring health for the SDGs*. WHO.
- World Health Organization. 2021b. Universal health coverage. <https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage>
- World Health Organization. 2022. *Health needs assessment: An essential step for health planning*. WHO.
- World Health Organization. 2023. *Framework for national health policies, strategies, and plans*. WHO.

BIODATA PENULIS



Yayah Sya'diah, S.S.T., M.Kes, M.P.P. Lahir di Brebes pada 03 Maret 1987 penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Bina Husada Tangerang, Diploma IV STIKes Bina Permata Medika, Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Timur Makassar. Magister Kebijakan Publik di *School Of Government and Public Policy*.

Penulis memiliki Pengalaman mengajar di Akademi Kebidanan Bina Husada Tangerang, STIKes Permata Medika dan saat ini merupakan Dosen Perekam Medis & Informasi Kesehatan (APIKES) Bhumi Husada Jakarta.

Penulis memiliki pengalaman praktik kebidanan di Klinik Sehati Tangerang, Klinik Sentosa Tangerang dan Klinik Pratama Desa Putra Jakarta Selatan.

BAB 6

Evaluasi Kebijakan Kesehatan

Stefanny Zulistya Wenno, SKM, M.Kes

A. Pendahuluan

Kebijakan kesehatan merupakan kebijakan publik dan didefinisikan sebagai suatu cara atau tindakan yang berpengaruh terhadap perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengaturan keuangan dari sistem kesehatan. Kebijakan kesehatan merupakan bagian dari sistem kesehatan yang dapat dilakukan terhadap pengguna pelayanan kesehatan khususnya masyarakat. Kebijakan kesehatan adalah produk pemerintah yang dilaksanakan oleh para pihak yang terkait pada program pembangunan kesehatan yaitu pemerintah, pihak swasta dan masyarakat. Kebijakan kesehatan merupakan suatu hal yang peduli terhadap pengguna pelayanan kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada prakteknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat.

Proses pengembangan dan implementasi kebijakan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor serta lingkungan dari kebijakan tersebut berada. Para pelaku kebijakan yang terlibat juga tak lepas dari pengaruh faktor dan lingkungan yang mempengaruhi nilai-nilai, pilihan atau kepentingannya. Dengan demikian, lingkungan dan faktor yang menyertai kebijakan kesehatan menjadi unsur yang selalu dipertimbangkan dalam menilai atau menganalisis kebijakan kesehatan. Kebijakan kesehatan merupakan kebijakan publik. Konsep dari kebijakan publik dapat diartikan sebagai adanya

suatu negara yang kokoh dan memiliki kewenangan serta legitimasi, di mana mewakili suatu masyarakat dengan menggunakan administrasi dan teknik yang berkompeten dalam mengatur kebijakan. Kebijakan adalah suatu konsensus atau kesepakatan terhadap suatu persoalan, di mana sasaran dan tujuannya diarahkan pada suatu prioritas yang bertujuan, dan memiliki petunjuk utama untuk mencapainya. Tanpa adanya kesepakatan dan tidak ada koordinasi akan mengakibatkan ketidaktercapaian hasil yang diharapkan.

Kebijakan kesehatan berpihak pada hal-hal yang dianggap penting dalam suatu institusi dan masyarakat dengan tujuan jangka panjang untuk mencapai sasaran dan menyediakan rekomendasi yang praktis untuk keputusan-keputusan penting.

B. Evaluasi Kebijakan Kesehatan

Evaluasi merupakan bagian yang penting dari proses manajemen dan didasarkan pada sistem informasi manajemen. Evaluasi didasarkan pada dorongan untuk mengukur pencapaian hasil kerja atau kegiatan pelaksanaan pelayanan kesehatan terhadap tujuan yang telah ditetapkan. Hasil evaluasi dapat dijadikan umpan balik terhadap sistem pelayanan kesehatan. Tanpa adanya evaluasi sulit untuk mengetahui sejauh mana tujuan yang sudah ditetapkan telah tercapai atau belum.

Evaluasi adalah suatu cara sistematis untuk mempelajari berdasarkan pengalaman dan menggunakan hasilnya untuk memperbaiki sistem yang sedang berjalan serta dapat meningkatkan perencanaan yang lebih baik secara seksama untuk pelayanan kesehatan nantinya. Evaluasi merupakan suatu proses yang memungkinkan administrator mengetahui hasil dari sistem pelayanan kesehatan yang sedang berjalan dan mengadakan penyesuaian untuk mencapai tujuan secara efektif.

Evaluasi kebijakan adalah kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak. Evaluasi kebijakan dipandang

sebagai suatu kegiatan fungsional. Artinya, evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja melainkan kepada seluruh proses kebijakan. Evaluasi mempunyai arti yang berhubungan, masing-masing menunjuk pada aplikasi beberapa skala nilai terhadap hasil kebijakan dan program. Evaluasi mencakup kesimpulan, klarifikasi, kritik, penyesuaian dan perumusan masalah kembali.

Tujuan evaluasi dilaksanakan adalah untuk menetapkan penilaian terhadap sistem pelayanan kesehatan yang sedang berjalan apakah telah berjalan secara efektif dan efisien. Evaluasi juga dilaksanakan untuk memperbaiki implementasi kebijakan kesehatan di masa yang akan datang dan sebagai alat untuk memperbaiki alokasi sumber daya, dana dan manajemen agar tidak terjadi pemborosan. Evaluasi juga dapat memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan sistem kebijakan kesehatan serta dapat menilai manfaat kebijakan kesehatan bagi masyarakat.

Evaluasi merupakan salah satu tahapan penting dalam proses kebijakan publik, namun seringkali tahapan ini diabaikan dan hanya berakhir pada tahap implementasi. Evaluasi adalah kegiatan untuk menilai tingkat kinerja suatu kebijakan. Evaluasi kebijakan digunakan untuk mengukur keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan suatu kebijakan publik. Evaluasi kebijakan publik merupakan suatu proses untuk menilai seberapa jauh suatu kebijakan publik dapat membuahkan hasil, yaitu dengan membandingkan antara hasil yang diperoleh dengan tujuan atau target kebijakan publik yang ditentukan. Secara umum evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai suatu kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang menyangkut substansi, implementasi, dan dampak yang berarti bahwa proses evaluasi tidak hanya dilakukan pada tahapan akhir saja, melainkan keseluruhan dari proses kebijakan tersebut.

Melalui evaluasi dapat dipotret realitas pelaksanaan kebijakan dan dapat dibuat suatu generalisasi tentang pola-pola hubungan antar berbagai dimensi realitas yang

diamatinya. Dari evaluasi ini evaluator dapat mengidentifikasi masalah, kondisi dan pihak yang mendukung keberhasilan atau kegagalan kebijakan. Dengan melakukan evaluasi dapat diketahui apakah tindakan yang dilakukan oleh para pelaku, sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan oleh kebijakan dan juga dapat diketahui apakah output dari kebijakan tersebut benar-benar sampai ke kelompok sasaran kebijakan atau justru ada penyimpangan. Selain itu dengan evaluasi dapat diketahui apa akibat sosial ekonomi yang ditimbulkan dari kebijakan tersebut.

Tujuan dilaksanakannya evaluasi sebagai berikut :

1. Menentukan tingkat kinerja suatu kebijakan. Melalui evaluasi maka dapat diketahui derajat pencapaian tujuan dan sasaran kebijakan.
2. Mengukur tingkat efisiensi suatu kebijakan. Dengan evaluasi juga dapat diketahui berapa biaya dan manfaat suatu kebijakan.
3. Mengukur tingkat keluaran suatu kebijakan. Salah satu tujuan evaluasi adalah mengukur berapa besar dan kualitas pengeluaran atau output dari suatu kebijakan.
4. Mengukur dampak suatu kebijakan. Pada tahap lebih lanjut, evaluasi ditujukan untuk melihat dampak dari suatu kebijakan, baik dampak positif maupun negatif.
5. Untuk mengetahui apabila ada penyimpangan-penyimpangan yang mungkin terjadi dengan cara membandingkan antara tujuan dan sasaran dengan pencapaian target.
6. Sebagai bahan masukan (input) untuk kebijakan yang akan datang.

Terdapat beberapa pendekatan yang digunakan dalam studi tentang evaluasi kebijakan antara lain :

- a. Evaluasi Semu (Psuedo Evaluation) adalah pendekatan yang menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai hasil kebijakan, tanpa berusaha untuk menanyakan tentang manfaat atau nilai dari hasil-hasil tersebut terhadap

individu, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan. Asumsi utama dari evaluasi semu adalah bahwa ukuran tentang manfaat atau nilai merupakan sesuatu yang dapat terbukti sendiri.

- b. Evaluasi Formal (formal evaluation) merupakan pendekatan yang menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang valid dan cepat dipercaya mengenai hasil kebijakan tetapi juga mengevaluasi hasil tersebut atas dasar tujuan program kebijaksanaan yang telah diumumkan secara formal oleh pembuat kebijakan dan administrator program. Asumsi utama dari evaluasi formal adalah bahwa tujuan dan target diumumkan secara formal adalah merupakan ukuran yang tepat untuk manfaat atau nilai kebijakan program. Dari segi metode evaluasi formal menggunakan metode yang sama dengan evaluasi semu. Perbedaanya dengan evaluasi semu ialah bahwa evaluasi formal menggunakan undang-undang dokumen program dan wawancara dengan pembuat kebijakan dan administrator untuk mengidentifikasi, mendefinisikan dan menspesifikasikan tujuan dan target kebijakan.
- c. Evaluasi Keputusan Teoritis (Decision-Theoretic Evaluation) adalah pendekatan dengan menggunakan metode-metode dekriptif untuk menghasilkan informasi yang dapat dipertanggungjawabkan dan valid mengenai hasil-hasil kebijakan secara eksplisit yang dinilai oleh berbagai macam pelaku kebijakan. Perbedaan pokok antara evaluasi keputusan teoritis dari evaluasi lainnya, adalah bahwa evaluasi keputusan teoritis berusaha untuk memunculkan dan membuat eksplisit tujuan dan target dari pelaku kebijakan baik yang tersembunyi atau yang dinyatakan.

Oleh karena itu evaluasi kebijakan, pada prinsipnya digunakan untuk mengevaluasi empat aspek dalam proses kebijakan publik, yaitu proses pembuatan kebijakan, proses implementasi, konsekuensi kebijakan dan efektifitas dampak

kebijakan. Evaluasi kebijakan kesehatan penting untuk menilai efektivitas dan efisiensi kebijakan, mengidentifikasi masalah, dan mengusulkan perbaikan, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Tujuan akhir evaluasi adalah untuk memberikan masukan bagi proses kebijakan ke depan agar dihasilkan kebijakan yang lebih baik. Evaluasi membantu pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya untuk membuat keputusan yang lebih tepat dan efektif. Evaluasi juga dapat meningkatkan akuntabilitas dan transparansi dalam pengelolaan kebijakan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, Dewi. 2020. *Administrasi Kebijakan Kesehatan*. Sumatera Utara: Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
- Akib, H. (2020) 'Implementasi Kebijakan: Apa, Mengapa dan Bagaimana', *Jurnal Administrasi Publik*, 1(1), pp. 1-11
- Anita, B., Febriawati, H. and Yandrizal (2019) *Puskesmas dan Jaminan Kesehatan Nasional*. 1st edn. Yogyakarta: DEEPUBLISH CV BUDI UTAMA
- Ayuningtyas, D. (2018) *Analisis Kebijakan Kesehatan : Prinsip dan Aplikasi*. Depok: Rajawali Pers
- Desrinelti, dkk. 2021. "Kebijakan Publik: Konsep Pelaksanaan." *JRTI (Jurnal Riset Tindakan Indonesia)*, Vol. 6, No. 1, 83-88.
- Eliana dan Sri Sumiati. (2016) *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Heryana, Ade., M. KM. 2020. *Policy Brief: Pengertian, Fungsi, dan Efektivitas*. Jakarta: Universitas Esa Unggul
- Rahayu, S., Suprpto, A. and Palupi, K. (2020) *Kebijakan Kesehatan Berbasis Penelitian di Era Revolusi Industri 4.0. Pertama*. Yogyakarta: CV Fawwaz Mediactipta
- Rizkulloh, L. 2023. *Kebijakan Kesehatan dalam Manajemen Kesehatan*. Banten: Sada Kurnia Pustaka
- Smit, K. B., Larimer, C. W. 2009. *The Public of Policy Theory Primer*, Boulder, Colorado: Westviev Press
- WD Tuti, R. (2020) 'Analisis Implementasi Kebijakan Work From Home Pada Kesejahteraan Driver Transportasi Online di Indonesia', *Transparansi: Jurnal Ilmiah Ilmu Administrasi*, 3(1), pp. 73-85. doi: 10.31334/transparansi.v3i1.890.

BIODATA PENULIS



Stefanny Zulistya Wenno, SKM, M.Kes. dilahirkan di Wahai Maluku Tengah, September 1986. Menyelesaikan pendidikan Strata Satu pada tahun 2007 di Universitas Sam Ratulangi Manado dan pada tahun 2017 menyelesaikan Program Magister Kesehatan di Universitas Airlangga Surabaya. Tahun 2008 lulus sebagai ASN pada Poltekkes Kemenkes Manado. Aktif mengajar pada tahun 2017 sampai dengan sekarang di Poltekkes Kemenkes Manado. Buku *Chapter* yang telah terbit antara lain Keperawatan Komunitas & Kesehatan Masyarakat, *Home Care*, Konsep Dasar Keperawatan, Pengendalian Vektor, Media Promosi Kesehatan dan Epidemiologi serta Peran Media Edukasi dalam Pencegahan Stunting.

BAB 7

Kebijakan Kesehatan dan Sistem Kesehatan

Anneke A Tahulending, S.Pd, M.Kes

A. Pendahuluan

Kebijakan Kesehatan adalah bagian dari kebijakan publik yang terkait dengan sistem kesehatan. Sistem kesehatan adalah pengelolaan kesehatan yang dilakukan secara terpadu oleh seluruh komponen bangsa Indonesia. Kebijakan merupakan sejumlah keputusan yang dibuat oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang kebijakan tertentu dalam bidang kesehatan, lingkungan, pendidikan atau perdagangan. Dalam penyusunan kebijakan, terdapat pembuat kebijakan yaitu orang-orang yang merancang kebijakan. Kebijakan disusun dalam semua tingkatan seperti pemerintah pusat atau daerah, perusahaan multinasional atau daerah, sekolah maupun rumah sakit. Orang-orang ini kadang disebut pula sebagai elit kebijakan dalam satu kelompok khusus dari para pembuat kebijakan yang berkedudukan tinggi dalam suatu organisasi dan sering memiliki hubungan istimewa dengan para petinggi dari organisasi yang sama atau berbeda. Misalnya elit kebijakan di pemerintahan dapat beranggotakan para menteri dalam kabinet, yang semuanya dapat berhubungan dan bertemu dengan para petinggi perusahaan multinasional atau badan internasional, seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) (Fajru, 2023).

B. Kebijakan Kesehatan dan Sistem Kesehatan

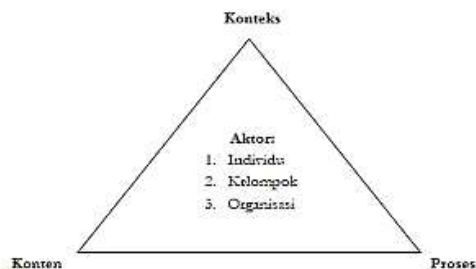
1. Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan diasumsikan untuk merangkum segala arah tindakan yang mempengaruhi tatanan kelembagaan, organisasi, layanan dan aturan pembiayaan dalam sistem kesehatan. Kebijakan ini mencakup sektor publik sekaligus sektor swasta.

a. Segitiga Kebijakan Kesehatan

Segitiga kebijakan kesehatan adalah kerangka sederhana dalam menyusun kebijakan kesehatan yang terdiri dari aktor, konten, konteks, dan proses (Nauri. 2022).

Segitiga kebijakan kesehatan adalah suatu pendekatan sederhana untuk suatu tatanan hubungan yang kompleks. Namun, pada kenyataannya pelaku dapat dipengaruhi (sebagai seorang individu maupun organisasi) dalam konteks dimana mereka tinggal dan bekerja. Konteks dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain ideologi, dalam hal sejarah dan budaya. Proses dipengaruhi oleh bagaimana isu tersebut dapat berharga dan dipengaruhi oleh pelaksana, kedudukan mereka dalam struktur kekuatan, norma dan harapan mereka sendiri. Sedangkan, isi dari kebijakan menunjukkan sebagian atau seluruh bagian ini.



Gambar 1. Segitiga Kebijakan Kesehatan

Ket. : Aktor = Siapa saja yang terlibat dalam pembuatan kebijakan, termasuk pelaku pembuatan kebijakan.

Konten = Isi dari Kebijakan

Konteks = Isu yang ada dapat masuk ke dalam kebijakan dan menjadi latar masalah.

Proses = Tahapan - tahapan dalam pembuatan kebijakan, seperti identifikasi masalah, perumusan kebijakan, pelaksanaan kebijakan, dan evaluasi kebijakan.

2. Sistem Kesehatan

Dalam mencapai tujuan nasional Bangsa Indonesia sesuai Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, maka pembangunan kesehatan diarahkan kepada peningkatan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan yang sudah dilaksanakan masih banyak menghadapi permasalahan yang belum terselesaikan secara tuntas, oleh karena itu diperlukan penguatan dan percepatan melalui SKN sebagai penyelenggaraan kesehatan beserta terobosan penting, seperti program pembentukan Desa Siaga, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), upaya pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer (Presiden RI, 2012).

Sistem kesehatan global mencakup semua kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan di berbagai negara. Setiap negara selalu diperhadapkan dengan masalah kesehatan yang terus berkembang dan membutuhkan respon penanganan cepat dan efektif dari berbagai unsur kesehatan. Setiap negara proaktif dalam memperkuat sistem kesehatannya dengan

meningkatkan pelayanan kesehatan baik itu dalam kondisi normal maupun luar biasa (bencana dan krisis)

Sistem berasal dari Bahasa latin (system) dan Bahasa Yunani (sustema) yang berarti sebuah kesatuan yang terdiri dari komponen atau elemen yang dihubungkan bersama untuk memudahkan materi atau energi mencapai suatu tujuan. Sistem tidak dapat bekerja dengan satu bagian saja, sehingga kolaborasi dari seluruh elemen dan sub sistem sangat diperlukan (Hidayat,2020). Selanjutnya kesehatan berasal dari bahasa Inggris "health", yang dewasa ini tidak hanya berarti terbebasnya seseorang dari penyakit, melainkan definisi sehat memiliki makna sehat secara jasmani, rohani dan sosial.

3. Landasan dan Asas SKN

Landasan SKN yang tertuang dalam Perpres No. 12 tahun 2012 terbagi atas:

- a. Landasan idiil berupa Pancasila.
- b. Landasan konstitusional yaitu Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
- c. Landasan Operasional mencakup Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan ketentuan peraturan perundang-undangan terkait penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan dan SKN.

Selanjutnya, penyelenggaraan SKN mengacu pada dasar- dasar atau asas-asas sebagai berikut (Presiden RI, 2012):

- a. Perikemanusiaan
- b. Keseimbangan
- c. Manfaat
- d. Perlindungan
- e. Keadilan
- f. Penghormatan HAM
- g. Kemitraan dan Sinergisme yang dinamis
- h. Good governance dan komitmen
- i. Legalitas

- j. Proaktif dan Antisipatif
- k. gender dan nondiskriminatif
- l. Kearifan lokal

4. Landasan dan Asas SKN

Mengacu pada perkembangan komponen pengelolaan kesehatan dewasa ini serta pendekatan pengelolaan kesehatan tersebut di atas, maka subsistem SKN dikelompokkan sebagai berikut (Presiden RI, 2012):

- a. Subsistem upaya kesehatan;
Upaya kesehatan diselenggarakan dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia sebagai ketahanan nasional, yaitu Pemerintah pusat dan pemerintah daerah serta masyarakat melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan pemulihan kesehatan, pada fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas kesehatan.
- b. Subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan;
Penelitian dan pengembangan Kesehatan diselenggarakan dengan menghimpun seluruh potensi dan sumber daya yang dimiliki oleh bangsa Indonesia yang terdiri atas penelitian dan pengembangan biomedis, teknologi dasar kesehatan, teknologi terapan Kesehatan, epidemiologi klinik, teknologi intervensi kesehatan masyarakat, humaniora dan kebijakan Kesehatan serta pemberdayaan masyarakat.
- c. Subsistem pembiayaan kesehatan;
Pembiayaan kesehatan berasal dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, swasta dan organisasi masyarakat serta masyarakat itu sendiri. Pembiayaan kesehatan harus diselenggarakan secara adekuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan.
- d. Subsistem sumber daya manusia kesehatan;
Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan perlu dilakukan untuk menjamin

ketersediaan, pendistribusian, dan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan. Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan terbagi atas perencanaan kebutuhan dan program sumber daya manusia yang diperlukan, pengadaan yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan, pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan, termasuk peningkatan kesejahteraannya, dan pembinaan serta pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.

- e. Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;

Pemenjaminan, perlindungan masyarakat dari penggunaan obat yang salah dan penyalahgunaan obat, penggunaan obat yang rasional, serta upaya kemandirian di bidang kefarmasian.

- f. Subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan;

Manajemen Kesehatan memiliki peran dalam koordinasi, integrasi, regulasi, sinkronisasi, dan harmonisasi berbagai subsistem SKN agar efektif, efisien, dan transparansi.

- g. Subsistem pemberdayaan Masyarakat;

Pemberdayaan masyarakat penting dilaksanakan, supaya masyarakat termasuk swasta mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan. Pemberdayaan masyarakat dan upaya kesehatan pada hakekatnya adalah kunci pada pembangunan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Nauri. 2022. Analisi Segitiga Kebijakan Kesehatan Dalam Pembentukan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Biokrasi RI No 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Rekam Medis dan Angka Kreditynya. Jurnal Inohim, No 6
- Bappenas (2021) 'Buku Putih Reformasi SKN'. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas.
- Djuari, L. (2021) Buku Ajar Manajemen Pelayanan Kesehatan. Airlangga University Press.
- Hidayat, F. (2020) Konsep Dasar Sistem Informasi Kesehatan. Yogyakarta: Deepublish.
- Indra, G. and Donald, P. (2010) 'Reformasi Jaminan Sosial Kesehatan (Pembiayaan Kesehatan dan Isu-Isu Jaminan Kesehatan)', Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Depkes RI. Jakarta [Preprint].
- Kharisma, D.B. (2018) 'Sistem Kesehatan Daerah: Isu dan Tantangan Bidang Kesehatan di Indonesia', Rechtvinding Online Journal. ISSN, pp. 2089-9009.
- Presiden RI (2012) 'Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional', Jakarta: Pemerintah Pusat [Preprint].
- Putri, R.N. (2019) 'Perbandingan sistem kesehatan di negara Berkembang DAN negara maju', Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi, 19(1), pp. 139-146.

BIODATA PENULIS



Anneke A Tahulending SPd,M.Kes, Lahir di Manado, 2 April 1968. Penulis menempuh Pendidikan Keperawatan Gigi mulai dari SPRG Dep.Kes Manado lulus tahun 1987, kemudian, Diploma III Pendidikan Bandung lulus tahun 1996, dan selanjutnya diploma III Keperawatan Gigi di Politeknik Kesehatan Kemenkes Jogjakarta lulus pada tahun 1998. Selanjutnya penulis menyelesaikan pendidikan dari Program Studi Sarjana Pendidikan di Universitas Negeri Manado pada Fakultas Ilmu Pendidikan (FIP) Peminatan Kurikulum dan Teknologi Pendidikan Universitas Negeri Manado lulus tahun 2003 dan selanjutnya melanjutkan ke Program Pasca Sarjana di Program Studi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan lulus tahun 2010.

BAB 8

Pengaruh Faktor Eksternal terhadap Kebijakan Kesehatan

Johana Tuegeh S.Pd.S.SiT,M.Kes

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan aspek fundamental dalam pembangunan sosial dan ekonomi suatu negara. Kebijakan kesehatan dirancang untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui berbagai program dan intervensi. Namun, dalam perumusan dan pelaksanaannya, kebijakan kesehatan seringkali dipengaruhi oleh faktor eksternal yang meliputi aspek politik, ekonomi, sosial budaya, serta perkembangan teknologi. Faktor-faktor tersebut dapat mengarahkan prioritas pemerintah, memengaruhi alokasi sumber daya, dan menentukan pendekatan yang digunakan dalam layanan kesehatan.

Faktor eksternal seperti tekanan dari organisasi internasional, kepentingan ekonomi global, serta perubahan iklim memainkan peranan penting dalam membentuk kebijakan kesehatan di berbagai negara. Misalnya, adanya pandemi global telah menunjukkan bagaimana kebijakan kesehatan harus disesuaikan dengan kebutuhan mendesak masyarakat, sambil mempertimbangkan kerangka kerja internasional seperti yang ditetapkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Tidak hanya itu, perkembangan teknologi kesehatan juga menjadi pendorong signifikan bagi adaptasi dan inovasi dalam kebijakan kesehatan yang efektif dan berkelanjutan.

Dalam konteks ini, penting untuk memahami bagaimana faktor eksternal berdampak terhadap perumusan

kebijakan kesehatan, baik secara langsung maupun tidak langsung. Analisis terhadap pengaruh tersebut memberikan wawasan tentang tantangan yang dihadapi oleh pembuat kebijakan serta peluang untuk meningkatkan efektivitas program kesehatan. Kajian ini didukung oleh berbagai sumber terpercaya seperti laporan WHO, penelitian akademik terkait, serta publikasi dari Lembaga.

B. Pengaruh Faktor eksternal Terhadap Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor internal seperti kebutuhan masyarakat dan kapasitas sistem kesehatan, tetapi juga oleh berbagai faktor eksternal. Faktor eksternal ini mencakup aspek politik, ekonomi, sosial budaya, dan teknologi yang dapat memengaruhi prioritas, alokasi sumber daya, serta pendekatan dalam pelaksanaan kebijakan kesehatan.

Penetapan kebijakan dipengaruhi oleh faktor sosial, politik, ekonomi, sejarah dan faktor eksternal lainnya

1. Faktor eksternal mencakup :

- a. Aspek Politik: Politik memiliki pengaruh yang sangat besar dalam pembentukan dan implementasi kebijakan kesehatan di berbagai negara. Keputusan politik sering kali menentukan arah kebijakan kesehatan, prioritas nasional, alokasi anggaran, serta kerangka hukum yang mendukung penyelenggaraan layanan kesehatan. Berikut adalah penjelasan rinci tentang berbagai aspek pengaruh politik terhadap kebijakan kesehatan:

- 1) Prioritas Kebijakan Nasional : Politik menentukan fokus utama pemerintah dalam bidang kesehatan. Misalnya, pemerintah mungkin memprioritaskan pengendalian penyakit menular berdasarkan situasi politik tertentu, seperti pandemi atau tekanan internasional. Contoh nyata adalah pandemi COVID-19, di mana kebijakan kesehatan banyak ditentukan oleh keputusan politis terkait pengadaan vaksin, pembatasan sosial, dan distribusi sumber daya medis. Dalam kasus lain, orientasi politik yang

pro-kesejahteraan sosial cenderung menghasilkan kebijakan kesehatan yang lebih inklusif seperti sistem jaminan kesehatan universal, sementara politik yang lebih konservatif mungkin memprioritaskan kebijakan berbasis pasar.

- 2) Alokasi Anggaran Kesehatan : Keputusan politis berperan penting dalam menentukan anggaran yang dialokasikan untuk sektor kesehatan. Negara dengan stabilitas politik yang tinggi biasanya memiliki kebijakan kesehatan yang lebih terstruktur dan pendanaan yang memadai. Sebaliknya, ketidakstabilan politik, seperti konflik atau krisis pemerintahan, dapat mengganggu alokasi anggaran untuk kesehatan, yang berdampak langsung pada kualitas layanan kesehatan yang tersedia.
- 3) Kerangka Regulasi dan Undang-Undang : Politik juga memengaruhi regulasi dan legislasi yang membentuk kebijakan kesehatan. Undang-undang yang mengatur akses terhadap layanan kesehatan, hak pasien, pengawasan kesehatan publik, hingga distribusi obat-obatan sering kali lahir dari proses politik yang melibatkan berbagai pihak, termasuk pemerintah, lembaga legislatif, dan kelompok advokasi. Contohnya, reformasi kesehatan di Amerika Serikat seperti Affordable Care Act (ACA) tidak terlepas dari dinamika politik yang intens.
- 4) Tekanan Internasional : Dalam era globalisasi, kebijakan kesehatan nasional sering kali dipengaruhi oleh dinamika politik internasional. Organisasi internasional seperti WHO, UNICEF, dan Bank Dunia memberikan rekomendasi dan pendanaan yang memengaruhi kebijakan kesehatan di negara-negara berkembang. Selain itu, hubungan diplomatik antara negara juga dapat menentukan distribusi bantuan kesehatan dan transfer teknologi medis.

b. Aspek Ekonomi: Ekonomi memainkan peran yang sangat penting dalam pembentukan dan implementasi kebijakan kesehatan suatu negara. Faktor-faktor ekonomi menentukan kemampuan negara untuk menyediakan sumber daya yang memadai bagi sistem kesehatan, mengatur distribusi layanan kesehatan, serta memastikan keberlanjutan kebijakan kesehatan dalam menghadapi tantangan global. Berikut adalah penjelasan rinci mengenai bagaimana aspek ekonomi memengaruhi kebijakan kesehatan:

1) Alokasi Anggaran untuk Sektor Kesehatan

Keadaan ekonomi suatu negara memiliki dampak langsung terhadap kemampuan pemerintah untuk mengalokasikan anggaran yang memadai bagi sektor kesehatan. Negara dengan ekonomi yang kuat biasanya mampu memberikan anggaran besar untuk pembangunan fasilitas kesehatan, program pencegahan, dan inovasi teknologi medis. Sebaliknya, negara dengan ekonomi yang lemah sering kali menghadapi keterbatasan dalam pengadaan alat kesehatan, pelatihan tenaga medis, serta program kesehatan masyarakat. Misalnya, selama krisis ekonomi global pada tahun 2008, banyak negara terpaksa mengurangi anggaran untuk sektor kesehatan, yang berdampak pada penurunan kualitas layanan kesehatan bagi masyarakat.

2) Peran Ekonomi dalam Distribusi Layanan Kesehatan

Ketimpangan ekonomi dalam masyarakat sering kali tercermin dalam distribusi layanan kesehatan. Kelompok ekonomi rendah sering kali memiliki akses yang terbatas terhadap layanan kesehatan berkualitas dibandingkan kelompok ekonomi tinggi. Faktor ekonomi memengaruhi kebijakan pemerintah dalam merancang sistem kesehatan yang lebih berkeadilan, seperti program

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, Medicare di Amerika Serikat, atau National Health Service (NHS) di Inggris. Kebijakan ini dirancang untuk menjembatani kesenjangan akses layanan kesehatan yang disebabkan oleh perbedaan tingkat pendapatan.

3) Dampak Ekonomi Global terhadap Kebijakan Kesehatan

Perekonomian global juga berdampak pada kebijakan kesehatan, terutama di negara-negara berkembang yang bergantung pada bantuan internasional. Program kesehatan yang didanai oleh Bank Dunia, WHO, atau Global Fund sering kali disesuaikan dengan tren ekonomi global. Selain itu, harga obat-obatan, peralatan medis, dan teknologi kesehatan yang bergantung pada pasar global menjadi tantangan bagi negara-negara dengan anggaran terbatas.

4) Investasi dalam Teknologi Kesehatan

Perkembangan ekonomi memberikan peluang bagi negara untuk berinvestasi dalam teknologi kesehatan, seperti telemedicine, aplikasi kesehatan digital, dan pengembangan vaksin. Negara dengan ekonomi yang maju memiliki kemampuan untuk mendukung inovasi teknologi ini, sehingga kebijakan kesehatan menjadi lebih efektif dalam menjawab kebutuhan masyarakat. Sebaliknya, negara dengan ekonomi yang kurang berkembang sering kali tertinggal dalam penerapan teknologi kesehatan modern.

- c. Aspek Sosial Budaya: Faktor sosial budaya memiliki dampak yang signifikan terhadap pembentukan dan pelaksanaan kebijakan kesehatan. Nilai-nilai sosial, norma budaya, serta kepercayaan masyarakat dapat memengaruhi bagaimana pemerintah merancang kebijakan yang relevan dan dapat diterima oleh

masyarakat. Berikut adalah penjelasan rinci mengenai pengaruh sosial budaya terhadap kebijakan kesehatan:

1) Nilai dan Kepercayaan Masyarakat

Nilai-nilai sosial dan kepercayaan yang dipegang oleh masyarakat memengaruhi penerimaan terhadap kebijakan kesehatan. Sebagai contoh, dalam masyarakat tradisional yang masih mempercayai praktik pengobatan alternatif, kebijakan kesehatan harus mempertimbangkan pendekatan yang mengintegrasikan pengobatan modern dan tradisional. Sebaliknya, dalam masyarakat yang lebih modern, kebijakan cenderung lebih berfokus pada teknologi kesehatan dan layanan berbasis rumah sakit.

2) Perbedaan Sosial Ekonomi

Ketimpangan sosial ekonomi berkontribusi pada perbedaan akses terhadap layanan kesehatan. Kebijakan kesehatan sering kali dirancang untuk menjembatani kesenjangan ini, seperti dengan menyediakan subsidi bagi kelompok masyarakat berpenghasilan rendah. Namun, penerapan kebijakan seperti ini harus menyesuaikan norma budaya lokal agar efektif, misalnya memastikan bahwa layanan kesehatan dapat diakses oleh perempuan di masyarakat dengan budaya patriarki yang kuat.

3) Adat dan Tradisi Lokal

Adat dan tradisi lokal sering kali memainkan peran penting dalam membentuk praktik kesehatan masyarakat. Misalnya, di beberapa daerah, tradisi upacara kelahiran atau kehamilan memengaruhi cara masyarakat mengakses layanan kesehatan ibu dan anak. Pemerintah sering kali perlu bekerja sama dengan tokoh adat atau pemuka agama untuk mengintegrasikan kebijakan kesehatan dengan praktik tradisional agar lebih diterima oleh masyarakat.

4) Pendidikan dan Kesadaran Kesehatan

Tingkat pendidikan dan kesadaran kesehatan masyarakat juga dipengaruhi oleh faktor sosial budaya. Dalam masyarakat dengan tingkat literasi kesehatan yang rendah, kebijakan sering difokuskan pada program edukasi kesehatan yang melibatkan tokoh masyarakat atau kampanye berbasis komunitas. Hal ini bertujuan untuk mengatasi hambatan sosial budaya yang mungkin menghalangi penerimaan terhadap layanan kesehatan.

5) Peran Agama

Kepercayaan agama sering kali membentuk pandangan masyarakat terhadap isu kesehatan tertentu, seperti imunisasi, kontrasepsi, atau donor organ. Kebijakan kesehatan harus disusun dengan mempertimbangkan sensitivitas agama agar tidak menimbulkan resistensi. Misalnya, program imunisasi sering kali melibatkan pemuka agama untuk meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap program tersebut.

d. Aspek Teknologi: Pengaruh Teknologi terhadap Kebijakan Kesehatan

Teknologi telah menjadi salah satu pendorong utama dalam transformasi kebijakan kesehatan di seluruh dunia. Perkembangan teknologi memengaruhi berbagai aspek kebijakan, mulai dari perencanaan, implementasi, hingga evaluasi program kesehatan. Adopsi teknologi memungkinkan terciptanya layanan yang lebih efisien, aksesibilitas yang lebih luas, dan respons yang lebih cepat terhadap tantangan kesehatan. Berikut adalah penjelasan rinci tentang bagaimana teknologi memengaruhi kebijakan kesehatan:

1) Pengembangan dan Inovasi Layanan Kesehatan

Teknologi memungkinkan inovasi dalam pengembangan layanan kesehatan, seperti

telemedicine, aplikasi kesehatan digital, dan alat diagnostik berbasis kecerdasan buatan (AI). Kebijakan kesehatan kini dirancang untuk mendukung penerapan teknologi ini agar layanan kesehatan lebih mudah diakses oleh masyarakat, terutama di daerah terpencil. Sebagai contoh, telemedicine memberikan peluang bagi pasien untuk berkonsultasi dengan dokter tanpa harus mengunjungi fasilitas kesehatan secara langsung, sehingga mengurangi hambatan geografis.

2) Peningkatan Sistem Informasi Kesehatan

Sistem informasi kesehatan berbasis teknologi membantu pemerintah dalam mengumpulkan, menganalisis, dan menggunakan data kesehatan secara lebih efektif. Misalnya, penggunaan big data memungkinkan pengambilan keputusan berbasis bukti (evidence-based policy) yang lebih akurat dalam perencanaan kebijakan kesehatan. Selain itu, teknologi juga mendukung pelacakan wabah penyakit melalui sistem surveilans digital, seperti yang diterapkan selama pandemi COVID-19.

3) Efisiensi dalam Manajemen Sumber Daya Kesehatan

Adopsi teknologi dalam manajemen sumber daya kesehatan memungkinkan pengelolaan yang lebih efisien terhadap tenaga medis, peralatan, dan obat-obatan. Sebagai contoh, penggunaan perangkat lunak manajemen rumah sakit membantu meningkatkan efektivitas alur kerja, mengurangi pemborosan, dan meningkatkan pelayanan pasien.

4) Percepatan Pengembangan Obat dan Vaksin

Teknologi juga memainkan peran penting dalam penelitian dan pengembangan obat serta vaksin. Dengan adanya teknologi seperti bioinformatika dan komputasi kuantum, proses penelitian yang sebelumnya memakan waktu bertahun-tahun kini dapat diselesaikan dalam

waktu yang lebih singkat. Hal ini mendorong kebijakan kesehatan untuk mendukung kolaborasi antara pemerintah, lembaga penelitian, dan sektor swasta dalam pengembangan inovasi kesehatan.

5) Penyusunan Kebijakan Keamanan Data Kesehatan

Dengan meningkatnya penggunaan teknologi, kebijakan kesehatan juga harus mempertimbangkan aspek keamanan data pasien. Perlindungan data kesehatan menjadi prioritas dalam kebijakan untuk mencegah penyalahgunaan informasi pribadi. Hal ini mendorong pemerintah untuk mengembangkan regulasi yang lebih ketat terkait privasi data dalam sistem kesehatan digital.

- e. Sejarah : Sejarah memiliki pengaruh yang signifikan dalam membentuk arah dan pendekatan kebijakan kesehatan di berbagai negara. Dalam perkembangannya, kebijakan kesehatan sering kali merupakan respons terhadap peristiwa-peristiwa historis yang memengaruhi prioritas, alokasi sumber daya, dan strategi yang diadopsi oleh pemerintah. Pemahaman terhadap konteks sejarah membantu menjelaskan mengapa kebijakan tertentu diimplementasikan, serta bagaimana pengalaman masa lalu membentuk kebijakan kesehatan masa kini.

Salah satu contoh pengaruh sejarah yang jelas terlihat adalah pengalaman global dalam menangani pandemi seperti wabah influenza tahun 1918, HIV/AIDS pada 1980-an, hingga pandemi COVID-19 baru-baru ini. Wabah influenza tahun 1918, yang dikenal sebagai "Spanish Flu," mendorong banyak negara untuk mengembangkan sistem kesehatan publik yang lebih tanggap terhadap keadaan darurat kesehatan.

Kejadian ini menjadi tonggak penting dalam evolusi kebijakan kesehatan yang menekankan pentingnya surveilans epidemiologi dan kolaborasi internasional. Pandemi HIV/AIDS pada dekade 1980-an

mengajarkan dunia tentang pentingnya pendekatan yang berbasis komunitas dan peran aktif dari kelompok masyarakat dalam penanggulangan penyakit menular. Pengalaman ini juga memengaruhi pengembangan kebijakan yang lebih inklusif, termasuk hak-hak pasien dan pengurangan stigma dalam layanan kesehatan.

Selain pandemi, pengalaman sejarah dalam perang juga berdampak pada kebijakan kesehatan. Sebagai contoh, Perang Dunia II memengaruhi kebijakan kesehatan di banyak negara, seperti pengembangan teknologi medis, vaksinasi massal, dan perawatan luka perang yang kemudian diadopsi dalam layanan kesehatan sipil. Reformasi kesehatan yang muncul setelah perang sering kali didasarkan pada kebutuhan untuk meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan, terutama bagi populasi rentan seperti veteran perang, anak-anak, dan kelompok miskin.

Dalam konteks Indonesia, sejarah perjuangan kemerdekaan juga memengaruhi kebijakan kesehatan. Perjuangan melawan penjajahan mendorong lahirnya inisiatif kesehatan nasional seperti pembangunan rumah sakit umum daerah dan program imunisasi massal. Sejarah juga menjadi dasar bagi kebijakan kesehatan yang lebih berkeadilan, seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang mencerminkan semangat gotong royong dan keadilan sosial.

DAFTAR PUSTAKA

- https://kebijakankesehatanindonesia.net/images/buku/MRS2/A_SPEK_BAB%20VII%20-%20ANALISIS%20EKSTERNAL%20DAN%20INTERNAL.pdf
- <https://jurnal.dpr.go.id/index.php/aspirasi/article/view/459/356>
- <https://journal.ugm.ac.id/jmpk/article/viewFile/2676/2399>
- Marry, J. M. (2004). *The Great Influenza: The Epic Story of the Deadliest Plague in History*. New York: Penguin Books.
- Mann, J. M., Tarantola, D. J., & Netter, T. W. (Eds.). (1992). *AIDS in the World*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sugiyanto, A. (2017). Sejarah Kebijakan Kesehatan di Indonesia: Perspektif Kolonial dan Pasca-Kolonial. *Jurnal Sejarah dan Kebijakan Kesehatan*.
- WHO. (2020). History and Lessons from Pandemics. Retrieved from <https://www.who.int/>.
- Navarro, V. (2009). Politics of Health Inequalities: The Intersection of Class, Race, and Gender in the United States. *International Journal of Health Services*.
- WHO. (2019). The Political Determinants of Health. Retrieved from <https://www.who.int>.
- Aspinall, E., & Fealy, G. (2010). Indonesian Politics and Health Policy. *Jurnal Kebijakan Kesehatan*.
- Frenk, J., Gómez-Dantés, O., & Chacón, F. (2018). Global Health and the Economy: Interrelations and Strategies. *Health Affairs*.
- Nugroho, H. (2020). Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan: Tantangan dan Peluang di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- World Health Organization (2020). Digital Health for Universal Health Coverage. Retrieved from <https://www.who.int>.

Nugroho, H. (2021). Teknologi dan Kebijakan Kesehatan di Era Digital. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia.

BIODATA PENULIS



Johana Tuegeh, SPd, SSiT, MKes. Lahir di Lembean, 27 Desember 1963. Lulusan dari : AKPER DepKes Manado, IKIP Negeri Manado, D-IV Perawat Pendidik Peminatan KMB Faked UNHAS Makassar dan Pasca Sarjana UNSRAT Manado. Jahana Tuegeh sebagai dosen di AKPER DepKes Manado sejak Tahun 1989 kemudian beralih menjadi Poltekkes Kemenkes Manado sampai sekarang.

BAB 9

Pengumpulan Data Kesehatan

Yozua Toar Kawatu, S.Pd, M.K.M

A. Pendahuluan

Proses pengumpulan data sangat penting, khususnya bagi tenaga kesehatan baik yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan maupun yang bekerja di instansi kesehatan lainnya. Saat ini tenaga kesehatan terkait dengan data-data kesehatan salah satunya adalah tenaga epidemiolog, sanitarian, perawat dan tenaga kesehatan lainnya.

Permasalahan pengumpulan data banyak penyebabnya antara lain : data yang dikumpulkan tidak terstruktur dan terorganisir pada saat dikumpulkan, hal ini disebabkan karena, kurangnya pengetahuan dari petugas kesehatan, sehingga membuatnya sulit untuk dianalisis dan diterapkan. Komponen utama pengumpulan data dalam kesehatan masyarakat adalah memiliki sistem organisasi yang jelas untuk memungkinkan data pasien dibagikan dengan mudah kepada profesional perawatan kesehatan yang relevan. Data-data tentang karakteristik individu misalnya : umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan dan lain-lain, data ini juga harus mencantumkan nama dan alamat pasien atau responden, sehingga jika ada tindak lanjut penanganannya akan lebih mudah bagi petugas.

Tahapan pengumpulan data merupakan tahapan yang paling menentukan terhadap arah manajemen data selanjutnya, sehingga dalam proses pengumpulannya diharapkan dapat menghasilkan data yang berkualitas, yaitu data yang relevan (sesuai dengan tujuan pengumpulan data), valid (terbebas dari

kesalahan eksternal dan internal), reliabel (konsistensi hasil suatu alat menurut orang, tempat dan waktu), lengkap dan tepat waktu.

Data merupakan komponen penting dalam epidemiologi, karena data adalah sumber informasi, sumber inspirasi yang amat diperlukan oleh seorang epidemiolog dalam melakukan perannya. Tanpa data epidemiologi yang akurat, maka tenaga kesehatan akan tidak mampu melihat masalah kesehatan yang sedang terjadi. Arti penting data, bukan hanya keberadaan dan ketersediaannya yang diperlukan, tetapi diperlukan data yang berkualitas dan valid dari suatu sumber.

Permasalahan kesehatan di Indonesia pada dasarnya tersebar mengikuti pola distribusi epidemiologis, artinya, sering tidaknya suatu penyakit tersebar pada suatu tempat adalah sesuai dengan besarnya keberadaan faktor-faktor epidemiologis di daerah atau faktor risiko komunitas bersangkutan. Karena itu, secara umum penyakit tersebar menurut faktor-faktor *pejamu*, *agen* dan lingkungan. Dan untuk menjelaskan distribusi itu dipergunakanlah model Orang, Tempat dan Waktu (OTW). Penjelasan distribusi penyakit dilakukan dengan menyatakan karakteristik penderita, tempat kejadian dan waktu kejadiannya. Dengan memperhatikan hal ini, data epidemiologis yang dibutuhkan adalah data mengenai karakteristik epidemiologis yang berkaitan distribusi penyakit yang diamati dan dicatat sebagai data epidemiologi.

B. Pengertian, Sumber Data dan Jenis Pengumpulan Data Kesehatan.

1. Pengertian Data.

Data merupakan bahan baku informasi yang berupa fakta, angka, huruf, grafik maupun tabel yang dikumpulkan sendiri atau diperoleh dari sumber lain, seperti instansi, organisasi internasional, hasil publikasi ilmiah dan penelitian orang lain (Hasnawati, dkk., 2022).

Data adalah sesuatu yang belum mempunyai arti bagi penerimanya dan masih memerlukan adanya suatu pengolahan. Data bisa berwujud suatu keadaan, gambar,

suara, huruf, angka, matematika, bahasa ataupun simbol-simbol lainnya yang bisa kita gunakan sebagai bahan untuk melihat lingkungan, obyek, kejadian ataupun suatu konsep.

Manajemen Data Epidemiologi adalah serangkaian kegiatan Epidemiologi yang berperan dalam penemuan sumber data, perekaman data sesuai dengan variabel yang diperlukan, penghimpunan data dalam bank data dan diolah dalam kelompok-kelompok yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan (Kepmenkes R.I, 2020).

2. Sumber Data

Sumber Data Secara umum data kesehatan yang dikumpulkan dapat dikelompokkan ke dalam tiga sumber utama, yaitu bersumber pada masyarakat (Community base), bersumber pada fasilitas kesehatan (facility base) dan dari sektor – sektor diluar kesehatan (kependudukan, BMKG, peternakan, dll). Untuk yang berbasis pada masyarakat biasanya diperoleh melalui berbagai kegiatan riset yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan, ataupun berita rumor kejadian di masyarakat (dugaan kejadian luar biasa penyakit / keracunan). Sedangkan data kesehatan yang berasal dari fasilitas kesehatan diperoleh melalui berbagai kegiatan program yang dikerjakan secara rutin (misalnya: hasil diagnosis, pemberian pelayanan, dll) (BBPK Ciloto, 2020).

Data epidemiologi berasal dari berbagai sumber tergantung dari tujuan yang ingin dicapai dan setiap sumber mempunyai keuntungan dan kerugian. Sumber data merupakan hal yang sangat penting untuk diketahui karena data yang dikumpulkan harus sesuai dengan tujuannya dan sebab bila terjadi kesalahan dalam sumber data maka akan mengakibatkan kesalahan dalam penarikan kesimpulan. Misalnya, data kasus penyakit di suatu daerah maka harus dilakukan Penyelidikan Epidemiologi (PE) atau data lainnya misalnya fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) yang terdapat di suatu daerah dan sebagai sumber data

dapat digunakan sebagai sarana pelayanan kesehatan di daerah tersebut.

3. Jenis Data.

Jenis data terbagi menjadi 2 (dua) yaitu :

a. Data Primer.

Data primer adalah data yang didapatkan secara langsung melalui sumber utamanya (Responden). Misalnya: responden sebagai obyek penelitian (sumber utama) yang diteliti oleh seorang peneliti ingin mengetahui karakteristik responden, maka peneliti langsung menanyakan berapa usia responden, pendidikan terakhir responden, apa pekerjaan responden dan lain-lain menggunakan kuesioner yang telah disiapkan oleh peneliti.

b. Data Sekunder.

Data Sekunder adalah Data yang didapatkan melalui pihak tertentu atau pihak lain, dimana data tersebut umumnya telah diolah oleh pihak tersebut. Misalnya: peneliti ingin mengetahui kasus penyakit DBD (Demam Berdarah Dengue) di suatu daerah, maka peneliti harus mengumpulkan data kasus DBD di wilayah kerja Puskesmas yang menjadi lokasi penelitian.

Untuk pengumpulan data sekunder, data dapat diperoleh dari :

- 1) Sarana pelayanan kesehatan, misalnya:
 - a) Rumah sakit
 - b) Puskesmas
 - c) Balai pengobatan
- 2) Instansi yang berhubungan dengan kesehatan, misalnya:
 - a) Kementerian kesehatan
 - b) Dinas kesehatan
 - c) Biro pusat statistik
- 3) Instansi :
 - a) Kantor Desa
 - b) Kantor Kecamatan

c) Administrasi Perusahaan, dan lain-lain

4. Jenis Data.

a. Aktif

Pengumpulan data secara aktif yaitu mengumpulkan data secara rutin dari sumber data dan tanya jawab dengan menggunakan kuesioner atau format formulir.

b. Pasif

Pengumpuln data secara pasif yaitu dengan menerima data dan informasi dari sumber data.

5. Metode Pengumpulan Data dan Instrumen.

Metode Pengumpulan Data merupakan teknik atau cara yang dilakukan untuk mengumpulkan data. Metode menunjuk suatu cara sehingga dapat diperlihatkan penggunaannya melalui angket, wawancara, pengamatan, dokumentasi dan sebagainya.

Sedangkan Instrumen Pengumpul Data merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data. Karena berupa alat, maka instrumen dapat berupa lembar cek list, kuesioner (angket terbuka / tertutup), pedoman wawancara, camera photo dan lainnya

Setelah ditemukan sumber data yang digunakan kemudian dilakukan pengumpulan data. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan berbagai metode berikut:

- a. Tidak langsung dengan mengumpulkan data dari catatan medik di sarana pelayanan kesehatan atau instana yang berhubungan dengan kesehatan. Cara ini memiliki keuntungan, yaitu mudah dilakukan, membutuhkan waktu dan biaya yang relatif kecil, tetapi data yang dibutuhkan sering tidak ada atau tidak lengkap.
- b. Secara langsung dengan pengumpulan data dapat juga dilakukan dengan survey. Dengan cara ini, data yang diperoleh merupakan data primer dan dapat disesuaikan dengan kebutuhan kita, tetapi cara ini membutuhkan tenaga, waktu, dan biaya yang cukup besar.

Adapun metode dan instrumen pengumpulan dapat diuraikan sebagai berikut :

1) Pengukuran *Fisiologis*

Pengukuran dengan metode fisiologis atau biologis sebenarnya sangat umum dilakukan, terutama pada tatanan nyata pelayanan kesehatan, baik di klinik, rumah sakit maupun puskesmas. Metode ini sering digunakan oleh perawat, bidan maupun dokter saat melakukan pemeriksaan kesehatan pasiennya. Beberapa contoh pengukurannya (data) seperti pengukuran tekanan darah, nadi, suhu tubuh, berat badan, dll. Keuntungan penggunaan metode ini adalah aspek obyektivitas, presisi, dan sensitivitas dengan syarat alat pengumpulan data ini telah dilakukan kalibrasi.

2) *Observasional*

Salah satu metode pengumpulan data yang umum digunakan yaitu metode observasi. Misalnya: petugas melakukan observasi pada pola perilaku / kebiasaan masyarakat di daerah endemis DBD, pola perilaku higiene sanitasi pengolahan penjaja makanan jajanan, observasi pemberian pengobatan kasus tertentu, observasi teknik pengambilan spesimen, dll. Observasi dapat dilakukan secara terstruktur maupun secara tidak terstruktur.

3) Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dalam bentuk personal yang dilaksanakan oleh pewawancara yang telah terlatih (Swarjana, 2013). Interview atau wawancara ini dapat dilaksanakan di banyak tempat, misalnya: di ruang periksa atau rawat inap pasien, di lokasi KLB penyakit/keracunan, di rumah kontak kasus difteri, di sekolah, tempat kerja kasus dan kontak, atau tempat lainnya yang kondusif untuk dilaksanakannya interview. Pengumpulan data melalui interview umumnya dapat dibagi mejadi tiga,

yaitu: personal interview, telephone interview, dan group interview. Metode interview juga dapat dibedakan berdasarkan jenis pertanyaannya, yaitu: *structured interview* dan *unstructured interview*

4) Kuesioner

Kuesioner adalah sederet pertanyaan – pertanyaan yang telah disiapkan oleh peneliti yang akan digunakan sebagai alat untuk mengumpulkan data penelitian (Swajarna, 2016). Pertanyaan pada kuesioner yang digunakan sangat beragam diantaranya: Pertanyaan yang bersifat tertutup, pertanyaan terbuka dan pertanyaan setengah terbuka. Macam – macam kuesioner:

a) Kuesioner tertutup

Setiap pertanyaan telah disertai sejumlah pilihan jawaban, responden hanya memilih jawaban yang paling sesuai

b) Kuesioner terbuka

Dimana tidak terdapat pilihan jawaban sehingga responden harus memformulasikan jawabannya sendiri

c) Kuesioner kombinasi terbuka dan tertutup

Dimana pertanyaan tertutup, kemudian disusul dengan pertanyaan terbuka.

d) Kuesioner semi terbuka.

Pertanyaan yang jawabannya telah tersusun rapi, tetapi masih ada kemungkinan tambahan jawaban
Penggunaan kuesioner umumnya menggunakan kuesioner yang sudah baku atau yang telah melewati uji validitas dan reliabilitas.

5) *Focus Group Discussion*

Salah satu metode untuk mengumpulkan data melalui diskusi terpusat (*Focus Group Discussion*) yaitu upaya menemukan makna dari sebuah isu oleh sekelompok orang lewat diskusi untuk menghindari dari pemaknaan yang salah oleh seorang peneliti atau

petugas surveilans. Misalnya, mendiskusikan tentang KLB Difteri yang terus menerus terjadi di wilayah tertentu, maka dibentuk kelompok diskusi atas beberapa orang untuk mengkaji permasalahan tersebut, dengan harapan diperoleh hasil pemaknaan (data) yang lebih objektif.

6) Catatan atau dokumen lainnya.

Selain metode pengumpulan data tersebut di atas, data surveilans juga dimungkinkan untuk dikumpulkan atau diperoleh melalui catatan – catatan atau dokumen – dokumen lainnya (catatan rekam medis, kartu menuju sehat / KMS bayi, KMS ibu hamil, catatan suhu lemari pendingin vaksin, catatan ketersediaan vaksin, laporan program, arsip foto, jurnal, catatan harian dll) (BBPK Ciloto, 2020).

7) *Triangulasi*

Menurut Sugiyono (2020) triangulasi merupakan teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Dalam teknik triangulasi peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama.

6. Validasi Data dan Reliabilitas

a. *Validasi data*

Validasi data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik triangulasi. Menurut Sugiyono (2020) peneliti yang melakukan pengumpulan data dengan *triangulasi*, maka sebenarnya peneliti mengumpulkan data yang sekaligus menguji kredibilitas data, yaitu mengecek kredibilitas data dengan berbagai teknik pengumpulan data dan berbagai sumber data.

Pengertian lain dari *Validitas* adalah kemampuan sebuah tes untuk mengukur apa yang seharusnya diukur. Sebagai contoh, bila penelitian tentang berat badan, maka alat ukur yang valid adalah alat ukur yang mampu

mengukur berat badan tersebut, yaitu timbangan berat badan, jika ingin mengukur berat sampel emas, maka timbangan yang digunakan adalah timbangan emas.

b. Reliabilitas

Reliabilitas berarti sejauh mana alat ukur mampu menghasilkan nilai yang sama atau konsisten walaupun dilakukan pengukuran berulang atau beberapa kali pengukuran pada subyek dan aspek yang sama, selama aspek dalam subyek tersebut memang belum berubah. Misalnya jika peneliti melakukan penelitian saringan pasir sederhana untuk menyaring air sumur hingga jernih atau menurunkan kadar Fe (Besi), maka jika alat saringan pasir sederhana tersebut digunakan di tempat lain dan air sumur yang berbeda, maka hasilnya kadar Fe (Besi) juga harus menurun.

7. Waktu Pengumpulan Data.

Dalam bidang kesehatan penerimaan data biasanya dikaitkan dengan periodisasi pelaporan, diantaranya sifatnya laporan 24 jam, mingguan, bulanan, triwulan, atau tahunan yang waktunya ditentukan sesuai dengan kesepakatan.

8. Sifat dan Skala Data.

a. Sifat Data Kategorik dan Numerik

1) Data Kategorik

Dalam sebuah penelitian atau data kesehatan dan surveilans, tidak jarang ditemukan data yang bersifat kategorik atau data kualitatif. Misalnya: baik – buruk, sehat – sakit, positif – negatif, memenuhi syarat – tidak memenuhi syarat, diimunisasi – tidak diimunisasi, ada riwayat kontak – tidak ada kontak, hunian padat – tidak padat, hipertensi – tidak hipertensi, dll (BBPK, Ciloto, 2020)

Data Kategorik (Kualitatif) merupakan data hasil pengklasifikasian/ penggolongan suatu data. Cirinya : Isinya berupa kata-kata.

Contoh : Sex (Jenis Kelamin), Jenis Pekerjaan, Pendidikan. (Hastono, 2018)

2) Data Numerik

Data Numerik (Kuantitatif) merupakan variable hasil dari penghitungan dan pengukuran. Cirinya : Isi variabel berbentuk angka-angka. Variabel numerik dibagi menjadi dua macam : Diskrit dan Kontinyu. (Hastono, 2018)

Data numerik merupakan data yang berupa angka. Misalnya : suhu badan, tingkat kebisingan, tingkat pencahayaan, data berat badan, tinggi badan, dll. Data numerik ini dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

a) Data Diskrit

Diskrit merupakan variabel hasil dari penghitungan. Misalnya jumlah anak, jumlah pasien tiap ruang, sedangkan Kontinyu merupakan hasil dari pengukuran, misalnya tekanan darah, Hb, dan lain-lain. (Hastono, 2018)

Data *diskrit* merupakan data numerik yang hanya memiliki angka atau bilangan bulat mulai dari satu dan seterusnya Contoh: Puskesmas "X" saat ini memiliki tenaga kesehatan yang terdiri dari: 2 orang sanitarian, 2 orang epidemiolog kesehatan, 2 orang dokter, dan 10 perawat.

b) Data Kontinu

Data *kontinu* merupakan data numerik hasil pengukuran yang selalu ada diantara dua angka. Contoh: Hasil pengukuran berat badan balita pada kejadian KLB Campak di Desa A, yaitu: Balita 1 = 15 kg Balita 2 : 17 kg Balita 3 : 15,5 kg dst. (BBPK Ciloto, 2020)

b. Skala Data

Salah satu data yang paling umum digunakan dalam penelitian / pengolahan dan analisa data adalah data yang dibedakan berdasarkan skalanya. Dalam statistik dikenal adanya data yang bersifat kategorikal, (nominal

dan ordinal), serta data numerik (interval dan rasio) atau dikenal juga dengan data kontinu dan diskrit.

1) Data Nominal Berikut adalah beberapa ciri dari data yang berskala nominal:

- a) Merupakan kualitatif atau bukan berupa angka
- b) Data tidak dapat kuantifisir (tidak bisa dikali, dibagi, ditambah, dikurangi)
- c) Bersifat kategorikal bukan numerikal
- d) Berkaitan dengan "nama"
- e) Data merupakan *unordered* atau tidak berjenjang
- f) Data nominal merupakan data yang berada pada level yang sama.
- g) Digunakan terutama untuk statistik non parametrik

Contoh data skala nominal: Jenis kelamin : (laki - laki - perempuan) Agama : (Islam, Kristen, Budha, Hindu, dll) Golongan darah : (A, B, AB, O)

2) Data Ordinal

Beberapa ciri dari data ordinal, yaitu:

- a) Merupakan data kualitatif.
- b) Data tidak dapat kuantifisir (tidak bisa dikali, dibagi, ditambah, dikurangi)
- c) Merujuk pada *ordered* atau "*rank*" atau berjenjang
- d) Data yang satu dengan yang lainnya tidak se-level, yang satu lebih tinggi atau lebih rendah dari yang lain.
- e) Jenjang dapat diurutkan dari yang paling rendah ke yang paling tinggi atau sebaliknya atau dikenal juga dengan "*ranked data*".

Contoh: Tingkat pendidikan: rendah, sedang, tinggi
Tingkat pendapatan : rendah, sedang, tinggi
Tingkat pengetahuan ibu tentang manfaat vaksinasi dasar : rendah, sedang, tinggi.

3) Data Interval

Beberapa ciri dari data interval, yaitu:

- a) Merupakan data kuantitatif
- b) Data dapat diquantifisir (dikali, dibagi, ditambah, dikurangi)
- c) Data bersifat numerik
- d) Tidak memiliki nol absolut, artinya dimungkinkan untuk memiliki nilai nol atau bahkan di bawah nol atau minus.

Contoh data skala interval: Suhu. (BBPK Ciloto, 2020)

9. Skala Pengukuran Data

Menurut skala pengukurannya variabel data dibagi 4 (empat) jenis yaitu :

a. Nominal.

Nominal data adalah data yang hanya dapat membedakan nilai datanya dan tidak tahu data mana yang lebih tinggi atau rendah.

Contoh : jenis kelamin, suku dan lain-lain. Jenis kelamin laki-laki tidak lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan. Suku Jawa tidak dapat dikatakan lebih baik atau lebih buruk dari suku minahasa. Dengan ilustrasi ini dapat dijelaskan bahwa variable nominal, nilai datanya sederajat.

b. Ordinal

Data ordinal adalah data yang dapat membedakan nilai datanya dan juga sudah diketahui tingkatan lebih tinggi atau lebih rendah, tapi belum diketahui besar beda antar nilai datanya.

Contoh : pendidikan, pangkat, stadium penyakit dan lain-lain.

Pendidikan SD pengetahuannya lebih rendah dibandingkan SMP, namun demikian kita tidak dapat tahu besar perbedaan pengetahuan orang SD dengan SMP.

c. Interval.

Data Interval adalah data yang dapat dibedakan , diketahui tingkatannya dan diketahui juga besar beda nilainya, namun pada data interval belum diketahui kelipatan suatu nilai terhadap nilai yang lain dan pada skala interval tidak mempunyai titik nol mutlak.

Contohnya : data suhu, misalnya benda A suhunya 40 derajat, dan benda B 10 derajat. Benda A lebih panas dari benda B dan beda panas antara benda A dan B 30 derajat, namun kita tidak bisa mengatakan bahwa benda A panasnya 4 kali dari benda B (ini berarti tidak ada kelipatannya). Selanjutnya kalau suatu benda suhunya 0 derajat, ini tidak berarti bahwa benda tersebut tidak punya panas (tidak mempunyai nilai nol mutlak).

d. Rasio.

Rasio adalah Data yang paling tinggi skalanya yaitu bias dibedakan, ada tingkatan, ada besar beda dan ada kelipatannya serta ada nol mutlak.

Contoh : berat badan, tinggi badan dan lain-lain. Misal A beratnya 30 Kg dan B beratnya 60 Kg. Dalam hal ini dapat dikatakan bahwa A lebih ringan dari B, selisih berat antara A dan B adalah 30 Kg, berat B dua kali lebih tinggi dari berat A. Berat 0 Kg, ini berarti tidak ada berat (tidak ada bendanya) sehingga ada Nol Mutlak. (Hastono, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK), Ciloto, 2020., *"MOOC Fundamental Epidemiologi, Mata Pelatihan Inti 3, Pokok Bahasan 1 Pengumpulan Data"*, Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan Kementerian Kesehatan R.I
- Hasnawati, Subardin, Dewi, C., Hengky, H. K., Windasari, D. P., Syam, A., Rachman, I., Syatriani, S., & Hamzah, H. (2022). *"Epidemiologi di Berbagai Aspek"*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Hastono, Sutanto Priyo., 2018., *"Analisis Data Pada Bidang Kesehatan"*, Cetakan ke-3, Rajawali Pers; Jakarta
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/321/2020 *"Tentang Standar Profesi Epidemiolog Kesehatan"*.
- Sugiyono, P. D. 2020. *"Metode Penelitian Kualitatif Untuk Penelitian Yang Bersifat: Eksploratif, Interpretif Dan Konstruktif"*. Edited By Y. Suryandari. Bandung: ALFABETA.
- Swarjana, I.K. (2013). *"Metodologi Penelitian Kesehatan"*,. Yogyakarta: ANDI.
- _____, (2016). *"Metodologi Penelitian Kesehatan (Edisi Revisi)"*. Yogyakarta: ANDI.

BIODATA PENULIS



Yozua Toar Kawatu, S.Pd, M.K.M, Lahir di Surabaya, 22 Mei 1965. Menyelesaikan pendidikan S1 Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Manado dan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat - Peminatan Epidemiologi Kesehatan Lingkungan) Sampai saat ini penulis sebagai Dosen Tetap di Program Studi D-III Sanitasi & Program Studi S1 Terapan Sanitasi Lingkungan Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 10

Kebijakan Kesehatan Global dan tantangannya

Dr. Drs. Nana Mulyana, M.Kes

A. Pendahuluan

Perkembangan global seperti globalisasi, perubahan demografi dan pertumbuhan populasi serta perubahan iklim dan degradasi ekosistem memperburuk risiko, biaya, dan kesenjangan kesehatan global. Globalisasi memiliki implikasi yang luas bagi kesehatan masyarakat, karena semakin meningkatnya perjalanan dan perdagangan antar negara, dan menjadi salah satu faktor penyebaran penyakit dan ancaman kesehatan lintas batas negara. Hal ini menunjukkan bahwa tantangan kesehatan tidak dapat diatasi oleh satu negara atau sektor saja, tetapi diperlukan kerja sama antar negara (WHO, 2021)

Namun, globalisasi tidak hanya menghadapi tantangan kesehatan masyarakat, tetapi juga menawarkan banyak peluang baru dan pendekatan yang menjanjikan untuk menyelesaikan masalah kesehatan global. Peningkatan mobilitas dan proses komunikasi baru dapat meningkatkan akses pelayanan kesehatan. Selain itu perkembangan yang pesat teknologi kesehatan, menjadi faktor penting dalam peningkatan kesehatan masyarakat.

B. Kebijakan kesehatan global

1. Konsep kesehatan global

Kesehatan global adalah bidang studi, penelitian, dan praktik yang memprioritaskan peningkatan kesehatan dan pencapaian kesetaraan kesehatan bagi semua orang di seluruh dunia (Richard, 2015). Sedangkan menurut Mahendradhata (2020) Kesehatan global berfokus pada

isu-isu kesehatan dunia yang membutuhkan kerja sama lintas negara, bersifat multidisipliner, lintas sektor, dan bertujuan untuk meningkatkan dan mencapai kesetaraan status kesehatan masyarakat dunia.

Kesehatan global merupakan upaya kolektif seluruh dunia untuk mencapai kesehatan yang optimal bagi semua orang. Konsep ini mencakup berbagai aspek, seperti:

- a. Kesehatan sebagai hak asasi manusia: setiap orang berhak mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, tanpa diskriminasi.
- b. Kerjasama internasional: negara-negara bekerja sama untuk mengatasi masalah kesehatan lintas batas, seperti pandemi dan perubahan iklim.
- c. Keadilan sosial: upaya dilakukan untuk mengurangi kesenjangan kesehatan antara negara kaya dan miskin, serta di dalam negara itu sendiri.
- d. Pencegahan dan promotif: fokus tidak hanya pada pengobatan penyakit, tetapi juga pada pencegahan dan promosi kesehatan untuk menciptakan masyarakat yang sehat.

Singkatnya, kesehatan global adalah tentang menciptakan dunia yang lebih sehat dan adil bagi semua, melalui kerja sama dan tanggung jawab bersama.

Menurut Milken Institute School of Public Health (2025) kebijakan Kesehatan Global (*Global Health Policy*) adalah bidang kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan keputusan yang menerjemahkan bukti dan kemauan politik menjadi kesepakatan dan intervensi sector yang berwenang. Kebijakan kesehatan global berfokus pada sektor kesehatan global dan nasional, termasuk pelayanan medis dan layanan kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan global berkaitan dengan alokasi sumber daya di seluruh negara, dan implementasi program sebagai solusi untuk pencapaian tujuan kesehatan.

Dapat dikatakan bahwa kebijakan kesehatan global merupakan suatu upaya bersama antar negara untuk mewujudkan kesehatan secara global, dengan memperhatikan kondisi kesehatan penduduk dunia secara keseluruhan, yang dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk faktor lingkungan, sosial, ekonomi, dan politik.

2. Kebijakan kesehatan secara global

a. Isu global bidang kesehatan

Menurut WHO (2025), isu-isu global bidang kesehatan, yaitu :

- 1) Penyakit tidak menular (PTM) dan kesehatan mental. PTM, termasuk penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit pernapasan kronis, diabetes, dan lainnya, menyebabkan lebih dari 75% kematian global.
- 2) Penyakit kulit. Pada tahun 2021, terdapat hampir 4,7 miliar kasus penyakit kulit. Penyakit-penyakit ini, yang sering dikaitkan dengan stigma dan beban sosial ekonomi yang signifikan. Penyakit kulit mencakup tanggapan terhadap penyakit kulit menular dan infeksi terkait, termasuk mpox, leptospirosis, dan meningkatnya beban infeksi menular seksual.
- 3) Koneksi sosial. Kondisi koneksi dan hubungan sosial mempengaruhi kesehatan fisik dan mental. Kurangnya koneksi sosial dikaitkan dengan risiko stroke dan penyakit jantung sebesar 30% lebih tinggi dan juga dapat meningkatkan kecemasan, depresi, dan risiko bunuh diri.
- 4) Kesehatan lingkungan. Faktor lingkungan, termasuk bahan kimia, limbah, dan polusi menyebabkan sekitar 13,7 juta kematian pada tahun 2016.
- 5) Polusi udara. Miliaran orang terpapar polusi udara, risiko kesehatan yang besar. Polusi udara berdampak sistemik pada tubuh manusia dan

meningkatkan risiko penyakit menular dan tidak menular.

- 6) Tenaga kesehatan. Lebih dari 70 juta orang merupakan bagian dari tenaga kesehatan global. Tantangannya meliputi pendidikan, kondisi ketenagakerjaan, dan retensi, khususnya di negara-negara dengan kondisi sosial ekonomi yang menantang.
- 7) Obat-obatan yang tidak memenuhi standar dan dipalsukan. Diperkirakan 1 dari 10 obat-obatan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah adalah obat-obatan yang tidak memenuhi standar atau dipalsukan, dan dapat menyebabkan efek samping yang parah, resistensi antimikroba, atau bahkan kematian.
- 8) Kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Tragisnya, 1 wanita meninggal setiap 2 menit karena kehamilan atau persalinan, sebagian besar karena penyebab yang dapat dicegah. Selain itu, jutaan wanita menderita masalah kesehatan yang berkepanjangan setelah melahirkan, tetapi seringkali kesulitan untuk mendapatkan perawatan dan dukungan yang berkualitas.
- 9) Keadaan darurat kesehatan. Adalah situasi darurat, seperti wabah penyakit, bencana, dan konflik, di mana pun hal itu terjadi.
- 10) Kesehatan untuk Semua/cakupan kesehatan universal
- 11) Separuh dari populasi dunia tidak memiliki akses ke layanan kesehatan esensial dan miliaran lainnya menghadapi kesulitan keuangan karena biaya pelayanan kesehatan.

b. Komitmen global dalam kebijakan kesehatan

Pada bulan September 2019, para pemimpin dunia melakukan pertemuan di PBB, dengan tema *“Universal Health Coverage: Moving Together to Build a Healthier*

World” dan mendukung deklarasi politik paling ambisius dan komprehensif tentang kesehatan. Mengingat peran Cakupan Kesehatan Universal (UHC) sebagai payung menyeluruh untuk Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDG) 3, kesehatan yang baik dan kesejahteraan untuk semua, di semua usia. Selanjutnya dilakukan pertemuan pada tahun 2023 untuk melakukan tinjauan komprehensif tentang implementasi deklarasi politik 2019 untuk mengidentifikasi kesenjangan dan solusi untuk mempercepat kemajuan menuju pencapaian UHC pada tahun 2030 (United Nation, 2021)

Area komitmen global dalam SDG 3 bidang kesehatan adalah mencakup ; HIV/AIDS, Tuberkulosis, Malaria, Penyakit Tidak Menular termasuk kesehatan mental, kesehatan ibu dan anak, ketahanan kesehatan termasuk resistensi antimicrobial.

c. Kebijakan kesehatan global

Kebijakan kesehatan di tingkat global yang dikawal oleh *World Health Organization* (2021), yaitu ;

- 1) Strategi Global tentang Kesehatan Digital: bertujuan untuk mendukung negara-negara dalam memperkuat sistem kesehatan mereka melalui teknologi kesehatan digital.
- 2) Strategi Sektor Kesehatan Global 2022-2030: Berfokus pada HIV, hepatitis virus, dan infeksi menular seksual.
- 3) Peraturan Kesehatan Internasional atau *International Health Regulation (IHR)*: Bertujuan untuk mencegah dan menanggapi keadaan darurat kesehatan.
- 4) Pedoman WHO: Memberikan rekomendasi berbasis bukti untuk intervensi kesehatan.
- 5) Laporan WHO: Memberikan pembaruan tentang kemajuan dan tantangan dalam mencapai tujuan kesehatan global

Lebih lanjut Kementerian Kesehatan RI (2024), menjelaskan bahwa kesehatan global mengacu pada *Sustainable Development Goals (SDGs)* oleh *United Nations, World Bank, dan Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)*.

Dalam hal ini terdapat empat (4) tema utama yang menjadi pedoman kesehatan global, yaitu :

- 1) Gaya hidup, masyarakat, dan penduduk yang sehat secara fisik dan mental;
- 2) Ketahanan dan kesiapan kesehatan;
- 3) Aksesibilitas, kualitas, dan keterjangkauan; dan
- 4) Sistem, kebijakan, dan tata kelola kesehatan.

Keempat tema utama tersebut dapat dilihat pada tabel best practice kesehatan global dibawah ini :

Tabel 1. Best Practice Kesehatan Global

SDGs	World Bank	OECD	4 Key themes governing health outcomes
Good health and well being for all	Increase life expectancy at birth	Health Data and Statistics	Healthy lifestyle, community, and population physically and mentally
Reduce the global maternal mortality ratio	Reduction in infant mortality rate Reduce prevalence of HIV Reduce prevalence of HIV and TB	Mental health services improvement	
Reduce premature mortality from (NCDs) by a third	Improve maternal mortality ratio	Long-Term Care for the vulnerable	
End preventable deaths of newborns and children under 5		Health Workforce supply, distribution and training	
End AIDS, TB, malaria, and neglected tropical diseases.			
Strengthen the capacity of all countries for global health risk	Ensure immunization coverage	Pharmaceuticals and HealthTech advancement	Health resilience and preparedness
Achieve universal health coverage	Access to clean water and sanitation	Patient Safety and Quality of Care	Accessibility, quality, and affordability
Reduce # of deaths and illnesses from hazardous chemicals	Optimize total health expenditure	Health System Performance	Health system, policy and governance
Increase health financing and the recruitment	Health workforce optimization	Health Policy Reviews	

Sumber : Kementerian Kesehatan RI (2024)

Pada tabel di atas, empat tema utama, yaitu gaya hidup masyarakat dan penduduk yang sehat, ketahanan dan kesiapan kesehatan, aksesibilitas, kualitas dan keterjangkauan layanan kesehatan, dan sistem kesehatan, menjadi fokus kegiatan yang dijalankan SDGs, Word Bank dan OECD. Selanjutnya dapat dilihat bagaimana penerapan keempat tema utama di beberapa negara, sebagai berikut :

Tabel 2. Benchmark Pelaksanaan Kebijakan Kesehatan Global di beberapa negara

Australia	Japan	Malaysia	China	India
Provide equal access to healthcare and medicines for all Australians	Lean health care: implement value- based health care	Ensure the population receives comprehensive services that are affordable	Improve health service capabilities	Progressively achieve Universal Health Coverage
Strengthen public and private hospitals	Life Design: empower society and support personal choice	Transform healthcare service delivery	Promote healthy lifestyle and control major health risk factors	Reinforce trust in the Public Health Care System
Prioritize mental and preventive health	Global Health leader: lead and contribute to global health	Advance health promotion and disease prevention	Expand the scale of the health industry	Align growth of private health care sector with public goals
Ageing well and aged care		Strengthen the health service's foundation and governance	Ensure comprehensive health promotion institutional system	Achieve quantitative goals and Objective
Strengthen Medical				

Sumber : Kementerian Kesehatan (2024)

AGENDA:

- Healthy lifestyle, community, and population physically and mentally
- Health resilience and preparedness
- Accessibility, quality, and affordability
- Health system, policy and governance

Pada tabel di atas, terlihat bahwa beberapa negara telah menerapkan pedoman kesehatan global yang disesuaikan dengan permasalahan kesehatan dan kondisi masing-masing negara.

C. Implementasi Kebijakan Kesehatan Global di Indonesia

1. Transformasi Sistem Kesehatan Nasional

Kejadian pandemi COVID-19 memberikan pelajaran berharga untuk menata kembali sistem kesehatan Indonesia. Pandemi ini menyingkapkan kekurangan kita dalam tiga komponen paling krusial: pasokan medis, alat medis, dan sumber daya manusia medis. Selain itu, kita memerlukan lebih banyak kesiapsiagaan mitigasi risiko, dan kebijakan pemerintah memerlukan konsistensi. Selain itu, Indonesia

memiliki 68% penduduk berusia produktif, yang dikenal sebagai 'Bonus Demografi.' Setelah puncak 'Bonus Demografi,' populasi lansia diperkirakan akan meningkat. Oleh karena itu, berinvestasi dalam pelayanan kesehatan untuk individu yang produktif dan kesehatan populasi lansia menjadi sangat penting (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Dalam merumuskan prioritas kesehatan Indonesia, Kementerian Kesehatan memperhatikan berbagai masukan dari pemangku kepentingan, antara lain :

- a. Indonesia memerlukan pendekatan komprehensif untuk mengatasi kebutuhan dan tantangan kesehatan yang dihadapi individu sejak bayi hingga usia lanjut
- b. Belajar dari COVID-19, Indonesia perlu membangun sistem dan kapasitas yang kuat untuk mencegah, mendeteksi, dan menanggapi wabah penyakit menular secara efektif, memastikan gangguan minimal terhadap masyarakat dan sistem pelayanan kesehatan
- c. Indonesia perlu memastikan akses yang tepat waktu dan mudah ke layanan yang memenuhi standar yang ditetapkan dan mendorong hasil yang positif, sekaligus meminimalkan hambatan finansial untuk perawatan
- d. Mengoptimalkan alokasi dan pemanfaatan sumber daya keuangan dalam sistem pelayanan kesehatan untuk mencapai hasil kesehatan yang lebih baik sekaligus meminimalkan pemborosan dan inefisiensi.

Selain itu, Badan Perencanaan Pembangunan Nasional atau Bappenas (2024) juga menyusun prioritas di bidang kesehatan, yaitu:

- a. Menjamin kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia untuk mewujudkan tujuan transformasi sosial dalam visi Indonesia Emas 2045
- b. Meningkatkan harapan hidup dan kualitas hidup seluruh penduduk Indonesia sebagai indikator keberhasilan sektor kesehatan

- c. Meningkatkan kesehatan fisik, kognitif, dan mental di semua tahap kehidupan Memiliki risiko penyakit, kematian dini, dan biaya perawatan kesehatan yang lebih rendah
 - d. Memanfaatkan peluang dalam pengembangan teknologi untuk lebih meningkatkan sistem kesehatan
- Lebih lanjut Bappenas merangkum lima (5) Tema Utama dalam prioritas kesehatan mendatang, yaitu :
- a. Populasi yang sehat dan produktif di semua tahap kehidupan
 - b. Ketahanan dan kesiapan menghadapi pandemi di masa mendatang
 - c. Aksesibilitas, ketersediaan, dan kualitas layanan kesehatan
 - d. Manajemen risiko dan optimalisasi pembiayaan
 - e. Sistem dan teknologi kesehatan

Berdasarkan kondisi global dan juga kondisi kesehatan Indonesia, selanjutnya Kementerian Kesehatan melakukan penataan sistem kesehatan Indonesia melalui transformasi kesehatan, sebagai bentuk implementasi kebijakan kesehatan global. Lahirnya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan merupakan pondasi penting dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Melalui undang-undang ini, semua regulasi diintegrasikan, sehingga tidak terjadi benturan kebijakan/ regulasi. Dalam undang-undang ini juga mengatur implementasi kebijakan kesehatan yang mengacu pada kebijakan global, dengan mencakup enam (6) pilar utama pembangunan kesehatan di Indonesia, yaitu :

- a. Transformasi layanan kesehatan primer. Transformasi ini berfokus pada peningkatan aktivitas promotif dan preventif di tingkat layanan primer, seperti Puskesmas dan Posyandu. Tujuannya adalah untuk mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

- b. Transformasi layanan kesehatan rujukan. Fokusnya adalah meningkatkan kualitas dan pemerataan layanan rujukan di seluruh Indonesia. Ini mencakup peningkatan akses dan mutu layanan di rumah sakit, baik di tingkat sekunder maupun tersier.
- c. Transformasi sistem ketahanan kesehatan. Tujuannya adalah untuk mempertahankan sistem kesehatan yang baik di tengah ancaman kesehatan global. Ini termasuk menjamin ketersediaan obat-obatan, alat kesehatan, dan tenaga kesehatan
- d. Transformasi sistem pembiayaan kesehatan Fokusnya adalah meningkatkan kemudahan dan kesetaraan akses layanan kesehatan, terutama bagi masyarakat kurang mampu. Ini mencakup menjamin ketersediaan, kecukupan, dan alokasi yang adil dari dana kesehatan.
- e. Transformasi sumber daya manusia kesehatan Fokusnya adalah memastikan pemerataan distribusi tenaga kesehatan di seluruh Indonesia, termasuk di daerah terpencil. Ini mencakup peningkatan kuota mahasiswa, beasiswa, dan kemudahan bagi tenaga kesehatan yang lulus dari luar negeri.
- f. Transformasi teknologi kesehatan. Fokusnya adalah memanfaatkan teknologi informasi dan bioteknologi untuk meningkatkan layanan kesehatan. Ini mencakup digitalisasi rekam medis, pengembangan aplikasi kesehatan, dan pemanfaatan teknologi telemedicine.

Undang-undang kesehatan ini selain berfungsi sebagai landasan untuk memformalkan komitmen, juga menetapkan aspek fundamental arsitektur sistem kesehatan, dan memfasilitasi kerjasama multisektor untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di Indonesia.

2. Kemitraan kesehatan global yang dilakukan Indonesia

Kerja sama global merupakan wujud dari kemitraan global, baik kerja sama multilateral (melibatkan banyak negara) maupun kerja sama bilateral (antara dua negara), sangat penting dalam mewujudkan kesehatan global. Kerja sama

multilateral, misalnya melalui WHO, memfasilitasi standarisasi prosedur kesehatan, pertukaran informasi, dan koordinasi respons terhadap pandemi. Kerja sama bilateral memungkinkan pengembangan program kesehatan spesifik yang disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing negara, seperti bantuan teknis atau transfer teknologi. Singkatnya, kedua jenis kerja sama ini saling melengkapi untuk mencapai tujuan kesehatan global yang lebih efektif dan efisien.

Kerja sama bilateral antara Indonesia dan negara mitra ditujukan untuk memberikan manfaat bersama dan mendorong kemajuan menuju peningkatan standar kesehatan baik di antara negara-negara yang saling menghormati maupun secara bilateral. Hingga saat ini, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah menetapkan 25 perjanjian, yang terdiri dari sepuluh Nota Kesepahaman (MoU), sepuluh Surat Pernyataan Kehendak (LoI), dua Deklarasi Bersama, satu Perjanjian Tata Kelola, satu Nota Kesepahaman (MoC), dan satu dokumen Kemitraan Keberlanjutan. Kemitraan yang terbentuk selama tahun 2024 melibatkan Amerika Serikat, Brasil, Tiongkok, Hong Kong, India, Jepang, Jerman, Kamboja, Papua Nugini, Prancis, Sudan, Swiss, Zimbabwe, Swedia, dan Uni Emirat Arab (Pusjak KGTK Kemenkes RI, 2024).

Gambar 1. Peta Mitra Global Bidang Kesehatan



Sumber ; Pusjak KGTK Kemenkes RI, 2024

Gambar di atas menjelaskan kerjasama global bidang kesehatan antara Indonesia dengan berbagai negara, dan sebagian besar kerjasama yang dilakukan terutama dalam area transformasi sistem ketahanan kesehatan dan transformasi SDM Kesehatan.

Lebih lanjut Kementerian Kesehatan (2024), menjelaskan bahwa Indonesia berpartisipasi aktif dalam kerja sama kesehatan regional dengan berbagai negara dan organisasi internasional untuk mengatasi tantangan bersama seperti kesiapsiagaan menghadapi pandemi, adaptasi perubahan iklim, dan penguatan sistem kesehatan. Kegiatan utama

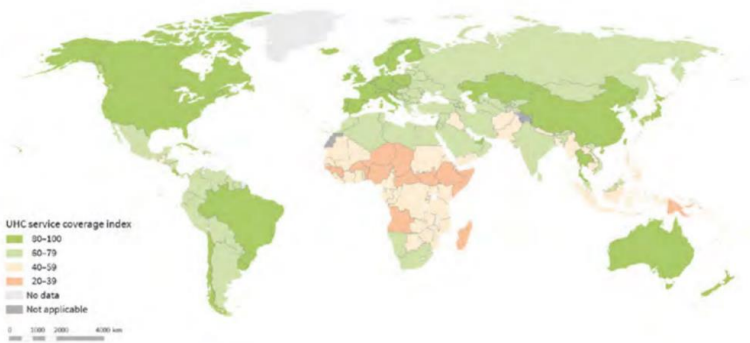
yang dilakukan meliputi forum-forum penting di tingkat Asia-Pasifik dan ASEAN. Sedangkan kerja sama multilateral telah memberikan kontribusi yang signifikan terhadap program pembangunan kesehatan dan sejalan dengan pilar transformasi kesehatan, meliputi:

- a. Pertukaran pengetahuan dan pengalaman di bidang kesehatan global.
- b. Akses terhadap pendanaan, hibah, investasi, dan peluang bisnis.
- c. Memperkuat posisi dan reputasi Indonesia di masyarakat internasional untuk memperkuat ketahanan kesehatan global

D. Indikator kesehatan global

Salah satu indikator yang digunakan dalam menilai capaian kesehatan global adalah indikator *Sustainable Development Goals (SDGs)* memiliki 17 tujuan. Tujuan ketiga (3) dari SDGs adalah Kehidupan Sehat dan Sejahtera (*Good Health and Well-being*), yang didalamnya memuat parameter kesehatan, antara lain ; gizi masyarakat, menurunkan angka kematian ibu dan anak, mencegah dan mengobati penyakit menular dan aspek lain, termasuk *Universal Health Coverage (UHC)*.

Berikut penulis sampaikan capaian UHC dari 110 negara berdasarkan dari analisis *World Health Organization (WHO)* dengan *The World Bank* (2023), bahwa sebagian besar negara-negara sudah mencapai UHC di atas 80 %, namun ada negara-negara yang capaiannya UHC dibawah 80 % termasuk Indonesia, seperti pada gambar di bawah ini.



Gambar 2. Pencapaian Universal Health Coverage

Sumber : WHO dan Word Bank (2023)

E. Tantangan dan upaya dalam kesehatan global

Hal penting lain dalam kesehatan global, adalah perlu diidentifikasi tantangan kedepan dalam kesehatan global. Menurut Lucero-Prisno III at all, (2024), terdapat 10 tantangan global sebagai berikut :

1. Penyakit menular dan keamanan kesehatan global, Penyakit menular, seperti COVID-19, flu burung, dan HIV/AIDS, dapat menyebar dengan cepat dan mengancam kesehatan global. Ancaman ini semakin nyata dengan meningkatnya perjalanan internasional dan perubahan iklim.
2. PTM & Kesenjangan Kesehatan: Tingginya angka penyakit tidak menular dan akses layanan kesehatan yang tidak merata, terutama di negara berkembang.
3. Krisis Iklim & Keberlanjutan: Dampak perubahan iklim terhadap kesehatan (panas ekstrem, penyakit menular), dan keterbatasan akses sumber daya alam yang sehat.
4. Kesehatan Mental: Meningkatnya angka gangguan kesehatan mental global, disertai stigma dan akses layanan yang terbatas.

5. Penyalahgunaan Zat Adiktif: Prevalensi penyalahgunaan narkoba dan alkohol yang tinggi, dengan konsekuensi kesehatan dan sosial yang serius.
6. Kesehatan Reproduksi & Seksual: Keterbatasan akses layanan kesehatan reproduksi berkualitas dan aman, khususnya bagi perempuan dan kelompok marginal.
7. Keamanan Pangan & Malnutrisi: Masalah kelaparan, kekurangan gizi, dan kelebihan nutrisi yang mempengaruhi kesehatan dan perkembangan, terutama anak-anak.
8. Teknologi Baru: Tantangan etika dan regulasi dalam penggunaan teknologi kesehatan, seperti data privasi dan akses yang adil.
9. Biaya Pelayanan Kesehatan: Tingginya biaya layanan kesehatan yang menjadi beban finansial bagi individu dan negara, serta perlunya perlindungan finansial.
10. Kolaborasi Global: Perlunya kerja sama internasional untuk mengatasi tantangan kesehatan global yang kompleks dan lintas batas.

Untuk menghadapi tantangan kesehatan global di atas, ada beberapa upaya yang perlu dilakukan, yaitu :

1. Meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan: memastikan semua orang memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, terjangkau, dan mudah dijangkau.
2. Memperkuat sistem kesehatan: membangun sistem kesehatan yang kuat dan tangguh untuk menghadapi pandemi, bencana alam, dan tantangan kesehatan lainnya.
3. Mempromosikan gaya hidup sehat: mendorong masyarakat untuk menerapkan gaya hidup sehat, seperti makan makanan bergizi, berolahraga secara teratur, dan menghindari kebiasaan buruk.
4. Meningkatkan investasi dalam penelitian dan inovasi: mendukung penelitian dan pengembangan teknologi baru untuk mengatasi penyakit menular dan tidak menular.

5. Memperkuat kerja sama global: meningkatkan kolaborasi antar negara untuk mengatasi tantangan kesehatan global, seperti pandemi dan perubahan iklim.

DAFTAR PUSTAKA

- Bappenas, 2024. RPJMN 2025-2029 (draft). Available at: <https://rpjmn.bappenas.go.id/dokumen> [Accessed 22 December 2024].
- Kementerian Kesehatan RI, 2024. Blueprint Global Partnership Strategy
- Lucero-Prisco III at all, 2024. Top 10 Public Health Challenges for 2024: Charting a New Direction for Global Health Security. <https://onlinelibrary.wiley.com/>. First published: 30 December 2024 <https://doi.org/10.1002/puh2.70022>
- Mahendradhata, Yudi, at. all, 2020. Kesehatan Gobal. UGM Press, 2020
- Milken Institute School of Public Health, 2025, Global Health Policy and Systems, <https://publichealth.gwu.edu/global-health-policy-and-systems-mpH>
- Richard, Skolnik, 2015. Global health 101. 3 rd ed. Burlington: Jones & Bartlett learning; 2015.p.293.
- United Nation, 2021. 2015-2030 Global Health Communities, https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM_2019/Global_Health_Commitments_2015-2030.pdf
- Pusat Kebijakan Kesehatan Global dan Teknologi Kesehatan (Pusjak KGTK) Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan – Kemenkes RI, 2024. Capaian MoU Kerja Sama Bilateral Bidang Kesehatan, October.
- World Health Organization, 2021. Perubahan Iklim dan Kesehatan Penilaian Kerentanan dan Adaptasi. ISBN 978-92-4-003638-3 (versi elektronik)
- World Health Organization, 2025. WHO's Executive Board discusses health topics of interest to all, <https://www.who.int/news/item/03-02-2025>
- World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2023. Tracking

universal health coverage: 2023 global monitoring report.
Geneva: (<https://iris.who.int/handle/10665/374059>).
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

BIODATA PENULIS



Dr. Drs Nana Mulyana, M.Kes lahir di Subang-Jabar, pada 21 Mei 1965. Menyelesaikan pendidikan S1 Fisip Uniga, S2 FKM UI, dan S3 FKM UI. Riwayat pekerjaan, Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (1991-1998), Ditjen Binkesmas kemenkes (1998-2022), Ditjen Yanmedik Kemenkes (2003-2009), Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan/Balitbangkes (2010-2011), Pusat Promkes Kemenkes (2012-2015), Kepala Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan Balitbangkes Kemenkes (2015-2017), Sekretaris Badan Litbangkes Kemenkes (2018-2021), Sekretaris Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kemenkes (2022-2023), Dosen Poltekes Kemenkes Jakarta III pada Program Studi Promosi Kesehatan (Januari 2024 sd sekarang). Selain itu sejak tahun 2010 sd sekarang, sebagai dosen tamu program S2 FKM UI, dan penguji Program S3 FKM UI, FIK UI dan S3 FK Universitas Andalas Program Studi IKM

BAB 11

Dampak Pandemi Terhadap Kebijakan Kesehatan

*Moudy Lombogia,S.Kep.Ns,M.Kep *

A. Pendahuluan

Pandemi tidak hanya menimbulkan tekanan pada sistem perawatan kesehatan, tetapi juga membuka pintu untuk pertimbangan tentang adaptabilitas dan keberlanjutan kebijakan tersebut di tengah ketidakpastian (Utoyo et al., 2023). Konteks analisis mendalam terhadap kebijakan kesehatan selama pandemi, perhatian khusus perlu difokuskan pada dampak jangka panjang yang timbul akibat implementasi kebijakan tersebut. Pandemi tidak hanya menimbulkan tekanan signifikan pada sistem perawatan kesehatan, tetapi juga menghadirkan tantangan terkait keberlanjutan dan adaptabilitas kebijakan di tengah ketidakpastian yang terus berlanjut (Sari, 2022). Pandemi dan penyebaran Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) yang telah dinyatakan oleh *World Health Organization (WHO)* sebagai Global Pandemic sejak tanggal 11 Maret 2020 dan ditetapkan sebagai kedaruratan kesehatan masyarakat berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) serta bencana nonalam berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Sebagai Bencana Nasional, sampai saat ini belum berakhir dan berdampak terhadap berbagai aspek termasuk aspek kesehatan, ekonomi, dan sosial yang luas di Indonesia (Perpres, 2021).

B. Konsep Pandemi

1. Pengertian

Pengertian pandemi menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) merupakan wabah yang berjangkit serempak di mana-mana atau meliputi geografi yang luas, (Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, 2016) sedangkan menurut WHO (*World Health Organization*) pandemi yaitu penyebaran penyakit baru ke seluruh dunia.

Pandemi merupakan salah satu keadaan dalam masalah kesehatan yang pada umumnya masalah penyakit dimana frekuensi penyebaran penyakit tersebut tinggi dalam waktu yang singkat (WHO,2021).

Artinya apabila di suatu wilayah terjangkit suatu penyakit, dan dalam waktu singkat penyakit tersebut mampu menyebar ke berbagai daerah maka keadaan tersebut dikatakan sebagai pandemi.

2. Faktor-faktor diberlakukan pandemi

Pandemi terjadi karena beberapa faktor sebagai berikut, antara lain:

- a. Peningkatan jumlah atau virulensi agen baru, sehingga dengan bertambahnya jumlah yang terkena virus hal tersebut mampu menjadi faktor terjadinya pandemi
- b. Informasi dan sifat lainnya dari agen baru ini belum terdeteksi atau berbeda dari yang pernah ada sebelumnya.
- c. Modus transmisi atau infeksi yang meningkat sehingga orang lain lebih rentan terpapar.

Artinya jika sebuah virus menginfeksi suatu populasi hingga melebihi kapasitas populasi tersebut maka akan sangat rentan menyebar, namun jika sebuah populasi tersebut memiliki imun yang baik dengan dilakukan vaksinasi atau infeksi alami, maka kemungkinan seorang individu terinfeksi virus tersebut kecil (Suprajitno. (2011).

3. Konsep Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan adalah serangkaian tindakan yang diambil oleh pemerintah atau lembaga terkait untuk mempromosikan, melindungi, dan meningkatkan

kesehatan masyarakat. Kebijakan ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan, mencegah penyakit, dan meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk. Pengertian kebijakan kesehatan dapat dilihat dari dua perspektif yang berbeda, yaitu perspektif makro dan mikro. Perspektif makro adalah kebijakan kesehatan merujuk pada keputusan-keputusan yang diambil oleh pemerintah dalam mengatur dan mengawasi sistem kesehatan nasional. Kebijakan ini mencakup berbagai hal, mulai dari penetapan standar pelayanan kesehatan, pengaturan biaya kesehatan, hingga pengembangan program-program kesehatan yang ditujukan untuk masyarakat umum.

Perspektif mikro adalah kebijakan kesehatan mengacu pada keputusan-keputusan yang diambil oleh pihak-pihak terkait di tingkat lokal atau regional. Misalnya, kebijakan kesehatan yang diambil oleh rumah sakit, klinik, atau lembaga pelayanan kesehatan lainnya. Kebijakan ini berkaitan dengan pengaturan pelayanan kesehatan, pengelolaan sumber daya, dan pengembangan program-program kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Kusnanto,2020). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan NOMOR HK.01.07/MENKES/382/2020 tentang Protokol Kesehatan bagi Masyarakat di Tempat dan Fasilitas bagi Masyarakat di Tempat dan Fasilitas Umum dalam rangka Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019 (Covid 19). Menetapkan berupa prinsip Umum dalam pencegahan dan pengendalian Covid 19. Protokol kesehatan secara umum harus memuat:

a. Perlindungan Kesehatan Individu

Prinsip pencegahan penularan COVID-19 pada individu dilakukan dengan menghindari masuknya virus melalui ketiga pintu masuk tersebut dengan beberapa tindakan, seperti:

- 1) Menggunakan alat pelindung diri berupa masker yang menutupi hidung dan mulut hingga dagu, jika harus keluar rumah atau berinteraksi dengan orang lain yang tidak diketahui status kesehatannya (yang mungkin dapat menularkan COVID-19). Apabila menggunakan masker kain, sebaiknya gunakan masker kain 3 lapis.
- 2) Membersihkan tangan secara teratur dengan cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir atau menggunakan cairan antiseptik berbasis alkohol/handsanitizer. Selalu menghindari menyentuh mata, hidung, dan mulut dengan tangan yang tidak bersih (yang mungkin terkontaminasi droplet yang mengandung virus).
- 3) Menjaga jarak minimal 1 meter dengan orang lain untuk menghindari terkena droplet dari orang yang bicara, batuk, atau bersin, serta menghindari kerumunan, keramaian, dan berdesakan. Jika tidak memungkinkan melakukan jaga jarak maka dapat dilakukan berbagai rekayasa administrasi dan teknis lainnya. Rekayasa administrasi dapat berupa pembatasan jumlah orang, pengaturan jadwal, dan sebagainya. Sedangkan rekayasa teknis antara lain dapat berupa pembuatan partisi, pengaturan jalur masuk dan keluar, dan lain sebagainya.
- 4) Meningkatkan daya tahan tubuh dengan menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti mengkonsumsi gizi seimbang, aktivitas fisik minimal 30 menit sehari dan istirahat yang cukup (minimal 7 jam), serta menghindari faktor risiko penyakit. Orang yang memiliki *komorbiditas*/penyakit penyerta/kondisi rentan seperti diabetes, hipertensi, gangguan paru, gangguan jantung, gangguan ginjal, kondisi *immunocompromised*/penyakit autoimun, kehamilan, lanjut usia, anak-anak, dan lain lain, harus lebih

berhati-hati dalam beraktifitas di tempat dan fasilitas umum.

b. Perlindungan Kesehatan Masyarakat.

1) Unsur pencegahan (*prevent*)

Kegiatan promosi kesehatan (*promote*) dilakukan melalui sosialisasi, edukasi, dan penggunaan berbagai media informasi untuk memberikan pengertian dan pemahaman bagi semua orang, serta keteladanan dari pimpinan, tokoh masyarakat, dan melalui media mainstream.

2) Kegiatan perlindungan (*protect*) antara lain dilakukan melalui penyediaan sarana cuci tangan pakai sabun yang mudah diakses dan memenuhi standar atau penyediaan *handsanitizer*, upaya penapisan kesehatan orang yang akan masuk ke tempat dan fasilitas umum, pengaturan jaga jarak, disinfeksi terhadap permukaan, ruangan, dan peralatan secara berkala, serta penegakkan kedisiplinan pada perilaku masyarakat yang berisiko dalam penularan dan tertularnya COVID-19 seperti berkerumun, tidak menggunakan masker, merokok di tempat dan fasilitas umum.

c. Unsur penemuan kasus (*detect*)

1) Fasilitasi dalam deteksi dini untuk mengantisipasi penyebaran COVID-19, yang dapat dilakukan melalui berkoordinasi dengan dinas kesehatan setempat atau fasilitas pelayanan kesehatan.

2) Melakukan pemantauan kondisi kesehatan (gejala demam, batuk, pilek, nyeri tenggorokan, dan/atau sesak nafas) terhadap semua orang yang ada di tempat dan fasilitas umum.

d. Unsur penanganan secara cepat dan efektif (*respond*)

Melakukan penanganan untuk mencegah terjadinya penyebaran yang lebih luas, antara lain berkoordinasi dengan dinas kesehatan setempat atau fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan pelacakan kontak erat, pemeriksaan *rapid test* atau *Real Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR)*, serta penanganan

lain sesuai kebutuhan. Terhadap penanganan bagi yang sakit atau meninggal di tempat dan fasilitas umum merujuk pada standar yang berlaku sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Permenkes, 2020).

4. Dampak Pandemi Terhadap Kebijakan

Pandemi yang terjadi di dunia terutama di Indonesia yaitu pandemi Covid-19 yang terjadi sekitar tahun 2019-2021, dimana asal mula wabah virus tersebut terdeteksi di Wuhan, China, kemudian menyebar dengan sangat cepat ke berbagai negara di dunia. Akibatnya banyak negara – negara yang mengalami pandemi ini harus siaga menangannya. Indonesia dalam memutuskan mata rantai penularan Covid-19, pemerintah menerapkan beberapa kebijakan serta dampaknya adalah :

- a. Kebijakan *Social Distancing* dan PSBB (Pembatasan Sosial Berskala Besar) : diterapkannya kebijakan tersebut diharapkan mampu mengurangi penyebaran Covid-19.
Deteksi dini dan isolasi : Jika seorang memenuhi kriteria suspek atau pernah berkontak langsung dengan individu yang positif Covid-19 harus segera berobat ke rumah sakit atau puskesmas yang mampu menangani. Selain itu bagi seseorang yang beresiko tinggi terinfeksi Covid-19 maka diharuskan untuk tidak melakukan aktivitas apapun dan berdiam di rumah selama 14 hari dan melakukan isolasi. Kemudian bagi seseorang yang risiko terinfeksi Covid-19 rendah, maka diharuskan selalu memantau suhu tubuh dan gejala pernafasan selama 14 hari. Bagi masyarakat umum deteksi dini dapat dilakukan dengan cara *social distancing* serta menerapkan protokol kesehatan dalam melakukan aktivitas apapun.

Pandemi Covid-19 menyebabkan gangguan pada rantai pasok global, dalam negeri, volatilitas pasar keuangan, guncangan permintaan konsumen dan dampak negatif di sektor-sektor utama seperti perjalanan dan pariwisata. Dampak wabah Covid-19 tidak diragukan lagi akan

terasa di seluruh rantai nilai pariwisata. Perusahaan kecil dan menengah diperkirakan akan sangat terpengaruh, (Sugihamretha, I.D.G, 2020). Dampak negative pariwisata dan penerbangan ditutup, mengakibatkan terjadi pengangguran.

- b. Pembatasan pergerakan, penggunaan masker, dan praktik kebersihan dapat efektif mengurangi tingkat infeksi dan meningkatkan kesadaran akan kesehatan masyarakat (Gunawan, 2023). Saat menggunakan masker bagian mulut dan hidung tertutup. Sehingga manfaatnya mampu meminimalisir penularan Covid-19, karena penularan Covid-19 bisa berasal dari pernafasan, terlebih jika ada seseorang yang memiliki gejala pada pernafasan dan batuk maka harus jaga jarak satu meter menggunakan masker. Kebiasaan menggunakan masker menjadi kebutuhan masyarakat dalam menghindari penularan penyakit dimasa Pandemi. Dampak negatif dengan meningkatnya kebutuhan masker, mengakibatkan melonjaknya harga masker, sehingga tidak terjangkau harga tersebut oleh masyarakat.
- c. Cuci tangan dengan sabun atau menggunakan *handsanitizer* : Upaya mudah yang dapat dilakukan yaitu cuci tangan secara rutin dengan alkohol atau sabun dan air, menjaga jarak dengan seseorang yang memiliki gejala batuk atau bersin, melakukan etika batuk atau bersin dengan cara menutup hidung dan mulut menggunakan lengan, berobat ketika memiliki keluhan yang sesuai kategori suspect. Dampak positif berupa kebiasaan pola hidup bersih mencuci tangan dalam aktifitas kontak dengan apapun.
- d. *Lockdown* : dampak signifikan terhadap aspek ekonomi dan sosial. Lockdown dan pembatasan aktivitas ekonomi dapat menyebabkan dampak ekonomi yang serius, termasuk pengangguran dan penurunan kondisi kesejahteraan masyarakat (Duffin, 2022).

- e. Kampanye Vaksinasi: kampanye vaksinasi sebagai langkah kunci dalam menangani pandemi. Kecepatan distribusi vaksin dan tingkat partisipasi masyarakat dalam vaksinasi memainkan peran krusial dalam mencapai kekebalan komunitas dan mengurangi angka kematian serta tingkat keparahan penyakit (Duffin, 2022). Kecepatan distribusi vaksin dan tingkat partisipasi masyarakat dalam vaksinasi memiliki dampak langsung pada mencapai kekebalan komunitas. Implementasi kebijakan vaksinasi yang efektif menjadi kunci untuk mengakhiri pandemi dan mencegah gelombang-gelombang infeksi yang lebih lanjut. Distribusi vaksin dan tingkat partisipasi masyarakat dalam vaksinasi memiliki dampak langsung pada mencapai kekebalan komunitas. Kenyataannya yang terjadi, vaksinasi yang tidak merata di seluruh dunia dan resistensi masyarakat terhadap vaksin (Djohan, 2021). Penolakan vaksinasi Covid 19 pada masyarakat tertentu masih dijumpai. Perlu ada pendekatan *holistic* (bio, psiko, sosio, spiritual dan kultural) yang mencakup dukungan komprehensif dan pemahaman masyarakat untuk menangani resistensi vaksin dan memastikan distribusi yang merata.
- f. Pembatasan sosial dan isolasi : Tantangan Kesejahteraan Mental: dampak psikologis dari kebijakan kesehatan masyarakat. Pembatasan sosial, isolasi, dan ketidakpastian dapat menyebabkan peningkatan tingkat kecemasan, depresi, dan stres mental di kalangan masyarakat. Oleh karena itu, penting untuk memasukkan aspek kesejahteraan mental dalam perumusan kebijakan kesehatan (Djohan, 2022). Isolasi bagi yang terkonfirmasi mengakibatkan dampak psikologis berupa ansietas pada orang tertentu, karena pemikiran yang negative dari masyarakat bahwa penyakitnya dapat menularkan ke mereka, dan

kurangnya penerimaan seseorang yang terkonfirmasi karena secara fisik merasa sehat, tetapi diharuskan untuk tidak kontak dengan keluarga dan masyarakat, yang berdampak pada depresi sehingga membutuhkan bimbingan psikolog maupun bimbingan spiritual dari tokoh agama.

- g. Peran Komunikasi Efektif: Informasi yang jelas, terpercaya, dan mudah dipahami oleh masyarakat dapat meningkatkan kepatuhan terhadap kebijakan dan meningkatkan kesadaran akan pentingnya kesehatan masyarakat (Stefvy & Robin, 2022). Komunikasi efektif dibutuhkan Ketika terjadi penolakan dari Masyarakat akan pemberlakuan kebijakan pemerintah tentang ditetapkannya Pandemi. Komunikasi dari berbagai lini dengan melibatkan tokoh agama dan tokoh Masyarakat. Edukasi tentang pemberlakuan kebijakan-kebijakan pemerintah pada masa Pandemi sangatlah penting. Dampak positif dari komunikasi yang efektif, masyarakat secara sadar, ikhlas tanpa paksaan menjalankan kebijakan pemerintah.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa. (2016). *Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)* Edisi Keempat. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.
- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making Health Policy*. McGraw-Hill Education.
- Djohan, D. (2022). *Tantangan Kesejahteraan Mental: Kebijakan Kesehatan dan Dampaknya Terhadap Psikologi Masyarakat*. *Jurnal Kesehatan Publik Indonesia*, 10(3), 245–258.
- Duffin, J. (2022). *COVID-19: A History (Canadian Essentials)*.
- Dunn, W. N. (2018). *Public Policy Analysis: An Introduction*. Routledge.
- Gunawan, E. (2023). *Liquidity Ratio Analysis in Financing Short Term Liabilities*. *International Journal of Health, Economics, and Social Sciences (IJHESS)*, 5(2), 157–162.
- Kusnanto, H. (2000). *Kebijakan Publik dan Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Peraturan Menteri Kesehatan, (2020), Protokol Kesehatan bagi Masyarakat di Tempat dan Fasilitas bagi Masyarakat di Tempat dan Fasilitas Umum dalam rangka Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019 (Covid 19).
- Peraturan Presiden (2021), Penetapan Status Faktual Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Di Indonesia
- Rina Tri Handayani, "Pandemi Covid-19, Respon Imun Tubuh, dan Herd Immunity", *Jurnal Ilmiah: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*
- Ristyawati, A. (2020). "Efektifitas Kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Masa Pandemi Corona Virus 2019 oleh Pemerintah Sesuai Amanat UUD NKRI Tahun 1945", *Administrative Law & Governance Journal*, Vol. 3, Issue 2, June 2020, hlm. 241.
- Sugihamretha, I.D.G, (2020) "Respon Kebijakan: Mitigasi Dampak Wabah Covid-19 Pada Sektor Pariwisata", *The Indonesian Journal of Development Planning*, Vol. IV No. 2, Juni 2020, hlm. 192.

- Stefvy, A., & Robin, B. (2022). *Peran Komunikasi dalam Kebijakan Kesehatan Publik: Studi Kasus Pandemi*. Jakarta: Penerbit Nusantara.
- Suprajitno. (2011). *Epidemiologi untuk Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Graha Ilmu.
- WHO. (2021). *Health Policy*. Retrieved from <https://www.who.int>.

BIODATA PENULIS



Moudy Lombogia, S.Kep.Ns, M.Kep

Lahir di Tomohon pada 26 Januari 1970 Riwayat Pendidikan Sebagai berikut : Sekolah Perawat Kesehatan Manado Lulus 1988, Akademi Keperawatan Manado lulus 2000, S1 Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Lulus 2005, S2 Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanudin Makasar Lulus 2013. Pernah menjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Sariputra Indonesia Tomohon 2007-2011, menjadi pegawai sejak 1988 dan sejak 2006 Dosen Poltekkes Kemenkes Manado. Riwayat menulis buku yaitu : Sebagai penulis Utama pada Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Konsep, Teori dan Modul Praktikum) pada 2017. Aktif dalam menulis Book Chapter dan Buku Ajar.

BAB 12

Strategi Pencegahan Penyakit

Ns. Neiliel Fitriana Anies, M.Kep

A. Pendahuluan

Menyongsong Indonesia emas pada tahun 2045 menjadi salah satu visi utama Indonesia saat ini. visi tersebut dapat dicapai dengan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat melalui pencegahan penyakit. Upaya menyehatkan masyarakat bukan hanya berfokus pada penyembuhan penyakit, tetapi lebih kepada strategi pencegahan.

Sustainable Development Goals (SDGs) adalah pelaksanaan pembangunan yang berkelanjutan menekankan pentingnya mencapai cakupan kesehatan universal, yang berarti memastikan bahwa semua orang dan komunitas dapat menggunakan layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif yang mereka butuhkan, dengan kualitas yang memadai agar efektif, sekaligus memastikan bahwa penggunaan layanan tersebut tidak menyebabkan kesulitan keuangan bagi penggunanya (WHO, 2018).

Pendekatan kesehatan masyarakat perlu bergeser dari pengobatan menuju perawatan primer, imunisasi, dan pemeriksaan kesehatan secara berkala. pencegahan adalah kunci utama. Negara dengan biaya kesehatan rendah dan harapan hidup tinggi selalu mengutamakan langkah preventif. Langkah ini menurutnya merupakan bagian dari strategi jangka panjang untuk menciptakan masyarakat sehat sebagai fondasi mencapai Indonesia Emas pada 2045.

B. Kebijakan dan Strategi Utama Pencegahan Penyakit

1. Kebijakan dan Strategi Pencegahan Penyakit Tidak Menular

Secara umum faktor risiko penyakit tidak menular dibagi dalam tiga kelompok, yakni

a. Faktor Metabolik

Terjadi peningkatan penyakit metabolik seperti hipertensi, gangguan kadar gula darah, dan obesitas. Prevalensi hipertensi dari 25,8% pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 34,1% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Prevalensi diabetes melitus penduduk umur 15 tahun ke atas telah terjadi kenaikan dari 6,9% tahun 2013 menjadi 8,5% pada tahun 2018 (Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2018). Bahkan prevalensi diabetes tahun 2018 adalah 10,9%. Ini menunjukkan kecenderungan penyakit diabetes akan naik terus secara tajam apabila pengendaliannya tidak dilakukan secara serius.

Obesitas merupakan salah satu faktor risiko penyakit tidak menular lain yang mendorong munculnya faktor metabolik (penyakit jantung, diabetes, kanker, hipertensi, dislipidemia). Prevalensi obesitas (Indeks masa tubuh ≥ 27) meningkat dari 15,4% pada tahun 2013 menjadi 21,8% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Hal ini sejalan dengan peningkatan proporsi obesitas sentral dari 26,6% di tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 31% di tahun 2018 (Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2018).

b. Faktor Perilaku

Faktor perilaku meliputi perilaku diet, merokok, risiko kesehatan kerja, kurang aktivitas fisik, konsumsi alkohol. Pola makan tidak sehat berkontribusi pada terjadinya PTM. Makanan tinggi gula, garam, dan lemak dan rendah serat merupakan kontributor terjadinya PTM.

Hasil Survei Konsumsi Makanan Individu tahun 2016, secara nasional penduduk Indonesia

mengonsumsi gula kategori berisiko (>50 gram per orang per hari) sebesar 4,8 persen, serta mengasup natrium dan lemak kategori berisiko (> 2.000 mg dan - 14 - 67 g) masing-masing sebesar 18,3 persen dan 26,5 persen. Proporsi penduduk kurang konsumsi sayur dan buah telah meningkat dari 93,5% pada tahun 2013 menjadi 95,5% pada tahun 2018 (Risikesdas 2018).

Hal ini mengindikasikan bahwa diet orang Indonesia berisiko untuk timbulnya penyakit tidak menular. Untuk memperbaiki pola diet, perlu ditingkatkan upaya edukasi kepada masyarakat dan aksi lintas sektor. Dianjurkan konsumsi Gula, Garam, Lemak (GGL) per hari tidak lebih dari 4 sendok makan gula, 1 sendok teh garam, dan 5 sendok makan lemak. Perlu dukungan aksi lintas sektor terkait labelisasi makanan tinggi gula, garam, dan lemak, termasuk pengenaan pajak khusus.

Merokok adalah faktor risiko keempat yang berkontribusi terhadap DALYs lost. Prevalensi perokok pada remaja (usia 10-18 tahun) telah naik dari 7,2% pada tahun 2013 (Risikesdas 2013) menjadi 9,1% pada tahun 2018 (Risikesdas 2018). Prevalensi perokok lebih tinggi pada penduduk miskin, tinggal di perdesaan, dan kelompok usia yang lebih tua. Harus diwaspadai penggunaan rokok elektrik pada remaja, karena uap rokok elektrik mengandung zat-zat toksik yang berbahaya untuk kesehatan. Sebagai upaya menurunkan prevalensi perokok, termasuk perokok pemula (remaja), perlu dilakukan upaya 1) mengadopsi Konvensi Kerangka Kerja WHO tentang Pengendalian Tembakau, 2) menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), 3) program stop merokok (quit smoking), 4) menaikkan cukai dan harga rokok (pemberlakuan sin tax), dan 5) pelarangan iklan, promosi dan sponsor rokok.

Faktor risiko lain terkait penyakit tidak menular adalah kurang aktivitas fisik. Telah terjadi peningkatan proporsi kurang aktivitas fisik pada penduduk umur ≥ 10 tahun dari 26,1% tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 33,5% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Dengan kemajuan ekonomi, teknologi, dan transportasi, maka kehidupan masyarakat cenderung sedentary (kurang gerak).

Hasil penelitian (Salsabila et al., 2024) menjelaskan bahwa pemerintah telah melahirkan kebijakan mencakup program edukasi masyarakat tentang faktor risiko seperti merokok dan pola makan, skrining dini hipertensi dan diabetes, serta promosi aktivitas fisik. Penanganan difokuskan pada peningkatan akses layanan kesehatan darurat, penyediaan stroke unit di rumah sakit, pelatihan tenaga medis, implementasi pedoman klinis, dan program rehabilitasi pasca-stroke. Walaupun demikian masih ada beberapa tantangan meliputi keterbatasan sumber daya manusia dan fasilitas kesehatan, distribusi layanan yang tidak merata, serta kurangnya kesadaran masyarakat tentang pencegahan dan penanganan stroke.

c. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan meliputi polusi udara, kekerasan, kemiskinan. Kondisi cedera sebagai bagian dari PTM juga harus mendapatkan perhatian. Rumah dan lingkungannya merupakan lokasi terjadinya cedera terbanyak, yakni 44,7%, disusul kemudian di jalan raya (31,4%) dan tempat bekerja (9,1%) (Riskesdas 2018). Berdasarkan Sample Registration System (SRS) tahun 2014, kecelakaan lalu lintas menempati urutan ke-8 penyebab kematian di Indonesia, dan merupakan penyebab utama kematian pada usia 4 – 14 tahun.

Melihat semakin mengkhawatirkannya faktor risiko penyakit tidak menular, khususnya faktor metabolik dan faktor perilaku, maka diperlukan upaya-

upaya strategis diantaranya peningkatan upaya promotif dan preventif serta edukasi kepada masyarakat terkait pencegahan faktor risiko, peningkatan skrining dan deteksi dini PTM di semua puskesmas, jejaring dan jaringannya (pendekatan PIS-PK), penguatan upaya pemberdayaan masyarakat terkait pengendalian penyakit tidak menular (penguatan posbindu, pos UKK), perbaikan mutu pelayanan melalui penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai garda depan (gate keeper) dan sistem rujukan antara FKTP dan FKRTL dan peningkatan aksi multisektoral terkait Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS).

Menurut (Kemenkes, 2018) Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) difokuskan pada himbauan masyarakat melakukan aktivitas fisik, mengonsumsi sayur dan buah, dan memeriksakan kesehatan secara berkala. Melalui GERMAS, diharapkan agar kerjasama antar sektor dan lintas program menjadi katalisator bagi masyarakat untuk mampu berperilaku hidup sehat, yang pada akhirnya dapat membentuk sumber daya manusia Indonesia yang unggul sehingga menjadi pondasi bangsa Indonesia yang kuat. Dalam kehidupan sehari-hari, menerapkan pola hidup yang sehat merupakan salah satu wujud dari revolusi mental. Melalui GERMAS, pemerintah khususnya Kemenkes mengajak masyarakat untuk mengubah kebiasaan-kebiasaan yang tidak sehat, menjadi mau melakukan langkah kecil perubahan pola hidup ke arah yang lebih sehat.

2. Kebijakan dan Strategi Pencegahan Penyakit Menular

Kebutuhan untuk mengendalikan faktor risiko utama untuk menurunkan beban penyakit menular harus dipantau melalui pengawasan atau surveilans yang efektif secara rutin dan terkoordinasi. Tiga penyakit menular yang perlu menjadi perhatian khusus adalah tuberkulosis, HIV/AIDS

dan malaria, selain penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Perhatian khusus juga ditujukan untuk penyakit-penyakit infeksi baru yang menyebabkan kedaruratan kesehatan masyarakat, serta penyakit-penyakit tropis terabaikan (*neglected tropical diseases*).

a. Tuberkulosis

Indonesia merupakan salah satu dari lima negara dengan jumlah kasus TBC terbesar di dunia. Jumlah kasus TBC di dunia sebesar 56% berada di lima negara, yakni India, China, Indonesia, Filipina dan Pakistan (WHO, 2019). Berdasarkan hasil Studi Inventori TB Tahun 2017, insiden TBC di Indonesia adalah 319 per 100.000 penduduk, atau setara sekitar 842.000 kasus.

Dengan demikian untuk memperbaiki program penanggulangan TBC pada dasarnya mencakup tiga hal, yakni:

- 1) Meningkatkan cakupan deteksi kasus kelompok risiko (individu kontak dengan penderita, pasien HIV/ADS, pasien diabetes, perokok, penjara, hunian padat).
- 2) Memperkuat Sistem Informasi TB Terpadu (SITT) dengan mensinergikan puskesmas, rumah sakit (pemerintah dan swasta), klinik, dan dokter praktik mandiri. Ini diperlukan tata kelola yang kuat oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.
- 3) Meningkatkan cakupan penemuan kasus dan pengobatan pada MDR TB.

b. HIV/AIDS

Indonesia mengalami peningkatan kasus infeksi HIV baru dengan estimasi 630.000 orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Sekalipun selama ini telah dilakukan perluasan akses pelayanan HIV dan pengobatan ARV pada ODHA untuk memperpanjang hidup dan membatasi penularan selanjutnya, data tahun 2017 menunjukkan hanya 42% ODHA yang mengetahui statusnya dan hanya 14% ODHA yang menerima ARV.

Provinsi Papua Barat dan Papua memiliki kasus HIV tertinggi dibandingkan provinsi lainnya, yaitu hampir 8 sampai 15 kali lebih besar dibanding angka nasional.

Untuk mencegah meningkatnya prevalensi HIV, maka pendekatannya adalah:

- 1) Edukasi kepada kelompok risiko terkait pencegahan (seks aman, penggunaan jarum suntik aman pada penasun),
- 2) Penyediaan sarana test HIV di fasyankes
- 3) Peningkatan penemuan kasus pada kelompok risiko tinggi (pekerja seksual, penasun, waria)
- 4) Pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi. Salah satu upaya yang dilakukan adalah skrining HIV pada semua ibu hamil saat kontak pertama kali dengan tenaga kesehatan. Dengan skrining ibu hamil sedini mungkin diharapkan dapat terjaring kasus lebih awal, sehingga dapat dilakukan tata laksana untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayinya. (Purba handayani, Simamora, Amir, Mubarak, Sinaga, 2021)

c. Malaria

Kendala dari eliminasi malaria adalah status sosial ekonomi yang rendah, karakteristik geografis (daerah yang sulit dijangkau, hutan, pertambangan dan area penebangan), SDM yang kurang terlatih, dan kekurangan alat Rapid Test (RDT). Untuk peningkatan percepatan eliminasi malaria, maka perlu peningkatan pendekatan *EDAT (Early Diagnosis and Treatment)*, dengan melakukan peningkatan kapasitas SDM, pembentukan kader malaria desa untuk deteksi kasus, penyediaan RDT dan obat, serta peningkatan surveilans.

3. Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi

Berdasarkan data Riskesdas, cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) pada tahun 2013 baru mencapai 59,2% dan pada tahun 2018 sedikit turun menjadi 57,9%. Provinsi-provinsi yang menunjukkan penurunan terbesar adalah

Gorontalo (19%), Aceh (18,8%) dan Riau (17,8%). Rendahnya cakupan imunisasi ini menyebabkan munculnya beberapa penyakit PD3I, seperti campak, difteri dan polio.

Perbaikan program imunisasi dilakukan melalui dua pendekatan, yakni:

- a. Meningkatkan cakupan imunisasi melalui peningkatan kegiatan luar gedung dan perbaikan pencatatan/monitoring (penggunaan PWS imunisasi), untuk mencapai *Universal Child Immunization (UCI)* pada seluruh kabupaten/kota sampai level desa/kelurahan
- b. Peningkatan mutu imunisasi melalui perbaikan rantai dingin (*cold chain*) dan peningkatan kapasitas SDM imunisasi.

4. Penyakit Tropis Terabaikan (*Neglected Tropical Diseases*)

Beberapa penyakit tropis terabaikan masih menjadi masalah di Indonesia, yaitu filariasis, kusta, frambusia dan schistosomiasis. Penyakit-penyakit ini menjadi target yang harus diselesaikan. Filariasis, yang dikenal sebagai penyakit kaki gajah masih endemis di 236 kabupaten/kota di Indonesia. Pada semester I tahun 2019 terdapat 23 kabupaten/kota telah menerima sertifikat eliminasi filariasis dari Menteri Kesehatan.

a. Filariasis

Upaya eliminasi filariasis dilaksanakan secara terpadu dengan dua pilar utama strategi penanggulangan, yaitu:

- 1) Memutus rantai penularan filariasis melalui Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM)
- 2) Mencegah dan membatasi kecacatan melalui penatalaksanaan kasus kronis filariasis.

b. Demam Keong (Schistosomiasis)

Upaya pengendalian penyakit ini telah berjalan selama 35 tahun namun belum mampu melakukan eradikasi. Untuk eradikasi schistosomiasis, Kementerian Kesehatan bersama Bappenas telah menyusun peta jalan eradikasi schistosomiasis dengan pendekatan manajemen lingkungan terpadu untuk memberantas

keong (*Oncomelania hupensis*) dengan melibatkan lintas sektor dan seluruh pemangku kepentingan, melakukan pengobatan masal untuk memutus rantai penularan, dan melakukan surveilans melalui pemeriksaan telur di tinja. Sebagai upaya untuk mempercepat eradikasi, maka peta jalan yang telah disusun harus secara konsisten dilaksanakan, dengan disertai penguatan pemberdayaan masyarakat.

c. Kusta

Dalam upaya penanggulangan dan mencapai eliminasi kusta di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota serta eradikasi frambusia yang dilaksanakan secara terpadu dan menyeluruh, maka diperlukan peningkatan upaya promosi kesehatan, surveilans yang meliputi penemuan dini kasus baru dan pelacakan kontak, pemberian obat pencegahan, dan pengobatan termasuk perawatan diri untuk mencegah disabilitas

d. Frambusia

Pada kasus penyakit frambusia, pendekatan yang dilakukan harus komprehensif, yakni promotif-preventif (perbaikan ekonomi, akses air bersih dan sanitasi), deteksi dini kasus, dan pengobatan yang optimal.

5. Strategis Pemerintah terkait Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P)

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (RI, 2020) Tujuan strategis pemerintah dalam kegiatan peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan masyarakat. Indikator yang akan dicapai adalah:

- a. Tercapainya insidensi HIV sebesar 0,18 per 1.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV
- b. Tercapainya insidensi TB sebesar 190 per 100.000 penduduk.
- c. Tercapainya eliminasi malaria di 405 Kab/Kota
- d. Menurunnya persentase merokok penduduk usia 10-18 tahun dari 9,1% menjadi 8,7%

- e. Tercapainya prevalensi obesitas pada penduduk umur >18 tahun sebesar 21,8%
- f. Meningkatnya imunisasi dasar lengkap pada anak usia 12-23 bulan dari 57,9% menjadi 90%.

Terselenggaranya pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan masyarakat secara berhasil-guna dan berdaya-guna dalam mendukung pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan melalui:

- a. Pelaksanaan Surveilans Karantina Kesehatan.
- b. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor Zoonotik.
- c. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung.
- d. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular.
- e. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA.
- f. Pelaksanaan Dukungan Pelayanan Kekarantina di Pintu Masuk Negara dan Wilayah.
- g. Pelaksanaan Dukungan Pelayanan Surveilans dan Laboratorium Kesehatan Masyarakat Untuk Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
- h. Pelaksanaan Dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada Program P2P

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes. (2018). Buku Panduan GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat). *Warta Kesmas*, 1(kesehatan masyarakat), 48.
<http://www.kesmas.kemkes.go.id/>
- Purba handayani, Simamora, Amir, Mubarak, Sinaga. (2021). FullBook Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). In *Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)*.
- RI, D. P. K. (2020). *Program Action Plan 2020-2024 Directorate General of disease control and prevention*. 1–66.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf. In *Lembaga Penerbit Balitbangkes* (p. hal 156).
<https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/epri nt/3514/1/Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf>
- Salsabila, M., Susanti, N., Sabilla, N. N., Irene, H., Hulu, N., Studi, P., Kesehatan, I., Masyarakat, F. K., Islam, U., Utara, N. S., Medan, K., & Utara, P. S. (2024). *Analisis Kebijakan Kesehatan tentang Pencegahan dan Penanganan Stroke di Indonesia*. 3(2), 931–938.
- WHO. (2018). Handbook for National Quality Policy and Strategy. In *Who*.
http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/n qps_handbook/en/%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstre am/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?ua=1

BIODATA PENULIS



Ns. Neiliel Fitriana Anies, M.Kep lahir di Aceh, pada 7 Februari 1989, menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Keperawatan pada tahun 2012 di Universitas Syiah Kuala Banda Aceh dan Magister Keperawatan pada tahun 2017 di Universitas Sumatera Utara, Medan. Ia tercatat sebagai dosen di Akper Kesdam Iskandar Muda Banda Aceh sejak tahun 2019 sampai dengan sekarang.

BAB 13

Promosi Kesehatan Sebagai Bagian Dari Kebijakan Kesehatan

Rahma Trisnaningsih, SKM., M.P.H

A. Pendahuluan

Promosi kesehatan merupakan bagian integral dari kebijakan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan kapasitas individu serta masyarakat dalam mengelola kesehatan mereka. Dalam era globalisasi dan perubahan demografi yang pesat, strategi promosi kesehatan menjadi semakin penting untuk mengatasi tantangan kesehatan, termasuk meningkatnya penyakit tidak menular, ketimpangan akses layanan kesehatan, serta faktor sosial dan lingkungan yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat.

Promosi kesehatan merupakan strategi utama dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sebagai bagian dari kebijakan kesehatan, promosi kesehatan bertujuan untuk mendorong individu dan komunitas agar mengadopsi perilaku sehat serta menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan. Dalam konteks global, berbagai organisasi internasional seperti WHO telah mengakui pentingnya promosi kesehatan sebagai pendekatan preventif yang lebih efektif dibandingkan dengan pendekatan kuratif (WHO, 2020).

Di Indonesia, promosi kesehatan telah dimasukkan dalam berbagai kebijakan nasional, termasuk dalam Undang-Undang Kesehatan dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Namun, tantangan dalam implementasi kebijakan ini masih cukup besar, terutama terkait dengan keterbatasan sumber daya, koordinasi lintas sektor, serta

tingkat literasi kesehatan masyarakat yang masih rendah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022).

B. Strategi Implementasi Promosi Kesehatan dalam kebijakan Kesehatan

1. Pendekatan Berbasis Masyarakat

Menurut Green dan Kreuter (2005) keberhasilan Promosi Kesehatan tidak hanya bergantung pada pengetahuan individu tetapi juga pada struktur sosial dan kebijakan yang mendukung, oleh karena itu Promosi Kesehatan memerlukan pendekatan interdisipliner dan kolaboratif untuk mencapai dampak yang luas dan berkelanjutan (Zaman and Abdullah, 2024) Pendekatan berbasis masyarakat merupakan strategi penting dalam promosi kesehatan karena menempatkan masyarakat sebagai subjek utama dalam proses peningkatan kesehatan. Dalam pendekatan ini, masyarakat dilibatkan secara aktif dalam perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi program kesehatan yang berkaitan langsung dengan kebutuhan dan permasalahan mereka sendiri.

Tujuan utama dari pendekatan ini adalah memberdayakan masyarakat agar mampu mengambil keputusan dan tindakan yang mendukung kesehatan diri dan lingkungannya. Proses ini biasanya melalui beberapa tahapan seperti identifikasi masalah kesehatan di komunitas, penggalangan potensi dan sumber daya lokal, hingga pelaksanaan kegiatan yang bersifat partisipatif.

Bentuk nyata dari pendekatan ini di Indonesia antara lain adalah:

- a. Pembentukan Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu): Melibatkan kader kesehatan dari masyarakat setempat dalam memberikan layanan kesehatan dasar, seperti imunisasi dan pemantauan tumbuh kembang anak.
- b. Program Desa Siaga dan Kampung KB: Mendorong komunitas desa agar tanggap terhadap masalah kesehatan dan gizi dengan melibatkan tokoh masyarakat dan lintas sektor.

- c. Program UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat): Seperti Posbindu PTM, PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat), dan program sanitasi berbasis masyarakat. Keberhasilan pendekatan berbasis masyarakat sangat dipengaruhi oleh komitmen bersama antara masyarakat, tenaga kesehatan, dan dukungan kebijakan dari pemerintah. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat harus disertai dengan pelatihan, fasilitasi, serta pembinaan secara berkelanjutan.

2. Advokasi Kebijakan Kesehatan

Tujuan kebijakan publik berwawasan kesehatan adalah adanya keterlibatan pemerintah sebanyak mungkin di seluruh ruang lingkup pembangunan kesehatan. Pengembangan dan pengambilan kebijakan harus dipertimbangkan dan pengambilan kebijakan harus dipertimbangkan melalui proses berulang untuk melihat apakah kebijakan mampu memberikan dampak terhadap perubahan perilaku di berbagai tatanan. Kebijakan yang dihasilkan harus disosialisasikan ke masyarakat agar memberikan hasil. Implementasi kebijakan tentunya harus disertai dengan lingkungan yang mendukung kesehatan, baik lingkungan fisik, sosial-ekonomi, dan politik (Rosdiana, 2022). Advokasi kebijakan kesehatan merupakan proses mempengaruhi pembuat kebijakan, pemimpin masyarakat, dan pemangku kepentingan lainnya agar mendukung dan mengadopsi kebijakan yang berpihak pada upaya peningkatan kesehatan masyarakat. Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi menjadi alat strategis untuk menciptakan perubahan struktural dan sistemik yang dibutuhkan agar lingkungan lebih kondusif terhadap praktik hidup sehat. Tujuan Advokasi:

- a. Mengedukasi para pembuat kebijakan tentang isu kesehatan yang penting.
- b. Mendorong pengesahan regulasi dan kebijakan baru yang mendukung promosi kesehatan.

- c. Menolak atau merevisi kebijakan yang berpotensi merugikan kesehatan masyarakat.

Strategi advokasi merupakan pendekatan terencana dan sistematis yang digunakan untuk mempengaruhi kebijakan, program, atau praktik guna menciptakan perubahan sosial yang positif. Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung perilaku sehat melalui perubahan kebijakan, peningkatan anggaran, atau penguatan komitmen pemangku kepentingan. Langkah-langkah strategi dapat dilakukan dengan cara diantaranya:

- a. Pemetaan Stakeholder: Mengidentifikasi aktor kunci yang memiliki pengaruh dalam pembuatan kebijakan.
- b. Pengumpulan Data dan Bukti: Menyediakan data ilmiah dan studi kasus yang mendukung kebutuhan akan perubahan kebijakan.
- c. Kemitraan dan Aliansi: Membangun jaringan dengan organisasi masyarakat sipil, akademisi, dan media.
- d. Kampanye Media dan Opini Publik: Menggunakan media massa dan media sosial untuk menyuarakan isu dan menarik perhatian publik.
- e. Dialog dan Lobi: Melakukan pendekatan langsung kepada pengambil keputusan melalui pertemuan formal dan informal.

Advokasi yang efektif tidak hanya bergantung pada kekuatan argumen, tetapi juga pada kemampuan membangun hubungan strategis, memahami proses politik, dan memperjuangkan isu kesehatan secara konsisten. Dalam promosi kesehatan, advokasi bukan sekadar menyuarakan aspirasi, tetapi merupakan bagian integral dari proses perubahan sosial dan kebijakan.

Contoh Advokasi dalam Promosi Kesehatan:

- a. Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR): Hasil dari upaya advokasi yang kuat dari berbagai organisasi kesehatan masyarakat.

- b. Label Gizi pada Makanan Kemasan: Merupakan hasil advokasi untuk transparansi informasi kepada konsumen.
- c. Anggaran Dana Desa untuk Kesehatan: Advokasi kepada pemerintah desa agar mengalokasikan dana untuk kegiatan promotif-preventif.

Secara sederhana, advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan para penentu kebijakan atau para pembuat keputusan sedemikian rupa sehingga mereka memberikan dukungan baik kebijakan, fasilitas dan dana terhadap program ditawarkan. Meyakinkan para pejabat terhadap pentingnya program kesehatan tidaklah mudah, memerlukan argumentasi-argumentasi yang kuat. Dengan kata lain, berhasil tidaknya advokasi tergantung pada kuat atau tidaknya kita menyiapkan argumentasi. Ada beberapa hal dapat memperkuat argumentasi dalam melakukan kegiatan advokasi, antara lain:

- a. Kredibilitas (creadibile) Kredibilitas (creadibile) adalah suatu sifat pada seseorang atau institusi yang menyebabkan orang atau pihak lain, mempercayainya atau meyakinkannya.
- b. Layak, artinya program yang diajukan baik secara teknik, polituk, maupun ekonomi dimungkinkan untuk dilaksanakan
- c. Relevan, artinya program kesehatan mencakup dua kriteria yaitu memenuhi kebutuhan masyarakat dan menjadi solusi untuk masalah kesehatan yang dirasakan masyarakat
- d. Mendesak, artinya program yang idajukan mempunyai urgensi yang tinggi harus segera dilaksanakan jika tidak dilaksanakan akan menimbulkan masalah di masyarakat
- e. Prioritas utama, artinya program kesehatan yang dilakukan menjadi atau mempunyai prioritas untuk segera dilaksanakan (Fertman, C. I., & Allensworth, 2022).

3. Penguatan sistim kesehatan

Penguatan sistem kesehatan adalah elemen penting dalam promosi kesehatan yang bertujuan untuk menciptakan sistem yang tangguh, responsif, dan berkelanjutan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat. Penguatan ini mencakup berbagai aspek yang saling terkait dalam sistem kesehatan nasional. Beberapa aspek utama dalam penguatan sistem kesehatan antara lain:

- a. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan: Meliputi pelatihan, pendidikan berkelanjutan, dan distribusi tenaga kesehatan yang merata, khususnya di daerah terpencil. Promosi kesehatan yang efektif memerlukan tenaga kesehatan yang tidak hanya terampil secara klinis tetapi juga kompeten dalam komunikasi, penyuluhan, dan pemberdayaan masyarakat.
- b. Akses terhadap layanan kesehatan: Meningkatkan ketersediaan, keterjangkauan, dan aksesibilitas layanan kesehatan dasar bagi semua lapisan masyarakat. Hal ini mencakup pembukaan layanan kesehatan primer, puskesmas keliling, dan program jaminan kesehatan nasional seperti JKN.
- c. Sistem informasi kesehatan: Penguatan sistem pencatatan dan pelaporan kesehatan yang berbasis data dan teknologi informasi. Data yang akurat sangat penting untuk perencanaan dan evaluasi kegiatan promosi kesehatan.
- d. Pembiayaan kesehatan: Menjamin adanya alokasi anggaran yang memadai dan berkelanjutan untuk program-program promosi kesehatan, termasuk pembiayaan preventif dan promotif yang seimbang dengan upaya kuratif.
- e. Tata kelola dan kepemimpinan yang baik: Termasuk transparansi, akuntabilitas, dan koordinasi lintas sektor dalam pengelolaan program kesehatan. Kepemimpinan yang efektif akan memastikan kebijakan dan program

promosi kesehatan dapat diterapkan secara konsisten dan berorientasi pada hasil.

- f. Peningkatan sarana dan prasarana: Penyediaan fasilitas dan alat bantu promosi kesehatan seperti media edukasi, alat peraga, dan infrastruktur layanan publik yang menunjang perilaku hidup sehat (contoh: tempat cuci tangan umum, jalur sepeda, taman bermain sehat).

Contoh konkret dari penguatan sistem kesehatan dalam konteks promosi kesehatan adalah penguatan peran Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan primer dan promosi kesehatan di tingkat kecamatan, serta pengembangan sistem UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat) seperti Posyandu dan Posbindu PTM.

4. Tantangan dalam mengintegrasikan Promosi Kesehatan dalam Kebijakan Kesehatan

Meskipun promosi kesehatan memiliki potensi besar dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat integrasinya kedalam kebijakan kesehatan nasional dan daerah menghadapi berbagai tantangan yang bersifat multidimensi dan mencakup faktor ekonomi, sosial serta kelembagaan, berikut adalah penjelasan secara rinci:

- a. Kurangnya dukungan politik dan anggaran: Banyak pembuat kebijakan masih memprioritaskan intervensi kuratif daripada promotif dan preventif. Kurangnya pemahaman tentang manfaat jangka panjang dari promosi kesehatan menyebabkan rendahnya alokasi anggaran untuk program-program ini. Akibatnya, kegiatan promosi kesehatan seringkali hanya menjadi pelengkap dan tidak terintegrasi dalam perencanaan utama (WHO, 2020).
- b. Resistensi dari industri tertentu: Upaya promosi kesehatan, seperti pengendalian konsumsi tembakau, makanan cepat saji, dan minuman berpemanis, sering kali mendapat perlawanan dari industri-industri terkait yang memiliki kekuatan ekonomi dan politik yang

besar. Lobi industri dapat mempengaruhi kebijakan publik, termasuk penundaan regulasi yang melindungi kesehatan masyarakat (Green and Kreuter, 2005).

- c. Kesenjangan kapasitas Sumber Daya Manusia: Kurangnya tenaga kesehatan yang terlatih dalam pendekatan promosi kesehatan menjadi hambatan utama, terutama di daerah terpencil. Sebagian besar tenaga kesehatan lebih terfokus pada pelayanan kuratif dan belum memiliki kompetensi dalam pemberdayaan masyarakat, komunikasi perubahan perilaku, atau advokasi kebijakan.
- d. Koordinasi lintas sektor yang lemah: promosi kesehatan membutuhkan keterlibatan berbagai sektor seperti pendidikan, pertanian, lingkungan dan infrastruktur namun koordinasi antar sektor sering kali tidak berjalan optimal, karena lemahnya kerangka kerja lintas sektor maupun karena ego sektoral dari masing-masing institusi (Davies M, 2006)
- e. Kurangnya data dan sistem pemantauan: minimnya data yang akurat dan sistem pemantauan yang buruk menyebabkan sulitnya mengukur efektivitas program promosi kesehatan. Data yang ada sering tidak digunakan secara optimal dalam pengambilan keputusan atau perencanaan berbasis bukti (Bartholomev, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., & Gottlieb, 2016)
- f. Rendahnya partisipasi masyarakat: Dalam beberapa kasus, masyarakat kurang dilibatkan dalam perencanaan dan evaluasi program promosi kesehatan. Kurangnya kepemilikan terhadap program dapat mengurangi efektivitas serta keberlanjutan kegiatan di tingkat komunitas. Mengatasi tantangan-tantangan ini memerlukan komitmen politik yang kuat, investasi jangka panjang, penguatan kapasitas SDM, serta pendekatan kolaboratif antar sektor dan pemangku kepentingan. Tanpa upaya sistemik ini, promosi

kesehatan sulit mencapai potensi maksimalnya sebagai bagian integral dari kebijakan kesehatan.

5. Strategi peningkatan Promosi Kesehatan Nasional

- a. Pengembangan kebijakan Promosi Kesehatan Daerah: strategi ini dilaksanakan dalam rangka mengupayakan adanya landasan hukum yang memperkuat penyelenggaraan promosi kesehatan di daerah. Sebagai tindak lanjut penetapan kebijakan promosi kesehatan nasional ini, di setiap daerah harus diupayakan terbitnya peraturan perundang-undangan daerah tentang kebijakan promosi kesehatan setempat
- b. Pengembangan organisasi promosi kesehatan: strategi ini dilaksanakan baik di tingkat kabupaten/kota, provinsi, maupun pusat dalam rangka mengupayakan posisi yang sesuai bagi unit pengelola promosi kesehatan agar mampu menamounng tugas-tugas yang dibebankan, mauoun mengelola sumber daya yang dibutuhkan, dan mampu mengakses seluruh program kesehatan yang didukungnya. Jika posis ini telah dapat dicapai, maka pengembangan organisasi diarahkan untuk upaya-upaya peningkatan manajemen dan kinerja promosi kesehatan.
- c. Integrasi dan sinkronisasi promosi keshatan: strategi ini dilaksanakan dengan menyusun petunjuk pelaksanaan (Juklak) integrasi Promosi Kesehatan dalam program ksehatan. Juklak ini sedapat mungkin jelas merinci rancangan promosi kesehatan di berbagai tatanan yang sesuai dari tatanan rumah tangga, tatanan institusi pendidikan, tatanan tempat umum, tatanan temnpat kerja dan tatana saran kesehatan. Jujlak tersebut disusun oleh Pusat Promnosi Kesehatan bersama denagn seluruh unit pengelola program kesehatan di Departemen Kesehatan, dengan mendapat masukan dari daerah. Pedoman ini digunakan dari tingkat Dinas Kesehatan kabuoaten sampai di depertemen kesehatan dalam penyelenggaraan promosi kesehatan.

- d. Peningkatan Kerjasama dan Kemitraan: strategi ini dilaksanakan dalam rangka meningkatkan promosi kesehatan dalam mencegah dan menanggulangi masalah-masalah kesehatan yang memerlukan kerjasama lintas sektor, dan juga strategi ini dilaksanakan dalam rangka meningkatkan kemitraan terutama dengan tokoh-tokoh masyarakat, Lembaga Swadaya Masyarakat, serta kalangan media massa. Dalam hal ini termasuk pengembangan kemitraan petugas-petugas promosi kesehatan dengan petugas-petugas hubungan masyarakat.
- e. Pengembangan Metode, teknik, dan Media: strategi ini dilaksanakan dalam rangka menemukan metode-metode, teknik, dan media pemberdayaan masyarakat, bina suasana, advokasi serta kemitraan yang sesuai dengan ciri-ciri tertentu masyarakat, baik dari segi geografi, sosial budaya, ekonomi, dan politik. Disamping itu strategi ini juga dimaksudkan untuk meningkatkan pendayagunaan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam Promosi Kesehatan, termasuk dalam kerangka ini adalah pendayagunaan internet, dan jaringan berbasis web (Departemen Kesehatan RI, 2005)

DAFTAR PUSTAKA

- Bartholomev, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., & Gottlieb, N.H. (2016) *Planing Health Promotion Programs an Intervention Mapping Approach*. second. San Fransisco: jossey-bass.
- Davies M, M.W. (2006) *Health Promotion Theory*. London: Open University Press.
- Departemen Kesehatan RI (2005) 'Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1193 Tahun 2004 Tentang Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan', *Depkes RI*, p. 36. Available at: <http://opac.fkik.uin-alauddin.ac.id/repository/BK2005-G20.pdf>.
- Fertman, C. I., & Allensworth, D.D. (2022) *Health Promotion Program : from theory to practice*. San Fransisco: Jossey-bass.
- Green, L. and Kreuter, M. (2005) *Health program planning : an educational and ecological approach*. 1st edn. New York USA: McGraw-Hill.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022) 'Laporan Tahunan Kementrian Kesehatan.
- World Health Organization. (2020) 'Global health Promotion Stratetgy'.
- Rosdiana (2022) *Dasar promosi kesehatan*. 1st edn. Parepare Sulawesi Selatan: CV. Kaafah Learning Center.
- Zaman, N. and Abdullah, S. (2024) *Administrasi Kebijakan Kesehatan 'Kepemimpinan, Strategi dan Dukungan Stakeholder'*. 1st edn. Indramayu, Jawa Barat: PT. Adab Indonesia.

BIODATA PENULIS



Rahma Trisnaningsih, SKM, M.P.H lahir di Mataram, Nusa Tenggara Barat pada tanggal 8 Oktober 1984, menyelesaikan Pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Tenggara Barat (UNTB) pada tahun 2007 dan menyelesaikan pendidikan S2 di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada pada tahun 2017. Pada tahun 2019 sampai dengan sekarang bertugas sebagai Dosen di Politeknik Kesehatan Karya Husada Yogyakarta, tugas selain sebagai dosen adalah sebagai Sekertaris Prodi Promosi Kesehatan Program Sarjana Terapan di Politeknik Kesehatan Karya Husada Yogyakarta mulai tahun 2021 sampai sekarang. Dalam ketugasan sebagai Dosen. Penulis telah banyak melaksanakan kegiatan pengabdian masyarakat di Yogyakarta. Dalam bidang Penelitian Sebagian besar tema penelitian tentang perilaku masyarakat di bidang Kesehatan.

BAB 14

Pendekatan Kebijakan Kesehatan Untuk Kelompok Rentan

Ruwayda, SST, Bdn, M.Kes, M.Keb

A. Pendahuluan

Transformasi Kesehatan menuntut pemberian pelayanan kesehatan primer pada kelompok masyarakat rentan sangat dibutuhkan. Kelompok rentan adalah mereka yang memiliki kerentanan dan mengalami keterbatasan fisik, mental, dan sosial sehingga tidak mampu mengakses layanan dasar dan membutuhkan bantuan khusus dari negara atau komunitas lainnya. Situasi dan kondisi pemenuhan hak kesehatan terhadap kelompok rentan sepatutnya menjadi keprihatinan dan mendapatkan perhatian lebih.

B. Pendekatan Kebijakan Kesehatan Untuk Kelompok Rentan

1. Pengertian Kelompok Rentan yaitu:

Menurut Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (HAM), khususnya dalam Penjelasan Pasal 5 ayat (3) disebutkan bahwa yang dimaksud dengan “kelompok rentan” antara lain adalah orang lanjut usia, anak-anak, fakir miskin, wanita hamil, dan penyandang cacat/disabilitas (UU Nomor 39, 2019). Menurut *Inter-agency Network for Education in Emergencies*, kelompok rentan adalah mereka yang memiliki kerentanan dan mengalami keterbatasan fisik, mental, dan sosial sehingga tidak mampu mengakses layanan dasar dan membutuhkan bantuan khusus dari negara atau komunitas lainnya (UNESCO, 2011).

2. Jenis Kelompok Rentan

Pada penjelasan Pasal 5 Ayat (3) UU No. 39 Tahun 1999 disebutkan, yang dimaksud kelompok rentan antara lain orang lanjut usia, anak-anak, fakir miskin, wanita hamil, dan difabel (UU Nomor 39, 2019).

3. Situasi Kesehatan Pada Kelompok Rentan di Indonesia

a. Kelompok Ibu Hamil

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia belum menunjukkan penurunan bermakna. Data LF SP 2020 AKI 189/100.000 KH, angka ini menurun, tetapi bila dibandingkan dengan negara-negara Asia Tenggara lainnya seperti Vietnam (43/100.000), Thailand (37/100.000), dan Malaysia (29/100.000), angka kematian ibu di Indonesia cenderung masih cukup tinggi (LF SP, 2020).

b. Kelompok Anak dan Remaja

Angka kematian anak di Indonesia dalam kurun waktu 1987-2017 juga menunjukkan penurunan yang signifikan, khususnya pada angka kematian balita sebesar 23,9 per 1.000 kelahiran. Data Long Form Sensus Penduduk tahun 2020 menunjukkan AKB 16,85/1000 KH dan AKN 9,30/1.000 KH. Namun angka ini masih tergolong cukup tinggi apabila dibandingkan dengan negara Asia Tenggara lainnya, seperti Thailand dan Malaysia (LF SP, 2020).

c. Kelompok Penyandang Disabilitas

Berdasarkan data Survei Ekonomi Nasional tahun 2018, kelompok rentan penyandang disabilitas sebanyak 30,4 juta jiwa, 12% di antaranya memiliki disabilitas berat, 3% disabilitas sedang, dan sisanya disabilitas ringan (BPS, 2020).

d. Kelompok Usia Lanjut (Lansia)

Persentase penduduk lansia di Indonesia meningkat sekitar dua kali lipat menjadi 9,6% atau sekitar 25,64 juta orang. Kondisi ini menunjukkan bahwa Indonesia sedang bertransisi menuju ke arah

penuaan penduduk. Kondisi ini tentu berdampak pada akan makin banyaknya penduduk Indonesia yang memerlukan layanan homecare, sementara jumlah layanan ini saat ini masih cukup terbatas (BPS, 2019).

e. Kelompok Masyarakat Adat

Kelompok rentan yang masih belum optimal mendapatkan perhatian antara lain Masyarakat Adat atau Komunitas Adat Terpencil. Masyarakat adat atau komunitas adat terpencil (KAT), sebagai kelompok rentan berdasarkan data statistik secara komprehensif belum pernah dilakukan di Indonesia. Sulitnya pendataan ini dilakukan karena banyak komunitas adat yang tidak memiliki dokumen legal seperti KTP, KK, dan akta lahir karena nilai-nilai Tabu. Tidak adanya dokumen tersebut juga menjadi salah satu faktor kenapa Masyarakat adat ini sulit mengakses layanan kesehatan dasar yang berbasis data *by name by address* (Limbong, R, 2019).

f. Kelompok Orang Dengan HIV AIDS (ODHA)

Kelompok rentan orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Estimasi perhitungan jumlah ODHA hingga Maret 2020 mencapai 511.955 orang. Provinsi terbanyak kasus AIDS adalah Papua, Jawa Timur, Jawa Tengah, DKI Jakarta, dan Bali. Dari seluruh estimasi jumlah ODHA hingga Maret 2020, jumlah kumulatif ODHA yang masuk perawatan sebanyak 378.225 orang, yang sedang mendapatkan pengobatan ARV sebanyak 133.358 orang, dan yang lost to follow up sebanyak 50.774 orang. Penetapan prioritas pada kelompok ODHA boleh jadi dapat mewakili pengutamaan kepada kelompok yang mendapatkan stigmatisasi sosial, misalnya Wanita dan anak-anak yang mengalami kekerasan seksual (Dirjen P2P, 2020).

g. Kelompok Pekerja Migran Indonesia (PMI)

Para pekerja rentan termasuk juga pekerja migran. Diketahui jumlah Pekerja Migran Indonesia

(PMI) pada kurun waktu 2017-2019 mencapai 823.092 orang. Total pengaduan yang diterima pada tahun 2017-2019 mencapai 18.505 kasus, dimana 1.055 di antaranya adalah kasus sakit. Jumlah pengaduan sakit ini adalah kategori ketiga terbanyak setelah pengaduan overstay dan gaji yang tidak dibayar (BPPM, 2022).

4. Pendekatan Kebijakan Pelayanan Kesehatan Primer Bagi Masyarakat Rentan

Situasi dan kondisi pemenuhan hak kesehatan terhadap kelompok rentan harus menjadi keprihatinan dan mendapatkan perhatian lebih. Analisis situasi tentang pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan menjadi peta untuk mengetahui dimana posisi Indonesia saat ini, sejauh mana telah melangkah dan berapa jauh lagi jarak yang masih harus ditempuh untuk mencapai visi “No one left behind”. Peta yang diperoleh tidak saja akan menjadi penunjuk jalan untuk terus bergerak maju, namun sekaligus mengidentifikasi noktah rambu-rambu merah kuning hijau tentang capaian keberhasilan, belum terpenuhi bahkan kegagalan perjalanan cita-cita terwujudnya kesehatan bagi semua (*Health for all*) dan secara khusus terpenuhinya PHC bagi kelompok rentan (Ayuningtyas, 2023).

Sebagai negara kepulauan dengan lima pulau utama, 30 kepulauan besar, dan keseluruhan berjumlah 18.110 pulau, terdiri atas kabupaten (415), kabupaten administrasi (1), kota (93), dan kota administrasi (5) dalam 38 provinsi di Indonesia adalah asset negara yang sangat kaya dalam banyak hal, namun terkadang disebut sebagai laboratorium kesehatan masyarakat terbesar dan terpadat. Tidak hanya *double burden* tetapi *triple burden* dan bahkan *quarduple burden*, tantangan penyakit tidak menular, penyakit menular, masalah gizi dan Kesehatan lingkungan serta *climate change* selain pula *emerging* dan *new emerging diseases* (Aditama, TY, 2023).

Kompleksitas situasi dinamis di Indonesia membuat gambaran pengembangan kebijakan kesehatan tak dapat

dilakukan hanya dengan mengacu pada kerangka atau model baku yang telah ada. Diperlukan adaptasi dan penyesuaian kontekstualisasi dari kerangka sebelumnya untuk dapat menganalisis dan memahami situasi yang terjadi. Setidaknya dapat diawali dengan pendekatan teori klasik Policy making process as a system, David Easton (1965) tentang pengembangan kebijakan sebagai sebuah sistem yang terdiri dari input, proses, output, proses pembuatan kebijakan yang dikenal sebagai black box of policy making dengan adanya interaksi dan tawar menawar kepentingan dan posisi perspektif Van Meter Van Horn sebagai model pendekatan kebijakan top-down (Gilson et.al, 2018).

Peta kerangka yang dibuat untuk menggambarkan pengembangan kebijakan kesehatan di Indonesia secara khusus pengutamaan bagi kelompok rentan, dikuatkan dengan adaptasi dan kontekstualisasi di Indonesia untuk memunculkan usulan Model Prediktif Penguatan Prioritas Politik pada Pengembangan Kebijakan Kesehatan (Ayuningtyas, 2023). Berikut peta kerangka kebijakan Kesehatan bagi kelompok rawan sebagai berikut:

Tabel 1. Peta Kerangka Kebijakan Kesehatan Bagi Kelompok Rentan di Indonesia

	ANAK/REMAJA	LANSIA	IBU HAMIL	DISABILITAS
KETERSEDIAAN	- Jumlah dan distribusi dokter anak belum merata - RS yang memiliki dokter anak kurang dari 80% - Tenaga kesehatan sering dirotasi, baik di tingkat RS dan puskesmas	- Persentase penduduk lansia meningkat sekitar 2x lipat dalam waktu 5 tahun. - Ketersediaan layanan home care di Indonesia masih sangat minim - Ketersediaan layanan geriatri di Indonesia juga minim □ hanya 264 dari 2.820 RS pemerintah yang menyediakan layanan geriatri - Rasio ketergantungan lansia terhadap penduduk produktif dari tahun 2014 hingga 2019	Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan KB telah tersedia di seluruh fasilitas kesehatan milik Pemerintah.	Ketersediaan obat dan layanan medis masih minim

		meningkat hingga 15,01% • Ketersediaan obat-obatan bagi lansia dengan demensia masih belum terjangkau di fasilitas layanan primer.		
KETERJANGKAUAN	• Anak tidak bisa akses layanan kesehatan gratis karena orang tua tidak punya identitas lengkap (KTP/KK) • Kurangnya edukasi dan penyediaan layanan kesehatan	• Banyak fasyankes yang belum ramah lansia • Lokasi RS rujukan untuk lansia cukup jauh dari tempat tinggal □ ketersediaan ambulans pada tingkat kabupaten/kota terbatas • Data BPS 2019 □ hanya 1/3 jumlah lansia yang menjangkau layanan kesehatan ke FKTP • Hanya 46,64% lansia yang memanfaatkan layanan kesehatan dengan jaminan kesehatan • Kondisi panti sosial milik pemerintah bagi lansia miskin dan terlanter masih memprihatinkan	• Aksesibilitas ekonomi program KIA sebagian besar dibiayai oleh Pemerintah melalui program JKN dan Jampersal, sedangkan program kesehatan sebelum hamil dimana sasarannya adalah remaja, calon pengantin, dan pasangan usia subur (PAU), belum semuanya dibiayai oleh pemerintah.	• Ketersediaan layanan home care termasuk personal assistance dan caregiver masih sangat kurang
KUALITAS/MUTU	• Sering terjadinya kasus telat merujuk • kurangnya fasilitas NICU dan PICU • Anak ditahan tidak boleh pulang dari RS karena terhambat administratif • Penerbitan surat keterangan lahir/identitas anak terhambat apabila proses kelahiran dilakukan oleh dukun beranak atau karena perkawinan di bawah tangan.	• Kualitas pelayanan bagi lansia belum optimal • Jumlah SDM terlatih dalam perawatan lansia terbatas • Penyuluhan dan pelatihan bagi anggota keluarga dan kader belum dilakukan secara masif	• Angka kematian ibu hamil di Indonesia menunjukkan adanya penurunan dari tahun 2000 sampai 2017.	• Banyak fasilitas kesehatan yang masih belum ramah disabilitas

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T. (2023). *Beban Ganda Kesehatan Masyarakat Dalam 50 Tulisan Kesehatan*. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, Jakarta
- Ayuningtyas, D. (2023). Pengembangan Kebijakan Kesehatan Bagi Kelompok Rentan: Urgensi Penguatan Prioritas Politik. Prof. Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS. <https://dgb.ui.ac.id/wp-content/uploads/123/2023/04/Pidato-Pengukuhan-Prof.-Dumilah-Ayuningtyas.pdf>
- BPS (2020). Survei Sosial Ekonomi Nasional. Badan Pusat Statistik Indonesia.
- BPS (2019), Statistik Penduduk Lanjut Usia. Badan Pusat Statistik Indonesia.
- BPPM (2022), Data Pekerja Migran Indonesia Periode Desember 2022. Pus Data dan Inf. 2022.
- By, E., Gilson, L., Orgill, M., & Shroff, Z. C. (n.d.). (2018), *A health policy analysis reader: the politics of policy change in low- and middle-income countries*.
- Direktorat Jenderal P2P Kemenkes RI (2020), Laporan perkembangan HIV AIDS & penyakit infeksi menular seksual (PIMS).
- Kemenkumham (1999). Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.
- Limbong R (2019), Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan di Indonesia [Internet]. J Online Int Nas Januari. 2019;7(1).
- UNESCO (2011), Inter-Agency Network for Education in Emergencies: A community of practice, a catalyst for change.

BIODATA PENULIS



Ruwayda, SST, Bdn, M.Kes, M.Keb,

Lahir di Jambi dengan latar Pendidikan DI Keb (1994) dan D III Kebidanan di Poltekkes Jambi (1999-2002), DIV Kebidanan Universitas Padjadjaran (2002-2003), S2 IKM (KIA-Kespro) UGM Yogyakarta (2005-2007), Profesi Bidan Poltekkes Jambi (2020-2021) S2 Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung (2021-2023). Saat ini menempuh S3 FKM UI (Bidang Kespro) (2022-sekarang),

Pengalaman kerja sebagai Bidan Desa Kabupaten Batanghari Jambi (1994-1997), Bidan Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi (1997-2003), Staf KIA Dinkes Kota Jambi (2003-2013) dan Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Jambi (2013-sekarang).

BAB 15

Kebijakan Obat dan Alat Kesehatan

Apt. Christica Ilsanna Surbakti, M.Si

A. Pendahuluan

Pembangunan kesehatan yang lebih baik adalah sumber kebahagiaan dan kesejahteraan manusia, banyak faktor yang mempengaruhi status kesehatan dan kemampuan suatu negara untuk menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas bagi rakyatnya. Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Di Indonesia tercatat untuk sarana distribusi kefarmasian dan alat kesehatan yang dipantau jumlahnya oleh Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan antara lain Pedagang Besar Farmasi (PBF), Apotek, Toko Obat, dan Distributor Alat Kesehatan (DAK), Jumlah sarana distribusi kefarmasian dan alat kesehatan di Indonesia pada tahun 2022 sebesar 47.759 sarana. Berdasarkan Laporan yang dimuat Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) ditahun 2018 ditemukan 8 kasus besar pelanggaran dalam menyimpan dan mendistribusikan sediaan farmasi berupa obat tanpa izin edar. Kasus terbanyak terjadi di Jakarta, sebanyak 291 item (552.177 pieces) obat ilegal, diantaranya obat disfungsi ereksi seperti Viagra, Cialis, Levitra, dan Max Man dengan nilai ekonomi mencapai + Rp. 17,4 Milyar (Tampubolon, W. S. 2018). Dalam

kasus ini setidaknya ada kebijakan yang dilanggar yakni Undang-Undang Perlindungan Konsumen Nomor 8 Tahun 1999. Banyak pelaku usaha, seperti apotek dan toko obat, yang tidak sepenuhnya memahami regulasi dan standarisasi kebijakan yang ada. Hal ini dapat menyebabkan ketidakpatuhan terhadap peraturan yang berlaku, sehingga meningkatkan risiko penyalahgunaan obat (Fatmawati, D. 2019). Maka dari itu diperlukannya suatu kebijakan Berdasarkan Pasal 106 ayat (1) UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1010/MENKES/PER/XI/2008 tentang Registrasi Obat menyatakan bahwa sediaan farmasi dan alat kesehatan hanya dapat diedarkan setelah mendapat izin edar. Dengan adanya izin edar dari Badan POM menunjukkan bahwa obat tersebut layak dikonsumsi serta memenuhi persyaratan keamanan, khasiat /manfaat, dan mutu.

B. Analisis Kebijakan Obat dan Alat Kesehatan

1. Definisi Obat dan alat kesehatan

Obat merupakan suatu senyawa yang mampu mempengaruhi kelanjutan makhluk hidup dengan manfaat untuk mencegah, mendiagnosis suatu penyakit, meringankan/mengobati suatu gejala, atau menimbulkan suatu kondisi tertentu. Obat digunakan untuk mengobati penyakit, mengurangi gejala atau memodifikasi proses kimia dalam tubuh (Syarif, 2016).

Alat kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin, dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh. Untuk mewujudkan keinginan tersebut, maka diperlukan sebuah kebijakan yang mengatur agar tercapainya masyarakat yang sehat.

2. Kebijakan Obat dan alat kesehatan

Di Indonesia, pemerintah juga terus mengeluarkan kebijakan baru untuk mendukung terselenggaranya kemandirian industri farmasi dan alat kesehatan yang tertuang di Inpres No.6 tahun 2016 dan akan terus diperbarui untuk memenuhi kebutuhan masyarakat (Usman, N. 2018). Memahami hubungan antara kebijakan dan kesehatan itu sendiri menjadi sangat krusial untuk memungkinkan penyelesaian sebuah masalah kesehatan yang terjadi pada saat ini. Alat kesehatan dan obat merupakan hal penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, terutama dalam hal pencegahan, diagnosis hingga pengobatan penyakit. Pembuatan perangkat medis dan obat-obatan yang sesuai dan terjangkau dalam pelayanan kesehatan dikaitkan pula dengan keadilan dalam kesehatan, serta pemberian layanan yang lebih responsif terhadap kebutuhan pasien (WHO, 2011).

Kebijakan tentang obat dan alat kesehatan di Indonesia secara nasional dikelurakan dalam bentuk Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Keputusan Presiden, Peraturan Menteri, Keputusan Menteri, Keputusan Direktur Jendral, Surat Edaran dan dijalankan oleh 2 (Dua) Lembaga yakni Farmalkes dan Badan Pengawasan Obat dan Makanan.

- a. Kebijakan yang dikeluarkan oleh undang undang yang mengatur mengenai topik obat dan makanan tertuang dalam undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan,
- b. Kebijakan yang dikeluarkan melalui Peraturan pemerintah terkait obat dan alat keehatan tertuang kedalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian dan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 1998 Tentang Pengamanan Sediaan Farmasi Dan Alat Kesehatan,

- c. Badan Pengawasan Obat dan Makanan berdasarkan Pasal 2 pada Peraturan Presiden Nomor 80 Tahun 2017 tentang Badan Pengawas Obat dan Makanan, Dapat disimpulkan bahwa tugas BPOM sebagai unit pelaksana teknis adalah melaksanakan kebijakan di bidang pengawasan obat dan makanan, yang meliputi pengawasan atas produk terapeutic, narkotika, psikotropika, zat adiktif, obat tradisional, kosmetik, produk komplemen serta pengawasan dan keamanan pangan dan bahan berbahaya.

Berikut beberapa peraturan yang dikelurakan menteri, yakni :

- a. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 62 Tahun 2017 Tentang Izin Edar Alat Kesehatan, Alat Kesehatan Diagnostik In Vitro Dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga
- b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Puskesmas
- c. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 73 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Apotek
- d. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit
- e. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2015 Tentang Standar Kapsul Vitamin A Bagi Bayi, Anak Balita, Dan Ibu Nifas
- f. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 Tentang Cara Distribusi Alat Kesehatan Yang Baik

Pemerintah sebagai penentu kebijakan memiliki tanggung jawab untuk mampu menyediakan alat kesehatan yang aman, bermutu dan berkinerja, seperti yang tercantum dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Di Indonesia, terdapat beberapa

Undang-Undang hingga Keputusan Menteri yang mengatur tentang masalah alat kesehatan dan obat-obatan. Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan memiliki tugas untuk menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang obat-obatan dan alat kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM) juga memiliki kewenangan berdasarkan Peraturan Presiden.

3. Dampak kebijakan obat dan alat kesehatan

Kesehatan adalah tanggung jawab negara. Ketersediaan obat yang baik dan pengobatan yang sesuai sangat penting untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Hal ini telah diatur dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945 (UUD NRI 1945) Pasal 28H yang berbunyi “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pasal ini menegaskan bahwa negara memiliki kewajiban untuk menyediakan layanan dasar seperti pendidikan, kesehatan, dan infrastruktur, yang merupakan unsur penting guna menumbuhkan kesejahteraan masyarakat. Dengan memenuhi tanggung jawab ini, negara dapat menciptakan kondisi yang mendukung pertumbuhan individu, kontribusi produktif, dan kehidupan yang layak. Regulasi di bidang farmasi dapat memengaruhi keputusan produsen dalam menetapkan jumlah produksi obat, yang pada akhirnya berdampak pada ketersediaan dan harga obat di fasilitas pelayanan kesehatan (Ernawati, dkk 2019).

Kebijakan pengadaan obat di puskesmas, terutama di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), memengaruhi hasil terapi pasien. Puskesmas dengan apoteker penanggung jawab pengadaan obat cenderung lebih berhasil memenuhi kebutuhan obat, yang berdampak positif pada penanganan penyakit seperti hipertensi.

Sebaliknya, kekosongan obat dapat meningkatkan proporsi rujukan pasien (Sulistiyono, dkk 2020). Peningkatan penggunaan obat generik dapat menekan biaya pengobatan. Namun, penggunaan obat generik di Indonesia masih rendah dibandingkan dengan negara-negara Eropa (Ariati, N. 2017). Akses terhadap Obat Esensial dimana Negara memiliki tanggung jawab untuk menjamin akses masyarakat terhadap obat esensial. Ini mencakup pengembangan kebijakan kesehatan yang inklusif, pengaturan terkait produksi dan distribusi obat, serta upaya mengurangi kesenjangan akses layanan kesehatan (Hamid, S. N. C., & Muis, L. S. 2024). Implementasi Fornas sebagai daftar obat yang dijamin dalam JKN masih menghadapi berbagai kendala, seperti kekosongan obat, waktu pengiriman yang lama, dan keterbatasan sumber daya finansial rumah sakit. Faktor-faktor seperti pola penggunaan obat generik, kondisi keuangan rumah sakit, dan dukungan pasien dapat mendukung implementasi Fornas (Aviani, N. 2023). Berbagai masalah terkait penggunaan obat masih sering ditemukan, seperti pembelian obat bukan pada sarana legal dan penggunaan obat keras tanpa resep dokter. Pemerintah mencanangkan Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat (GeMa CerMat) untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam penggunaan obat (Eden, W. dkk, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Fatmawati, D. (2019). Upaya Balai Besar Pengawas Obat Dan Makanan (BBPOM) Dalam Meningkatkan Pengawasan Obat Di Kota Samarinda. *EJournal Ilmu Pemerintahan*, 7(3), 1351-1364.
- Syarif A. 2016. Farmakologi dan Terapi edisi VI. Jakarta: Bagian Farmakologi FKUI.
- Usman, N. (2018). Implementasi Kebijakan Pengembangan Industri Alat Kesehatan Dalam Negeri. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 7(1), 42-48.
- WHO. (2011). Medical device policies.
- Ernawati, D., & Munira, S. L. (2019). Dampak regulasi obat-obat tertentu terhadap respon industri farmasi di indonesia. *Jurnal Kebijakan Ekonomi*, 16(1), 7.
- Sulistiyono, H., Sarnianto, P., & Anngiani, Y. (2020). Dampak kebijakan pengadaan obat pada puskesmas di Jakarta era jaminan kesehatan nasional. *Window of Health: Jurnal Kesehatan*, 295-307.
- Ariati, N. (2017). Tata kelola obat di era sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). *Integritas: Jurnal Antikorupsi*, 3(2), 231-243.
- Hamid, S. N. C., & Muis, L. S. (2024). State Responsibility in Guaranteeing Access to Essential Medicines for Public Health. *Indonesian Journal of Law and Economics Review*, 19(3), 10-21070.
- Aviani, N. (2023). Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta JKN Di RSUD Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Kota Pontianak. *Jurnal Global Futuristik*, 1(1), 73-89.
- Eden, W. T., Budi, S. W., Savitri, A. A., & Ni, D. N. S. (2022). Dampak Penyuluhan Pengelolaan Dan Penggunaan Obat Secara Bijak Terhadap Pengetahuan Obat-Obatan Pada Ibu-Ibu PKK Di Kelurahan Kalisegoro, Kota Semarang. *BERDAYA Indonesian Journal of Community Empowerment*, 2(1), 2808-2133.

BIODATA PENULIS



Apt. Christica Ilsanna Surbakti, S.Farm., M.Si lahir di Medan, pada 23 Desember 1993. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Farmasi Universitas Sumatera Utara dan Profesi serta S2 di Fakultas Farmasi Universitas Sumatera Utara. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Farmasi Universitas Sari Mutiara Indonesia.

BAB 16

Kebijakan Kesehatan Lingkungan

Jeanne d'arc Zafera Adam, AmdKG, S.Pd, M.Kes

A. Pendahuluan

Kebijakan kesehatan mencakup keputusan, rencana, dan tindakan yang dilakukan oleh pemerintah dan organisasi lain untuk mencapai tujuan perawatan kesehatan tertentu dalam masyarakat, termasuk bidang-bidang seperti kesehatan masyarakat, kesehatan mental, dan asuransi kesehatan.

The World Health Organization (WHO) mendefinisikan kebijakan kesehatan sebagai "keputusan, rencana, dan tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan perawatan kesehatan tertentu dalam masyarakat". Kebijakan kesehatan mencakup berbagai masalah, termasuk:

1. Kesehatan masyarakat: Mengatasi masalah kesehatan di tingkat populasi, seperti pencegahan dan pengendalian penyakit. Masuk di dalamnya yaitu kebijakan kesehatan lingkungan seperti pencegahan dan pengendalian penyakit berbasis lingkungan.
2. Kesehatan mental: Kebijakan yang terkait dengan layanan kesehatan mental, akses ke perawatan, dan pengurangan stigma.
3. Asuransi kesehatan: Kebijakan mengenai pembiayaan dan organisasi perawatan kesehatan, termasuk program yang disponsori pemerintah dan asuransi swasta.
4. Tata kelola sistem kesehatan: Kebijakan yang terkait dengan pengelolaan dan organisasi sistem perawatan kesehatan, termasuk regulasi, pendanaan, dan alokasi sumber daya.

Kesehatan lingkungan berkaitan dengan bagaimana interaksi antara manusia dan lingkungannya berdampak pada kesehatan manusia. Bidang ini muncul untuk melindungi orang dari ancaman kimia atau biologis di lingkungan mereka seperti polusi udara dan penyakit yang ditularkan melalui air. Baru-baru ini, bidang ini berfokus pada penciptaan lingkungan yang mempromosikan kesehatan, seperti rumah, tempat kerja, sekolah, lingkungan, dan komunitas.

Interaksi manusia-lingkungan itu kompleks, dan masalah seringkali berada di bawah yurisdiksi berbagai lembaga atau organisasi. Misalnya, badan lingkungan mungkin bertanggung jawab atas kualitas udara dan air dan lembaga sumber daya alam untuk penciptaan energi. Oleh karena itu, meningkatkan kesehatan penduduk secara keseluruhan memerlukan kolaborasi lintas sektoral pada kebijakan, program, dan proyek. *Health in All Policies* (HiAP) menyediakan kerangka kerja untuk bekerja dengan sektor lain untuk mengatasi masalah multifaset ini.

Kebijakan kesehatan lingkungan dapat diterapkan di berbagai tingkat pemerintahan, termasuk di tingkat kota, negara bagian, dan internasional. Kebijakan kesehatan lingkungan internasional melibatkan kerja sama beberapa negara untuk menerapkan tujuan kebijakan bersama untuk mengatasi masalah kesehatan lingkungan yang lebih besar, seperti polusi dan perubahan iklim (yaitu, Protokol Kyoto).

B. Perubahan Iklim

1. Batasan

Perubahan iklim adalah berubahnya kondisi fisik atmosfer bumi antara lain suhu dan distribusi curah hujan yang membawa dampak luas terhadap berbagai sektor kehidupan manusia (Kementerian Lingkungan Hidup, 2001). Perubahan fisik ini tidak terjadi hanya sesaat tetapi dalam kurun waktu yang panjang. LAPAN (2002) mendefinisikan perubahan iklim adalah perubahan rata-rata salah satu atau lebih elemen cuaca pada suatu daerah tertentu. Sedangkan istilah perubahan iklim skala global

adalah perubahan iklim dengan acuan wilayah bumi secara keseluruhan. IPCC (2001) menyatakan bahwa perubahan iklim merujuk pada variasi rata-rata kondisi iklim suatu tempat atau pada variabilitasnya yang nyata secara statistik untuk jangka waktu yang panjang (biasanya dekade atau lebih). Selain itu juga diperjelas bahwa perubahan iklim mungkin karena proses alam internal maupun ada kekuatan eksternal, atau ulah manusia yang terus menerus merubah komposisi atmosfer dan tata guna lahan (Dinas Lingkungan Hidup Kab. Buleleng, 2019).

Perubahan iklim adalah perubahan pola cuaca rata-rata yang terjadi dalam rangka waktu lama yang mempengaruhi iklim bumi skala lokal, regional, dan global. Terjadinya perubahan iklim dapat dilihat dari teramatinya indikator yang bersesuaian dengan perubahan tersebut. Perubahan iklim bumi yang teramati sejak awal abad 21 terutama disebabkan oleh aktivitas manusia yang salah satunya adalah penggunaan bahan bakar fosil. Penggunaan bahan bakar fosil ini meningkatkan jumlah gas rumah kaca yang menerangkap panas di atmosfer bumi sehingga menaikkan suhu rata-rata permukaan bumi. Kenaikan suhu akibat aktivitas manusia ini dikenal dengan istilah pemanasan global (Bayu, 2019).

Melihat adanya urgensi dari isu perubahan iklim, Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) membentuk *The United Nations Framework Convention on Climate Change* (UNFCCC) sebagai sekretariat khusus untuk mendukung respon global terhadap perubahan iklim. UNFCCC berperan untuk menyediakan acuan kerja seluruh negara dalam menghadapi isu dari perubahan iklim global (Natasya, 2021). Perubahan iklim adalah perubahan yang terjadi pada alam dan merujuk pada faktor iklim seperti suhu, dan hujan yang terjadi di seluruh dunia dengan berbagai tingkat dan berbagai cara.

2. Penyebab

Pemanasan global ditandai dengan kenaikan suhu rata-rata udara di dekat permukaan bumi dan lautan sejak pertengahan abad ke 20 dan diproyeksikan akan terus berlangsung. Pemanasan global yang disebabkan oleh manusia merupakan hasil dari perubahan jumlah dan konsentrasi gas-gas rumah kaca di atmosfer dan juga karena menurunnya daya serap gas-gas rumah kaca yang sudah terdapat di atmosfer bumi.

Aktifitas kehidupan manusia melibatkan banyak kegiatan dari kegiatan kecil merokok, merebus air untuk kopi, pergi bekerja naik kendaraan, penggunaan energi untuk melihat TV sampai dengan proses yang lebih besar yaitu Industri ternyata memberi dampak pada lingkungan. Pengaruh aktifitas manusia tersebut terhadap fenomena alam yang terjadi belum banyak yang dikenal karena masih begitu asing dan masih ada silang pendapat dari beberapa ahli. Dampak pemanasan global ini tidak langsung dirasakan oleh manusia saat ini, namun akan dirasakan beberapa tahun mendatang dalam jangka waktu yang panjang.

Efek rumah kaca merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan bumi memiliki efek seperti rumah kaca diatas dimana panas matahari terperangkap oleh atmosfer bumi. Gas-gas di atmosfer seperti Karbon dioksida (CO_2), nitrogen dioksida (N_2O), metana (CH_4), dan freon (SF_6 , HFC dan PFC) dapat menahan panas matahari sehingga panas matahari terperangkap di dalam atmosfer bumi. Normalnya, pada siang hari matahari menyinari bumi sehingga permukaan bumi menjadi hangat, dan pada malam hari permukaan bumi mendingin. Gas-gas tersebut berfungsi sebagaimana kaca pada atap rumah kaca. Makin meningkat konsentrasi gas-gas ini di atmosfer, makin besar pula efek panas yang terperangkap di bawahnya. Efek rumah kaca ini sangat dibutuhkan oleh segala makhluk hidup yang ada di bumi, karena tanpa efek

rumah kaca planet bumi akan menjadi sangat dingin lebih kurang -18°C , sehingga sekuruh permukaan bumi akan tertutup lapisan es. Temperatur rata-rata sebesar 15°C , bumi sebenarnya telah lebih panas 33°C dengan efek rumah kaca. Namun, jika gas-gas tersebut telah berlebih di atmosfer, maka akan terjadi sebaliknya dan mengakibatkan pemanasan global. Penyebab pemanasan global juga dipengaruhi oleh berbagai proses efek balik yang dihasilkannya, seperti pada penguapan air. Pada awalnya pemanasan akan lebih meningkatkan banyaknya uap air di atmosfer. Uap air sendiri merupakan gas rumah kaca, maka pemanasan akan terus berlanjut dan menambah jumlah uap air di udara hingga tercapainya suatu kesetimbangan konsentrasi uap air.

Pemanasan global dapat pula diakibatkan oleh variasi matahari. Perbedaan antara mekanisme ini dengan pemanasan akibat efek rumah kaca adalah meningkatnya aktivitas Matahari akan memanaskan stratosfer, sebaliknya efek rumah kaca akan mendinginkan stratosfer. Pendinginan stratosfer bagian bawah paling tidak telah diamati sejak tahun 1960, yang tidak akan terjadi bila aktivitas.

Pemanasan global (*global warming*), terjadi disebabkan meningkatnya suhu rata-rata permukaan bumi, hal ini disebabkan antara lain karena:

- a. Bumi menyerap lebih banyak energi matahari, daripada yang dilepas kembali ke atmosfer (ruang angkasa).
- b. Menyebabkan terjadinya peningkatan emisi gas.
- c. Menimbulkan peningkatan panas bumi dan pencairan kutub es.
- d. Pemicu utamanya yaitu meningkatnya emisi karbon, akibat penggunaan energi fosil (bahan bakar minyak, batu bara dan sejenisnya).
- e. Penghasil terbesar emisi zat karbon merupakan negara-negara industri, hal ini karena pola konsumsi dan gaya

hidup masyarakat negara-negara utara yang 10 kali lipat lebih tinggi dari penduduk negara selatan.

3. Dampak

Perubahan iklim berdampak sangat luas pada kehidupan masyarakat. Kenaikan suhu bumi tidak hanya berdampak pada naiknya temperatur bumi tetapi juga mengubah sistem iklim yang mempengaruhi berbagai aspek pada perubahan alam dan kehidupan manusia, seperti kualitas dan kuantitas air, habitat, hutan, kesehatan, lahan pertanian dan ekosistem wilayah pesisir. Berikut dijelaskan beberapa dampak perubahan iklim yaitu:

- a. Infeksi saluran pernafasan dan alergi saluran pernafasan. Alergi pada saluran pernafasan dan penyakit infeksi saluran pernafasan kemungkinan akan meningkat seiring dengan meningkatnya jumlah dan waktu paparan penduduk terhadap debu (dari kekeringan), polusi udara, racun aerosol dari laut dan peningkatan jumlah serbuk sari dari tanaman akibat perubahan pola pertumbuhan.
- b. Kanker. Potensi bahaya lainnya yang bersifat langsung dari perubahan iklim adalah peningkatan jumlah kejadian kanker, hal berhubungan dengan peningkatan paparan bahan kimia beracun penyebab kanker yang berasal dari penguapan berbagai bahan kimia tersebut. Dalam kasus peningkatan curah hujan atau banjir, kemungkinan terjadi peningkatan bahan kimia dalam proses mencuci dan kontaminasi air oleh logam berat. Efek langsung lainnya kejadian kanker disebabkan karena penipisan stratosfer ozon.
- c. Penyakit kardiovaskular dan stroke. Perubahan iklim dapat memperburuk penyakit jantung yang sudah ada, hal ini disebabkan meningkatnya tekanan panas, meningkatnya beban tubuh akibat peningkatan partikulat udara dan perubahan distribusi subtropik penyakit menular yang berhubungan dengan penyakit kardiovaskuler. Berbagai penelitian telah membuktikan

adanya hubungan antara paparan gelombang panas, cuaca yang ekstrim dan perubahan kualitas udara dengan pening-katan penyakit kardiovaskuler.

- d. Kematian dan penyakit yang disebabkan paparan panas. Perubahan iklim dapat meningkatkan mortalitas dan morbiditas penyakit yang disebabkan paparan panas. Faktor host seperti usia dan penyakit lain yang diderita seperti penyakit jantung dan diabetes mellitus dapat memperberat dampak dari tekanan panas.
- e. Gangguan tumbuh kembang anak. Dua konsekuensi penting dari perubahan iklim yang akan mempengaruhi tumbuh kembang anak adalah gizi buruk khususnya selama periode prenatal dan anak usia dini sebagai akibat dari penurunan pasokan makanan, dan peningkatan paparan kontaminan beracun dan biotoksin akibat dari peristiwa cuaca ekstrim dan peningkatan pestisida yang digunakan untuk produksi pangan.
- f. Gangguan mental. Perpindahan penduduk akibat bencana, kerusakan atau kehilangan subtropik, kehilangan orang yang dicintai, dan subtropik, adalah sebagian dari dampak subtropik perubahan iklim yang mempengaruhi subtropik mental. Deteksi dini, identifikasi populasi yang rentan dan pengembangan jaringan monitoring migrasi penduduk dapat membantu dalam menyediakan dukungan perawatan subtropik yang tepat.
- g. Adanya risiko bencana kelaparan, diakibatkan produktivitas pertanian di daerah tropis akan mengalami penurunan bila terjadi kenaikan suhu rata-rata global 1-2°C.
- h. Memberikan dampak negatif pada produksi local terutama pada penyediaan pangan di subtropik dan tropis diakibatkan dari meningkatnya frekuensi kekeringan dan banjir.

- i. Komunitas miskin sangat rentan karena kapasitas beradaptasi yang terbatas, serta kehidupan mereka sangat tergantung pada sumber daya yang mudah terpengaruh oleh iklim seperti persediaan air dan makanan.
 - j. Kelaparan, malnutrisi dan diare.
 - k. Foodborne disease dan ketersediaan bahan pangan, Perubahan iklim dapat mempengaruhi ketersediaan bahan pangan pokok, kekurangan gizi, dan kontaminasi makanan oleh zat-zat berbahaya (seperti kontaminan kimia, mikroba patogen, biotoksin dan pestisida).
 - l. Pertanian. Perubahan iklim merupakan ancaman bagi orang yang bermata pencaharian petani tanaman padi dan mengancam ketahanan pangan suatu negara (Government of Republic of Indonesia, 2007; UNFCCC, 2007). Dampak perubahan iklim sudah menjadi kenyataan pada sektor pertanian di Indonesia (Handoko, 2007; Naylor et al., 2007). Indikasi perubahan iklim tersebut antara lain oleh adanya kenaikan suhu udara, kekeringan, bencana banjir, bergesernya musim hujan (musim hujan makin pendek) (Aldrian, 2007), peningkatan muka air laut, dan peningkatan kejadian iklim ekstrim (Ruminta & Handoko, 2016). Dalam beberapa tahun terakhir ini pergeseran musim hujan menyebabkan bergesernya musim tanam dan panen komoditi pangan (padi dan palawija). Banjir dan kekeringan menyebabkan gagal tanam, gagal panen, dan bahkan menyebabkan puso (gagal panen mencapai lebih dari 75%) (Ruminta & Handoko, 2016).
4. Kebijakan pengendalian
- Dalam rangka mengantisipasi dampak perubahan iklim perlu dilakukan upaya mitigasi dan adaptasi. Menurut UNFCCC, mitigasi adalah upaya intervensi manusia dalam mengurangi sumber atau penambah gas rumah kaca (GRK) yang telah menimbulkan pemanasan global.

Adaptasi adalah upaya menghadapi perubahan iklim dengan melakukan penyesuaian yang tepat, bertindak untuk mengurangi berbagai pengaruh negatifnya, atau memanfaatkan dampak positifnya (UNDP, 2007).

Pemerintah Indonesia sudah memasukkan upaya mitigasi dan adaptasi perubahan iklim dalam perencanaan pembangunan. Dalam RPJPN 2005-2025, perubahan iklim menjadi salah satu tantangan yang harus dihadapi dalam pembangunan. Kemudian diterjemahkan dalam RPJMN 2004-2009, RPJMN 2010-2014, RPJMN 2015-2019, dan dalam kebijakan-kebijakan pembangunan untuk mengantisipasi perubahan iklim. Upaya antisipasi perubahan iklim lebih spesifik dituangkan dalam dokumen Rencana Aksi Nasional Perubahan Iklim (RAN-PI) dan *Indonesia Climate Change Sektoral Roadmap* (ICCSR).

Mitigasi dan adaptasi perubahan iklim harus dilakukan oleh berbagai sektor dan menjadi tanggung jawab bersama. Tidak hanya menjadi tanggung jawab Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan, tetapi juga kementerian-kementerian lain yang terkait. DPR juga ikut bertanggung jawab terhadap pelaksanaan upaya mitigasi dan adaptasi perubahan iklim.

Tanggung jawab DPR dalam upaya mitigasi dan adaptasi perubahan iklim dapat dilakukan melalui pelaksanaan fungsi anggaran, pengawasan, dan legislasi. Dalam pelaksanaan fungsi anggaran, DPR dapat mengarahkan pembiayaan APBN ditujukan untuk melaksanakan upaya mitigasi dan adaptasi perubahan iklim dalam berbagai sektor, seperti pembiayaan dalam pengembangan energi yang ramah lingkungan, mengantisipasi banjir, bencana longsor, kebakaran hutan dan lahan, pencegahan penyebaran penyakit akibat perubahan iklim, sosialisasi upaya mitigasi dan adaptasi perubahan iklim, dan masih banyak hal lagi yang terkait. Mitigasi dan Adaptasi merupakan strategi yang saling melengkapi untuk mengurangi dan mengelola risiko perubahan iklim.

Tujuan dari adaptasi ini yaitu:

- a. Mengurangi tingkat kerentanan (*vulnerability*) dan tingkat keterpaparan (*exposure*) dampak perubahan iklim (*climate risk*).
- b. Terwujudnya pembangunan berkelanjutan yang memiliki ketahanan yang tinggi terhadap dampak perubahan iklim (*Climate Resilience*).
- c. Menghindari dampak perubahan iklim yang lebih besar di masa depan.
- d. Mengurangi kerugian ekonomi yang akan ditimbulkan akibat perubahan iklim.
- e. Menyiapkan ketahanan masyarakat, wilayah dan juga ekosistem dari ancaman perubahan iklim.
- f. Membantu perencanaan pembangunan yang tangguh iklim.

C. Pencemaran udara

1. Batasan

Udara yang bersih merupakan udara yang cukup oksigen (O_2) yang makhluk hidup butuhkan untuk proses fisiologis secara normal. Apabila manusia menghirup udara dalam-dalam, sekitar 99% dari udara yang dihirup yaitu gas nitrogen dan oksigen. Manusia juga menghirup gas lain dalam jumlah yang sangat sedikit, dimana gas tersebut termasuk gas pencemar. Di daerah perkotaan yang ramai, gas pencemar berasal dari asap kendaraan, gas buangan pabrik, pembangkit tenaga listrik, asap rokok dan sebagainya yang erat hubungannya dengan aktivitas kehidupan manusia.

Atmosfer bumi merupakan gas yang melapisi bumi yang terbagi dalam beberapa lapis. Lapisan yang paling dalam disebut troposfer (tebalnya 17 km di atas permukaan bumi), mengandung udara yang kita hirup yaitu 78% nitrogen (N_2), 21% oksigen (O_2) dan sisanya gas argon <1% dan CO_2 0,035%. Terdapat juga uap air (H_2O) sekitar 0,01% di daerah subtropis dan sekitar 5% di daerah tropis yang lembab. Udara terdiri dari 3 unsur utama, yaitu udara

kering, uap air, dan aerosol. Kandungan udara kering yaitu 78,09% nitrogen, 20,95% oksigen, 0,93% argon, karbon dioksida sebanyak 0,0314%, neon sebanyak 0,00182%, helium sebanyak 0,000524%, metana sebanyak 0,0002%, dan krypton sebanyak 0,000114%.

Kadar oksigen yang diperbolehkan untuk melakukan aktivitas di ruang terbatas yaitu antara 19,5%-23,5%. Kadar oksigen di bawah 19,5% atau melebihi 23,5% berpotensi menimbulkan masalah kesehatan dan kecelakaan kerja. Kualitas udara dari suatu daerah ditentukan oleh keadaan alam sekitar serta jumlah sumber pencemaran yang ada di daerah tersebut. Jenis zat-zat yang dikeluarkan oleh sumber pencemar ke atmosfer yang dapat mempengaruhi kualitas udara antara lain, gas Nitrogen Oksida (NO_x), Sulfur Dioksida (SO₂), debu, dan kandungan Timah Hitam (Pb) di dalam debu. Menurut *The World Health Organization* (WHO), terdapat perbandingan nilai kandungan gas pencemar di dalam udara yang bersih dan udara yang tercemar.

2. Penyebab

a. Letusan gunung berapi

Bencana alam juga dapat menyebabkan polusi udara meningkat dengan cepat. Ketika gunung berapi meletus, mereka mengeluarkan abu dan gas vulkanik ke atmosfer. Abu vulkanik dapat menghitamkan langit selama berbulan-bulan. Gas vulkanik, seperti belerang dioksida, dapat membunuh penduduk sekitar dan membuat tanah menjadi tidak subur selama bertahun-tahun.

b. Pencemaran bahan bakar fosil.

Sebagian besar pencemaran udara terjadi secara tidak alamiah. Pencemaran ini berasal dari pembakaran bahan bakar fosil (batubara, minyak, dan gas alam). Ketika bensin dibakar untuk menyalakan mobil dan truk, ia menghasilkan karbon monoksida, gas yang tidak berwarna dan tidak berbau. Gas berbahaya dalam

konsentrasi tinggi, atau jumlah. Lalu lintas kota menghasilkan karbon monoksida yang sangat pekat. Mobil dan pabrik menghasilkan polutan umum lainnya, termasuk nitrogen oksida, sulfur dioksida, dan hidrokarbon. Bahan kimia ini bereaksi dengan sinar matahari menghasilkan smog, kabut tebal atau kabut polusi udara. Kabut asap begitu tebal di Linfen, China, sehingga orang jarang bisa melihat matahari. Smog bisa berwarna coklat atau biru keabu-abuan, tergantung polutan yang ada di dalamnya.

c. Gas rumah kaca dan pemanasan global.

Gas rumah kaca adalah sumber polusi udara lainnya. Gas rumah kaca seperti karbon dioksida dan metana terjadi secara alami di atmosfer. Faktanya, mereka diperlukan untuk kehidupan di Bumi. Mereka menyerap sinar matahari yang dipantulkan dari Bumi, mencegahnya keluar ke luar angkasa. Dengan memerangkap panas di atmosfer, mereka membuat Bumi cukup hangat untuk ditinggali manusia. Ini disebut efek rumah kaca.

d. Klorofluorokarbon dan lubang ozon

Masyarakat dan pemerintah dapat merespons dengan cepat dan efektif untuk mengurangi polusi udara. Bahan kimia yang disebut klorofluorokarbon (CFC) adalah bentuk berbahaya dari polusi udara yang berhasil dikurangi oleh pemerintah pada 1980-an dan 1990-an. CFC ditemukan dalam gas yang mendinginkan lemari es, produk busa, dan kaleng aerosol.

3. Dampak

Gunung Vesuvius, sebuah gunung berapi di Italia, terkenal meletus pada tahun 79, menewaskan ratusan penduduk kota Pompeii dan Herculaneum di dekatnya. Sebagian besar korban Vesuvius tidak terbunuh oleh lahar atau tanah longsor akibat letusan. Mereka tersedak, atau sesak napas, oleh gas vulkanik yang mematikan. Pada

tahun 1986, awan beracun terbentuk di atas Danau Nyos, Kamerun. Danau Nyos berada di kawah gunung berapi. Meskipun gunung berapi tidak meletus, ia mengeluarkan gas vulkanik ke dalam danau. Gas panas melewati air danau dan terkumpul sebagai awan yang menuruni lereng gunung berapi dan masuk ke lembah terdekat. Saat awan beracun bergerak melintasi lanskap, ia membunuh burung dan organisme lain di habitat aslinya. Polusi udara ini juga membunuh ribuan ternak dan sebanyak 1.700 orang.

Kabut asap membuat sulit bernapas, terutama untuk anak-anak dan orang dewasa yang lebih tua. Beberapa kota yang menderita asap ekstrim mengeluarkan peringatan polusi udara. Pemerintah Hong Kong, misalnya, akan memperingatkan masyarakat untuk tidak keluar rumah atau melakukan aktivitas beraktivitas fisik (seperti berlari atau berenang) saat kabut asap sangat tebal.

Ketika polutan udara seperti nitrogen oksida dan sulfur dioksida bercampur dengan uap air, mereka berubah menjadi asam. Mereka kemudian jatuh kembali ke bumi sebagai hujan asam. Angin sering membawa hujan asam jauh dari sumber polusi. Polutan yang dihasilkan oleh pabrik dan pembangkit listrik di Spanyol dapat jatuh sebagai hujan asam di Norwegia.

Hujan asam dapat membunuh semua pohon di hutan. Itu juga dapat menghancurkan danau, sungai, dan saluran air lainnya. Saat danau menjadi asam, ikan tidak dapat bertahan hidup. Di Swedia, hujan asam menciptakan ribuan “danau mati”, tempat ikan tidak lagi hidup.

Hujan asam juga mengikis marmer dan jenis batu lainnya. Itu telah menghapus kata-kata di batu nisan dan merusak banyak bangunan dan monumen bersejarah. Taj Mahal, di Agra, India, dulunya putih berkilauan. Paparan hujan asam selama bertahun-tahun telah membuatnya pucat. Pemerintah telah mencoba mencegah hujan asam dengan membatasi jumlah polutan yang dilepaskan ke udara. Di Eropa dan Amerika Utara, mereka berhasil, tetapi hujan

asam tetap menjadi masalah utama di negara berkembang, terutama Asia.

Pemanasan global menyebabkan lapisan es dan gletser mencair. Es yang mencair menyebabkan permukaan laut naik dengan kecepatan dua milimeter (0,09 inci) per tahun. Air laut yang naik pada akhirnya akan membanjiri daerah pantai dataran rendah. Seluruh negara, seperti pulau Maladewa, terancam oleh perubahan iklim ini. Pemanasan global juga berkontribusi terhadap fenomena pengasaman laut. Pengasaman laut adalah proses air laut menyerap lebih banyak karbon dioksida dari atmosfer. Lebih sedikit organisme yang dapat bertahan hidup di perairan yang lebih hangat dan kurang asin. Jaring makanan laut terancam karena tumbuhan dan hewan seperti karang gagal beradaptasi dengan lautan yang lebih asam.

Para ilmuwan telah meramalkan bahwa pemanasan global akan menyebabkan peningkatan badai yang parah. Ini juga akan menyebabkan lebih banyak kekeringan di beberapa daerah dan lebih banyak banjir di daerah lain. Perubahan suhu rata-rata sudah menyusutkan beberapa habitat, kawasan tempat hidup tumbuhan dan hewan secara alami. Beruang kutub berburu anjing laut dari es laut di Kutub Utara. Es yang mencair memaksa beruang kutub melakukan perjalanan lebih jauh untuk mencari makanan, dan jumlahnya menyusut.

CFC merusak lapisan ozon, sebuah wilayah di atmosfer bagian atas bumi. Lapisan ozon melindungi Bumi dengan menyerap sebagian besar radiasi ultraviolet matahari yang berbahaya. Ketika orang terpapar lebih banyak radiasi ultraviolet, mereka lebih mungkin terkena kanker kulit, penyakit mata, dan penyakit lainnya.

4. Kebijakan pengendalian

Pencemaran udara merupakan masalah lingkungan yang memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan manusia, ekosistem, dan perubahan iklim. Oleh karena itu, berbagai kebijakan telah diterapkan di tingkat global dan nasional

untuk mengendalikan serta mencegah pencemaran udara. Kebijakan ini mencakup regulasi emisi, standar kualitas udara, dan insentif untuk penggunaan energi bersih.

a. Kebijakan Global

- 1) United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCCC) atau Konvensi Kerangka Kerja PBB tentang Perubahan Iklim.

UNFCCC adalah perjanjian internasional yang bertujuan untuk menstabilkan konsentrasi gas rumah kaca di atmosfer guna mencegah dampak perubahan iklim (UN, 1992). Dalam kerangka ini, negara-negara anggota berkomitmen untuk mengurangi emisi melalui berbagai mekanisme, termasuk Protokol Kyoto dan Perjanjian Paris.

- 2) Protokol Kyoto (1997)

Protokol Kyoto mengikat negara maju untuk mengurangi emisi gas rumah kaca, terutama karbon dioksida (CO₂), metana (CH₄), dan nitrogen oksida (NO_x) (UNFCCC, 1997). Meskipun beberapa negara mengalami kesulitan dalam implementasinya, protokol ini menjadi dasar bagi kebijakan pengendalian pencemaran udara di berbagai negara.

- 3) Perjanjian Paris (2015)

Perjanjian Paris menggantikan Protokol Kyoto dan bertujuan untuk membatasi kenaikan suhu global di bawah 2°C dibandingkan dengan level pra-industri (UNFCCC, 2015). Negara-negara yang menandatangani perjanjian ini berkomitmen untuk mengurangi emisi dengan target yang ditetapkan dalam Nationally Determined Contributions (NDCs).

- 4) Panduan WHO tentang Kualitas Udara

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah menetapkan pedoman kualitas udara global yang mengatur ambang batas aman untuk polutan utama seperti PM_{2.5}, PM₁₀, NO₂, dan SO₂ (WHO, 2021).

Pedoman ini menjadi acuan bagi banyak negara dalam menetapkan standar kualitas udara nasional.

b. Kebijakan Nasional (Indonesia)

- 1) Undang-Undang No. 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup
Undang-undang ini mengatur pencegahan pencemaran udara dengan prinsip kehati-hatian, tanggung jawab hukum, dan peran serta masyarakat (Republik Indonesia, 2009). Undang-undang ini juga mewajibkan industri dan sektor transportasi untuk mengelola emisi yang dihasilkan.
- 2) Peraturan Pemerintah No. 41 Tahun 1999 tentang Pengendalian Pencemaran Udara
Peraturan ini menetapkan baku mutu udara ambien nasional dan emisi sumber tertentu, serta mengatur mekanisme pemantauan kualitas udara secara berkala (Republik Indonesia, 1999).
- 3) Instruksi Presiden No. 1 Tahun 2017 tentang Pengendalian Pencemaran Udara
Instruksi ini mewajibkan sektor transportasi, industri, dan energi untuk mengurangi emisi dengan menerapkan teknologi ramah lingkungan serta bahan bakar yang lebih bersih.
- 4) Program Langit Biru
Program ini dilaksanakan oleh Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan (KLHK) guna mendorong penggunaan bahan bakar rendah emisi dan transportasi ramah lingkungan, seperti kendaraan listrik dan biofuel (KLHK, 2020).
- 5) Standar Emisi Euro 4
Pemerintah Indonesia telah menerapkan standar emisi Euro 4 untuk kendaraan bermotor guna mengurangi kadar polutan udara seperti karbon monoksida (CO), hidrokarbon (HC), dan nitrogen oksida (NOx) (Kementerian Perindustrian, 2018).

Kebijakan di tingkat global dan nasional telah diterapkan untuk mengendalikan pencemaran udara, mulai dari perjanjian internasional seperti UNFCCC, Protokol Kyoto, dan Perjanjian Paris hingga regulasi nasional seperti UU No. 32 Tahun 2009 dan PP No. 41 Tahun 1999. Meski demikian, tantangan dalam implementasi tetap ada, seperti kepatuhan industri, kesadaran masyarakat, dan kebutuhan akan teknologi ramah lingkungan. Oleh karena itu, diperlukan kolaborasi antara pemerintah, industri, dan masyarakat untuk mewujudkan udara yang lebih bersih.

D. Pencemaran mikroplastik

1. Batasan

Pencemaran mikroplastik telah menjadi isu global yang serius dalam dekade terakhir, mengingat dampaknya yang luas terhadap ekosistem dan kesehatan manusia. Mikroplastik ditemukan di hampir semua lingkungan—laut, air tawar, tanah, udara, bahkan dalam jaringan organisme hidup. Sebagai bagian dari kajian kimia lingkungan, mikroplastik menjadi topik penting karena keterkaitannya dengan sifat kimia bahan polimer, toksisitas senyawa tambahan, serta interaksinya dengan kontaminan lain.

Mikroplastik adalah partikel plastik berukuran kurang dari 5 mm, yang terbagi menjadi dua kategori utama: mikroplastik primer dan mikroplastik sekunder (Andrady, 2011). Mikroplastik primer sengaja diproduksi dalam ukuran kecil, seperti dalam produk kosmetik dan industri tekstil. Sebaliknya, mikroplastik sekunder terbentuk dari degradasi plastik makro akibat paparan sinar UV, oksidasi, atau abrasi mekanik.

Dari perspektif kimia lingkungan, mikroplastik merupakan polimer sintesis (seperti polietilena, polipropilena, polistirena, dan poliester) yang bersifat hidrofobik, tidak mudah terurai, dan cenderung menyerap bahan kimia berbahaya dari lingkungannya, termasuk

logam berat dan senyawa organik persisten (Rochman et al., 2013).

2. Penyebab

Penyebab utama pencemaran mikroplastik sangat kompleks dan melibatkan berbagai aktivitas manusia:

- a. Produk Konsumen. Banyak produk perawatan pribadi seperti sabun, pasta gigi, dan scrub wajah mengandung *microbeads* (mikroplastik primer) yang langsung masuk ke sistem air limbah dan lolos dari penyaringan di instalasi pengolahan air limbah (Napper et al., 2015).
- b. Degradasi Plastik Makro. Plastik yang dibuang di lingkungan dapat terfragmentasi menjadi mikroplastik akibat proses fotodegradasi, oksidasi, dan aksi mekanik seperti gelombang laut dan gesekan (Andrady, 2011).
- c. Industri dan Pertanian. Dalam sektor industri, pelepasan resin plastik dan pelet dari pabrik dapat mencemari lingkungan jika tidak tertangani dengan baik. Di pertanian, penggunaan *sludge* (lumpur limbah) dari instalasi pengolahan air limbah sebagai pupuk dapat memperkenalkan mikroplastik ke dalam tanah (Nizzetto et al., 2016).
- d. Pakaian Sintetis. Pencucian pakaian berbahan sintetis seperti poliester dan nilon dapat menghasilkan serat mikroplastik yang masuk ke dalam saluran air (Browne et al., 2011).

3. Dampak

a. Dampak terhadap Lingkungan

- 1) Lingkungan Laut dan Air Tawar. Mikroplastik telah ditemukan dalam saluran pencernaan berbagai spesies laut termasuk ikan, krustasea, dan mamalia laut. Partikel ini dapat menghambat pencernaan, menyebabkan peradangan, dan bahkan kematian organisme (Wright et al., 2013). Mikroplastik juga bertindak sebagai vektor bagi senyawa toksik seperti PCB (polychlorinated biphenyls), PAH (polycyclic aromatic

hydrocarbons), dan pestisida yang dapat terakumulasi secara biomagnifikasi di rantai makanan (Teuten et al., 2009).

- 2) Tanah dan Ekosistem Terrestrial. Mikroplastik dalam tanah dapat mempengaruhi struktur tanah, mengubah retensi air, dan memengaruhi aktivitas mikroba tanah yang berperan dalam siklus nutrisi (de Souza Machado et al., 2018). Studi juga menunjukkan bahwa akar tanaman dapat menyerap partikel mikroplastik tertentu, terutama yang berukuran nano, dengan potensi masuk ke sistem pangan.

b. Dampak terhadap Kesehatan Manusia

- 1) Paparan Langsung. Mikroplastik dapat masuk ke tubuh manusia melalui inhalasi (udara yang terkontaminasi), konsumsi makanan laut, air minum, bahkan garam dapur (Kosuth et al., 2018). Di dalam tubuh, partikel mikroplastik dapat memicu stres oksidatif, peradangan jaringan, dan gangguan sistem imun, meskipun studi toksikologinya masih terus berkembang.
- 2) Paparan Tidak Langsung. Melalui biomagnifikasi, manusia sebagai konsumen puncak dapat terpapar senyawa toksik yang melekat pada mikroplastik, seperti pengganggu endokrin (BPA, ftalat), yang berkaitan dengan gangguan hormonal, kanker, dan kelainan reproduksi (Rochman et al., 2013).

4. Kebijakan pengendalian

a. Kebijakan internasional

Konvensi MARPOL (International Convention for the Prevention of Pollution from Ships).

Konvensi MARPOL, khususnya Annex V, melarang pembuangan semua jenis sampah plastik, termasuk mikroplastik, dari kapal ke laut. Negara-negara anggota diwajibkan untuk melaksanakan dan

mengawasi kepatuhan terhadap ketentuan ini (IMO, 2017).

Strategi Mikroplastik UNEP.

Program Lingkungan Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNEP) telah meluncurkan inisiatif untuk menangani mikroplastik dan sampah laut melalui program Global Partnership on Marine Litter (GPML) dan laporan-laporan yang mendorong negara anggota agar membuat kebijakan pembatasan plastik sekali pakai dan mikrobeads dalam produk kosmetik (UNEP, 2018).

Resolusi Majelis Lingkungan PBB (UNEA).

Pada sesi ke-5 tahun 2022, UNEA menyepakati resolusi bersejarah untuk menyusun instrumen hukum internasional yang mengikat secara hukum guna mengakhiri polusi plastik, termasuk mikroplastik, dengan target penyelesaian perjanjian pada 2024 (UNEA, 2022).

Strategi Uni Eropa (EU) terhadap Plastik.

Uni Eropa meluncurkan European Strategy for Plastics in a Circular Economy pada 2018. Strategi ini meliputi pelarangan mikrobeads, peningkatan desain produk agar lebih mudah didaur ulang, serta pengurangan penggunaan plastik sekali pakai (European Commission, 2018).

Uni Eropa juga memperkenalkan Directive (EU) 2019/904 mengenai pengurangan dampak plastik terhadap lingkungan, termasuk kewajiban produsen untuk mengelola limbah plastik mereka dan larangan mikroplastik dalam produk kosmetik tertentu. Kebijakan nasional

b. Kebijakan nasional

Rencana Aksi Nasional Penanggulangan Sampah Laut 2018–2025

Indonesia telah menyusun Rencana Aksi Nasional Penanggulangan Sampah Laut (RAN PSL) yang

bertujuan mengurangi sampah laut sebesar 70% pada tahun 2025. Mikroplastik menjadi bagian dari fokus kebijakan ini, melalui edukasi masyarakat tentang bahaya plastik mikro, pengurangan penggunaan plastik sekali pakai dan peningkatan sistem pengelolaan limbah dan inovasi teknologi (Kementerian Koordinator Bidang Kemaritiman, 2018).

Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 83 Tahun 2018

Perpres ini mendasari pelaksanaan RAN PSL dan mendorong keterlibatan kementerian, pemerintah daerah, sektor swasta, serta masyarakat dalam pengendalian pencemaran plastik laut, termasuk mikroplastik.

Larangan Mikroplastik dalam Produk Kosmetik

Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) telah mengambil langkah menuju pelarangan mikroplastik (mikrobeads) dalam kosmetik sejalan dengan regulasi global. BPOM mulai menyusun daftar bahan berbahaya termasuk mikroplastik, sebagai bagian dari pengawasan kosmetik ramah lingkungan (BPOM, 2022).

Peraturan Daerah dan Inisiatif Lokal

Beberapa daerah di Indonesia seperti DKI Jakarta, Bali, dan Surabaya telah menerapkan peraturan daerah yang melarang penggunaan kantong plastik sekali pakai di pusat perbelanjaan. Kebijakan ini mendukung pengurangan limbah plastik yang menjadi sumber mikroplastik (Ginting & Pranowo, 2021).

c. Tantangan

Meskipun berbagai kebijakan telah disusun, implementasinya menghadapi tantangan:

- 1) Kurangnya sistem monitoring mikroplastik di lingkungan.
- 2) Rendahnya kesadaran dan perubahan perilaku masyarakat.

- 3) Terbatasnya teknologi deteksi dan pengolahan mikroplastik di fasilitas pengolahan limbah.
- 4) Lemahnya penegakan hukum di beberapa daerah.

Untuk mengatasi tantangan ini, dibutuhkan sinergi antar pemangku kepentingan serta investasi dalam riset, edukasi, dan inovasi teknologi.

Pencemaran mikroplastik merupakan ancaman nyata bagi lingkungan dan kesehatan manusia. Dari perspektif kimia lingkungan, karakteristik kimia mikroplastik memungkinkan mereka berinteraksi dengan berbagai kontaminan, memperpanjang umur dan jangkauan racun di ekosistem. Oleh karena itu, penanggulangan masalah ini memerlukan pendekatan interdisipliner yang melibatkan sains, kebijakan publik, dan partisipasi masyarakat. Upaya pengendalian pencemaran mikroplastik membutuhkan kerangka kebijakan yang kuat baik di tingkat internasional maupun nasional. Kolaborasi antarnegara, harmonisasi regulasi, peningkatan kapasitas institusi, serta kesadaran publik adalah kunci keberhasilan dalam menghadapi krisis mikroplastik global.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrady, A.L., 2011. *Microplastics in the marine environment*. Marine Pollution Bulletin, 62(8), pp.1596–1605.
- Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), 2022. *Pengawasan Kosmetik Ramah Lingkungan: Eliminasi Mikroplastik dalam Produk Kosmetik*. [online] Available at: <https://www.pom.go.id> [Accessed 5 Apr. 2025].
- Browne, M.A., Crump, P., Niven, S.J., Teuten, E., Tonkin, A., Galloway, T. and Thompson, R., 2011. *Accumulation of microplastic on shorelines worldwide: sources and sinks*. Environmental Science & Technology, 45(21), pp.9175–9179.
- de Souza Machado, A.A., Lau, C.W., Till, J., Kloas, W., Lehmann, A., Becker, R. and Rillig, M.C., 2018. *Impacts of microplastics on the soil biophysical environment*. Environmental Science & Technology, 52(17), pp.9656–9665.
- European Commission, 2018. *A European Strategy for Plastics in a Circular Economy*. Brussels: European Commission.
- Ginting, R. and Pranowo, W.S., 2021. *Evaluasi Implementasi Kebijakan Larangan Plastik Sekali Pakai di Indonesia*. Jurnal Pengelolaan Lingkungan, 25(2), pp.145–158.
- Indraj, A., & Warpa, R. (2024). "Air Pollution and Public Health: Current Evidence." Environmental Research, 215, 114256.
- International Maritime Organization (IMO), 2017. *International Convention for the Prevention of Pollution from Ships (MARPOL) Annex V*. [online] Available at: <https://www.imo.org> [Accessed 5 Apr. 2025].
- Kementerian Koordinator Bidang Kemaritiman, 2018. *Rencana Aksi Nasional Penanggulangan Sampah Laut 2018–2025*. Jakarta: Kemenko Maritim.
- Kementerian Perindustrian. (2018). *Penerapan Standar Emisi Euro 4 di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Perindustrian.
- KLHK. (2020). *Program Langit Biru*. Jakarta: Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan.

- Kosuth, M., Mason, S.A. and Wattenberg, E.V., 2018. *Anthropogenic contamination of tap water, beer, and sea salt*. PLoS ONE, 13(4), p.e0194970.
- Napper, I.E., Bakir, A., Rowland, S.J. and Thompson, R.C., 2015. *Characterisation, quantity and sorptive properties of microplastics extracted from cosmetics*. Marine Pollution Bulletin, 99(1-2), pp.178–185.
- Nizzetto, L., Futter, M. and Langaas, S., 2016. *Are agricultural soils dumps for microplastics of urban origin?*. Environmental Science & Technology, 50(20), pp.10777–10779.
- Republik Indonesia. (1999). Peraturan Pemerintah No. 41 Tahun 1999 tentang Pengendalian Pencemaran Udara. Jakarta: Kementerian Hukum dan HAM.
- Republik Indonesia. (2009). Undang-Undang No. 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup. Jakarta: Kementerian Hukum dan HAM.
- Rochman, C.M., Hoh, E., Kurobe, T. and Teh, S.J., 2013. *Ingested plastic transfers hazardous chemicals to fish and induces hepatic stress*. Scientific Reports, 3(1), p.3263.
- Teuten, E.L., Saquing, J.M., Knappe, D.R., Barlaz, M.A., Jonsson, S., Björn, A., Rowland, S.J., Thompson, R.C., Galloway, T.S., Yamashita, R. and Ochi, D., 2009. *Transport and release of chemicals from plastics to the environment and to wildlife*. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 364(1526), pp.2027–2045.
- UN. (1992). United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCCC). New York: United Nations.
- UNFCCC. (1997). Kyoto Protocol to the United Nations Framework Convention on Climate Change. Geneva: United Nations.
- UNFCCC. (2015). The Paris Agreement. Geneva: United Nations.
- United Nations Environment Assembly (UNEA), 2022. *End Plastic Pollution: Towards an Internationally Legally Binding Instrument*. [online] Available at: <https://www.unep.org/environmentassembly> [Accessed 5 Apr. 2025].

- United Nations Environment Programme (UNEP), 2018. *Mapping of Global Plastics Value Chain and Plastics Losses to the Environment: With a Particular Focus on Marine Environment*. Nairobi: UNEP.
- WHO. (2021). *Global Air Quality Guidelines 2021*. Geneva: World Health Organization.
- Wright, S.L., Thompson, R.C. and Galloway, T.S., 2013. *The physical impacts of microplastics on marine organisms: a review*. *Environmental Pollution*, 178, pp.483–492.

BIODATA PENULIS



Jeanne d'arc Zafera Adam, AmdKG, S.Pd, M.Kes, lahir pada 20 Juli 1967 di Ratatotok dan berdomisili di Kelurahan Malalayang II Kecamatan Malalayang Kota Manado. Saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Kesehatan Manado. Penulis mengajar mata kuliah kesehatan gigi yaitu Penatalaksanaan Asistensi Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut, komunikasi dalam pelayanan kesehatan gigi, Kebutuhan Dasar Manusia, Histologi dan Anatomi fisiologi dan Ilmu Kesehatan Masyarakat. Penulis telah menulis buku Ajar Kesehatan Masyarakat dalam Kajian Keperawatan Gigi. Dan Book chapter Keperawatan Kesehatan Masyarakat, histologi, Herbal Medik.

BAB 17

Kebijakan Kesehatan dan Teknologi

* Kapten ckm Ns.irwandi,S.Kep, M,Kes *

A. Pendahuluan

Meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat dapat dicapai melalui sistem kesehatan (World Health Organization, 2010). Sistem kesehatan, beserta seluruh subsistemnya, merupakan sektor kesehatan. Sektor kesehatan merupakan sektor yang dinamis yang dipengaruhi oleh berbagai perubahan dan transformasi yang terjadi di dunia (Esfahani et al., 2018). Metode, teknik, dan peralatan yang digunakan dalam sistem kesehatan berubah dan berkembang, dipengaruhi oleh perubahan-perubahan ini. Praktik-praktik seperti herbalisme dan penyembuhan, yang lazim dilakukan pada periode awal umat manusia, kini telah digantikan oleh teknologi kesehatan yang canggih. Dengan kemajuan teknologi yang pesat, ekosistem kesehatan telah berevolusi secara signifikan dibandingkan dengan abad-abad sebelumnya (Bevere & Faccilongo, 2024).

Diasumsikan bahwa ekosistem kesehatan yang baru akan dibentuk oleh tiga elemen. Faktor pertama adalah tantangan yang dialami di bidang kesehatan dalam skala global. Tantangan-tantangan ini termasuk penuaan populasi; meningkatnya beban penyakit kronis; perubahan kebutuhan, permintaan, keinginan dan harapan; meningkatnya pengeluaran kesehatan; epidemi; dan perkembangan teknologi (Ekman et al., 2016). Elemen lain dari ekosistem adalah elemen teknologi, yang menghadirkan tantangan dan solusi di bidang kesehatan (Mosnaim et al., 2021). Teknologi kesehatan canggih,

yang dipandang sebagai salah satu tren yang akan membentuk ekosistem kesehatan baru dibahas dalam tiga kelompok: bioteknologi, kesehatan digital, dan mesin inovatif. Teknologi yang termasuk dalam kategori bioteknologi meliputi terapi gen/genom/gen, nanomedisin, vaksin, obat yang dipersonalisasi, obat sel punca, biobank, bioinformatika, dan insulin. Teknologi kesehatan digital mencakup data besar, internet of things, blockchain, telemedicine, sistem pemantauan pasien jarak jauh, virtual dan augmented reality, ekosistem teknologi terbuka, kecerdasan buatan, 5G, teknologi cloud, teknologi yang dapat dikenakan, aplikasi ponsel pintar, sensor, robotika intervensi dan rehabilitasi, serta rekam medis elektronik. Mesin inovatif termasuk drone, kendaraan udara tak berawak, pembelajaran mesin, printer 3D, robot, mobil tanpa sopir, dan perangkat seluler. Diyakini bahwa struktur tradisional sektor kesehatan saat ini tidak dapat mengatasi tantangan yang dihadapi secara memadai. Oleh karena itu, dikatakan bahwa kekuatan pendorong utama di balik kemajuan teknologi kesehatan adalah untuk mengatasi tantangan-tantangan ini. Menurut literatur, ada saran bahwa teknologi kesehatan harus digunakan dalam pembuatan kebijakan kesehatan untuk mengatasi tantangan yang ada di bidang Kesehatan (Ginsburg et al., 2024). Oleh karena itu, diusulkan bahwa elemen ketiga yang akan membentuk ekosistem kesehatan di masa depan adalah kebijakan dan tata kelola. Sub-elemen yang membentuk kebijakan dan tata kelola meliputi akses, pembiayaan, pemberian layanan, regulasi, tenaga kerja, etika, kesetaraan dan tanggung jawab sosial, keamanan hayati, keamanan siber, produksi lokal, domestik, dan nasional dalam industri kesehatan, literasi kesehatan digital, serta manajemen ekspektasi.

Untuk pengembangan ekosistem kesehatan di masa depan, negara-negara di seluruh dunia telah mulai menjalani transformasi ekosistem kesehatan mereka. Sangat penting bagi negara-negara untuk mendesain ulang sistem kesehatan mereka agar selaras dengan ekosistem kesehatan di masa depan

untuk tetap mengikuti perkembangan dan secara efektif memenuhi kebutuhan dan permintaan yang berubah.

B. Kebijakan Kesehatan dan Teknologi

1. Evolusi Kebijakan Kesehatan dalam Menanggapi Kemajuan Teknologi

Ketika kita melihat kembali perjalanan luar biasa dari kemajuan teknologi dalam perawatan kesehatan, mustahil untuk tidak merasa kagum dengan seberapa jauh kita telah melangkah dan bersemangat untuk ke mana kita akan melangkah. Dari alat medis awal hingga kecerdasan buatan yang canggih, teknologi terus mengubah perawatan pasien. Dengan menjelajahi tonggak-tonggak penting, membandingkan kemajuan dengan industri lain, dan menyoroti tren terkini, kita dapat menatap masa depan dengan penuh antisipasi dan optimisme.

a. Refleksi terhadap inovasi teknologi

Akar dari pengobatan modern berakar pada inovasi awal yang menjadi dasar bagi kemajuan saat ini. Penemuan stetoskop oleh René Laennec pada tahun 1816 merevolusi kemampuan untuk mendiagnosis kondisi pernapasan dan jantung. Penemuan sinar-X oleh Wilhelm Conrad Roentgen pada tahun 1895 memungkinkan para dokter untuk melihat ke dalam tubuh manusia tanpa pembedahan invasif. Dan siapa yang bisa melupakan penemuan penisilin oleh Alexander Fleming pada tahun 1928, yang membuka batas-batas baru dalam pengobatan infeksi bakteri? Tonggak-tonggak sejarah ini merupakan fondasi yang menjadi dasar dari teknologi yang lebih kompleks yang akan dibangun (Thacharodi et al., 2024).

b. Revolusi Digital – *A game changer*

Akhir abad ke-20 mengantarkan revolusi digital, yang secara fundamental mengubah perawatan kesehatan. Pengenalan Electronic Health Records (EHR) menggantikan catatan kertas yang tidak praktis, membuat informasi pasien lebih mudah diakses dan

koordinasi di antara para penyedia layanan kesehatan menjadi lebih lancar. Pergeseran ini sejalan dengan perpindahan industri keuangan ke perbankan online, di mana efisiensi dan akurasi menjadi norma baru (Adeniyi et al., 2024).

c. Tren Terkini yang Berdampak pada Layanan Kesehatan

Populasi yang semakin berumur panjang, munculnya teknologi transformatif, dan ketidakpastian ekonomi global yang terus berlanjut menjadi faktor utama yang memengaruhi layanan kesehatan pada tahun 2024. Kombinasi dari ketiga faktor ini membawa kita ke arah yang belum terpetakan, dengan kecerdasan buatan (AI) menjadi penggerak utama berbagai tren dalam industri Kesehatan (Bekbolatova et al., 2024).

Perkembangan teknologi kesehatan digital menunjukkan pergeseran besar menuju pemberdayaan pasien dan kolaborasi dalam perawatan kesehatan. Hal ini mendorong pasien untuk lebih aktif dalam pengambilan keputusan medis serta berperan dalam pengembangan layanan kesehatan yang lebih personal dan efektif.

Transformasi ini tidak hanya mengubah hubungan tradisional antara pasien dan dokter, tetapi juga membentuk kemitraan yang lebih kolaboratif. Selain itu, inovasi dalam teknologi kesehatan semakin berkembang, memungkinkan layanan medis yang lebih efisien, akurat, dan berbasis data.

Kemajuan teknologi utama yang mempengaruhi kebijakan kesehatan meliputi:

a. Telemedicine

Telemedicine, yang dimulai pada awal tahun 2000-an, telah secara signifikan meningkatkan akses terhadap perawatan kesehatan dengan menghubungkan pasien dan penyedia layanan kesehatan di daerah terpencil dan kurang terlayani, seperti halnya platform e-commerce yang merevolusi aksesibilitas terhadap

barang dan jasa. Masa depan telemedicine akan semakin mengubah perawatan kesehatan dengan diagnostik berbasis AI, pemantauan pasien jarak jauh melalui perangkat IoT dan perangkat yang dapat dikenakan, serta pemeriksaan fisik virtual tingkat lanjut menggunakan pencitraan resolusi tinggi dan ultrasound seluler. Interoperabilitas dan integrasi data yang ditingkatkan akan memastikan integrasi telemedis yang mulus ke dalam layanan kesehatan holistik.

b. *Clinical Decision Support Systems*

Clinical Decision Support (CDS) berkembang dengan cepat, menggabungkan AI dan pembelajaran mesin untuk memberikan rekomendasi yang lebih tepat dan personal. Tren yang muncul meliputi integrasi yang lebih besar dengan *Electronic Health Records* (EHR) dan penggunaan analitik prediktif untuk meramalkan potensi masalah kesehatan sebelum masalah tersebut muncul. Seiring dengan semakin canggihnya alat-alat ini, mereka diharapkan dapat memainkan peran yang semakin penting dalam meningkatkan hasil yang lebih baik bagi pasien dan mengoptimalkan alur kerja perawatan kesehatan.

c. *Virtual Nursing and Rapid Response Systems*

Virtual Nursing, yang ditingkatkan dengan teknologi respons cepat, disiapkan untuk mengubah perawatan kesehatan dengan memastikan intervensi yang tepat waktu dan pemantauan pasien secara real-time. Integrasi ini memungkinkan perawat untuk memberikan perawatan yang efisien dan dipersonalisasi dari jarak jauh, yang sangat bermanfaat bagi pasien di daerah pedesaan atau mereka yang memiliki masalah mobilitas. Masa depan keperawatan virtual kemungkinan akan melihat kemajuan lebih lanjut dalam alat yang digerakkan oleh AI, teknologi kesehatan yang dapat dikenakan, dan integrasi catatan kesehatan elektronik

tanpa batas, yang mengarah pada perawatan pasien yang lebih proaktif dan personal.

d. *Hospital at Home*

Pemantauan jarak jauh untuk perawatan lansia di rumah dan pasca pulang dari rumah sakit merevolusi cara kita mendukung populasi lansia. Dengan menggunakan teknologi canggih seperti perangkat yang dapat dikenakan dan sistem rumah pintar, pengasuh dapat melacak tanda-tanda vital, mendeteksi jatuh, dan memastikan kepatuhan pengobatan secara real-time. Pendekatan ini tidak hanya meningkatkan keselamatan dan kesejahteraan para lansia, tetapi juga memberikan ketenangan pikiran bagi keluarga mereka, karena mengetahui bahwa bantuan selalu ada di depan mata.

e. *Wearable*

Teknologi yang dapat dikenakan mengubah perawatan kesehatan dengan menyediakan pemantauan tanda-tanda vital, aktivitas fisik, dan pola tidur secara real-time, yang memberdayakan pasien dan dokter. Perangkat seperti pelacak kebugaran, jam tangan pintar, dan monitor EKG yang dapat dikenakan menawarkan pemantauan kesehatan yang berkelanjutan, memungkinkan deteksi dini terhadap potensi masalah kesehatan dan mendukung manajemen proaktif terhadap kondisi kronis. Hal ini dapat dibandingkan dengan mobil yang terhubung dengan industri otomotif, yang mengumpulkan data waktu nyata untuk meningkatkan keselamatan dan kinerja, menyoroti manfaat pemantauan berkelanjutan dan wawasan berbasis data di kedua bidang tersebut. Ke depannya, masa depan teknologi yang dapat dikenakan menjanjikan kemajuan yang lebih besar lagi, seperti integrasi dengan AI untuk analisis kesehatan prediktif dan sensor biometrik yang lebih canggih, yang akan semakin meningkatkan perawatan kesehatan yang

dipersonalisasi dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan.

f. ***Robotic***

Teknologi robotika dalam perawatan kesehatan secara signifikan memajukan perawatan pasien melalui inovasi seperti robot bedah, yang meningkatkan presisi dan memungkinkan prosedur invasif minimal. Aplikasi saat ini termasuk pencitraan, diagnosis, dan bedah teleskopik yang disempurnakan dengan AI, yang memungkinkan operasi dan pelatihan jarak jauh, yang meningkatkan efisiensi dan keamanan dalam lingkungan medis. Ke depannya, integrasi AI dengan robotika diharapkan dapat menghasilkan aplikasi yang lebih canggih lagi, seperti sistem bedah otonom dan pengasuh robot yang dipersonalisasi, yang siap merevolusi layanan kesehatan dengan meningkatkan hasil dan efisiensi operasional.

g. ***Personalisasi pengobatan dan AI***

AI Generatif dan genomik yang digerakkan oleh AI merevolusi perawatan kesehatan dengan mendemokratisasi akses ke teknologi canggih dan meningkatkan interpretasi data genetik yang kompleks. AI Generatif menciptakan data sintesis dan mengembangkan chatbot, memungkinkan analisis cepat dari kumpulan data besar untuk diagnosis yang akurat, rencana perawatan yang dipersonalisasi, dan meningkatkan efisiensi operasional melalui analisis data waktu nyata dan analisis prediktif. Genomik yang digerakkan oleh AI semakin menyempurnakan diagnostik dan pengobatan dengan menganalisis sejumlah besar informasi genomik untuk mengidentifikasi pola dan varian terkait penyakit yang krusial, mengintegrasikan berbagai modalitas data untuk meningkatkan model prediktif dan strategi terapeutik. Pendekatan gabungan ini menjanjikan dampak transformatif pada perawatan pasien dan penelitian medis

h. ***Virtual Healthcare Assistants***

Virtual Healthcare Assistants yang digerakkan oleh AI mengubah perawatan pasien di luar konsultasi tradisional. Asisten ini menawarkan rekomendasi kesehatan yang dipersonalisasi, memantau kondisi kronis, dan memberikan saran medis yang tepat waktu, sehingga secara signifikan meningkatkan keterlibatan dan aksesibilitas pasien. Dengan memanfaatkan AI, asisten virtual ini meningkatkan efisiensi dan hasil perawatan kesehatan, memastikan pasien menerima perawatan yang konsisten dan berkualitas tinggi tanpa kendala janji temu langsung.

i. ***Digital Twins***

Digital Twins dalam perawatan kesehatan adalah model virtual terperinci yang dibuat menggunakan data waktu nyata untuk memprediksi perilaku fisiologis dan menginformasikan perawatan yang ditargetkan. Sebagai contoh, para peneliti Johns Hopkins menggunakan kembaran digital jantung pasien untuk mensimulasikan dan mengobati aritmia dengan memahami perambatan gelombang listrik dan kerusakan jaringan. Selain itu, Cleveland Clinic menggunakan Digital Twins untuk mempelajari dampak lingkungan sekitar terhadap kesehatan, mengintegrasikan data dari catatan kesehatan elektronik dan faktor sosio-ekonomi untuk mengatasi kesenjangan kesehatan dan meningkatkan kesetaraan kesehatan. Replika virtual ini menawarkan diagnosis yang dipersonalisasi tingkat lanjut, perencanaan perawatan, dan pemantauan waktu nyata, meningkatkan akurasi prediksi dan mendukung uji klinis dan penelitian penyakit.

j. ***Rumah Sakit Virtual yang Didukung IoT***

Layanan kesehatan bertenaga IoT merevolusi perawatan pasien dengan memungkinkan pemantauan jarak jauh, pelacakan kesehatan waktu nyata, dan peringatan otomatis, yang mengarah pada perawatan yang lebih

proaktif dan personal. Teknologi ini meningkatkan hasil yang lebih baik bagi pasien, terutama dalam mengelola kondisi kronis, dan membuat layanan kesehatan lebih mudah diakses dan responsif. Saat ini, perangkat IoT seperti monitor kesehatan yang dapat dikenakan dan peralatan medis pintar menyediakan data berharga yang meningkatkan hasil pasien dan efisiensi operasional. Melihat ke masa depan, kemajuan dalam IoT, yang dikombinasikan dengan teknologi AI dan 5G, menjanjikan aplikasi yang lebih canggih lagi seperti analitik prediktif untuk perawatan pencegahan dan rencana perawatan yang dipersonalisasi

k. ***Virtual dan Augmented Reality***

Virtual Reality (VR) dan Augmented Reality (AR) merevolusi bidang medis. VR digunakan untuk pelatihan medis, memungkinkan siswa untuk mempraktikkan prosedur dalam lingkungan virtual yang bebas risiko. VR juga memainkan peran penting dalam manajemen nyeri dan terapi, membantu pasien menemukan kelegaan dan membantu proses rehabilitasi mereka. Sementara itu, AR membantu ahli bedah dengan memberikan informasi digital selama prosedur, meningkatkan ketepatan dan meningkatkan hasil.

l. **3D printing**

Printing 3D merevolusi perawatan kesehatan dengan memungkinkan produksi yang cepat dan penyesuaian yang tepat untuk alat medis, prostetik, implan, dan organ yang berpotensi untuk transplantasi. Teknologi ini secara signifikan meningkatkan perawatan pasien dengan memberikan solusi khusus yang mengurangi biaya operasi, mengurangi waktu operasi, dan meningkatkan hasil pasien. Selain itu, pencetakan 3D memungkinkan pembuatan model anatomi khusus pasien, yang sangat berharga untuk perencanaan bedah dan meningkatkan ketepatan dan efektivitas prosedur medis. Melihat ke masa depan, kemajuan dalam

bioprinting menjanjikan untuk memproduksi jaringan dan organ hidup, yang berpotensi mengatasi kekurangan donasi organ dan mengurangi komplikasi yang berkaitan dengan penolakan kekebalan tubuh (Siripurapu et al., 2023).

2. Tantangan dalam Menerapkan Kebijakan Kesehatan dalam kemajuan teknologi

Dalam sebuah tinjauan sistematis (Santos et al., 2024), terdapat beberapa tantangan dalam merumuskan dan mengimplementasikan kebijakan Kesehatan dalam era teknologi digital. Tantangan-tantangan tersebut dikelompokkan dalam tujuh kategori utama, yaitu:

a. Perlunya kebijakan dan peraturan yang jelas

Di antara tantangan yang ada, kebutuhan akan kebijakan dan peraturan yang jelas untuk implementasi teknologi kesehatan sangat menonjol. Kurangnya pedoman yang jelas dapat menyulitkan mereka yang bertanggung jawab untuk mengimplementasikan teknologi untuk mengadopsi teknologi tersebut.

b. Penerimaan dan adaptasi pasien dan tenaga kesehatan profesional

Penerimaan dan adaptasi pasien dan tenaga kesehatan juga merupakan tantangan penting yang harus dihadapi. Adopsi teknologi kesehatan dapat melibatkan perubahan signifikan dalam rutinitas dan praktik klinis para profesional kesehatan, yang dapat menyebabkan resistensi dan kurangnya kepatuhan terhadap teknologi di pihak para profesional ini. Selain itu, banyak pasien mungkin mengalami kesulitan dalam menggunakan teknologi, yang dapat memengaruhi kepatuhan mereka terhadap teknologi kesehatan.

- c. Pengembangan kapasitas dan pelatihan profesional kesehatan
Kualifikasi dan pelatihan tenaga kesehatan juga merupakan tantangan penting. Kurangnya pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan profesional dapat membatasi adopsi teknologi kesehatan, sehingga mempengaruhi efisiensi dan efektivitasnya.
- d. Integrasi sistem dan perangkat
Tantangan utama lainnya adalah integrasi sistem dan perangkat, karena interoperabilitas antar sistem sangat penting untuk efisiensi teknologi kesehatan. Kurangnya standar umum dan sistem yang tidak kompatibel dapat membatasi efisiensi teknologi kesehatan.
- e. Keamanan dan privasi data Kesehatan
Keamanan dan privasi data perawatan kesehatan merupakan tantangan penting yang harus diatasi. Perlindungan yang tepat terhadap data perawatan kesehatan sangat penting untuk kepercayaan pasien terhadap teknologi perawatan kesehatan, dan kurangnya privasi dan keamanan data dapat membatasi adopsi dan penggunaannya dalam skala besar.
- f. Mengurangi biaya dan kompleksitas teknologi
Pengurangan biaya dan kompleksitas teknologi merupakan tantangan lain yang harus diatasi. Menerapkan teknologi perawatan kesehatan dapat membutuhkan investasi yang signifikan dalam teknologi dan infrastruktur canggih, yang dapat menjadi hambatan bagi banyak organisasi perawatan kesehatan.
- g. Manajemen data dan teknologi digital
Meningkatnya jumlah data dan informasi yang tersedia dapat membuat tim perawatan kesehatan kewalahan, sehingga sulit untuk menganalisis dan menginterpretasikan data ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Adeniyi, A. O., Arowoogun, J. O., Chidi, R., Okolo, C. A., & Babawarun, O. (2024). The impact of electronic health records on patient care and outcomes: A comprehensive review. *World Journal of Advanced Research and Reviews*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:268067304>
- Bekbolatova, M., Mayer, J., Ong, C. W., & Toma, M. (2024). Transformative Potential of AI in Healthcare: Definitions, Applications, and Navigating the Ethical Landscape and Public Perspectives. *Healthcare*, 12(2). <https://doi.org/10.3390/healthcare12020125>
- Bevere, D., & Faccilongo, N. (2024). Shaping the Future of Healthcare: Integrating Ecology and Digital Innovation. *Sustainability*, 16(9). <https://doi.org/10.3390/su16093835>
- Ekman, I., Busse, R., Van Ginneken, E., Van Hoof, C., Van Ittersum, L., Klink, A., Kremer, J. A., Miraldo, M., Olauson, A., & De Raedt, W. (2016). Health-care improvements in a financially constrained environment. *The Lancet*, 387(10019), 646–647.
- Esfahani, P., Mosadeghrad, A. M., & Akbarisari, A. (2018). The success of strategic planning in health care organizations of Iran. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(6), 563–574. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-08-2017-0145>
- Ginsburg, G. S., Picard, R. W., & Friend, S. H. (2024). Key Issues as Wearable Digital Health Technologies Enter Clinical Care. *New England Journal of Medicine*, 390(12), 1118–1127. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2307160>
- Mosnaim, G., Safioti, G., Brown, R., DePietro, M., Szeffler, S. J., Lang, D. M., Portnoy, J. M., Bukstein, D. A., Bacharier, L. B., & Merchant, R. K. (2021). Digital Health Technology in Asthma: A Comprehensive Scoping Review. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 9(6), 2377–2398. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaip.2021.02.028>

- Santos, T. R., Dias, E., & Scoton, L. (2024). *Barriers and Challenges for Implementing Health 4.0*.
<https://doi.org/10.20944/preprints202412.1485.v1>
- Siripurapu, S., Darimireddy, N. K., Chehri, A., B., S., & A.V., P. (2023). Technological Advancements and Elucidation Gadgets for Healthcare Applications: An Exhaustive Methodological Review-Part-II (Robotics, Drones, 3D-Printing, Internet of Things, Virtual/Augmented and Mixed Reality). *Electronics*, 12(3).
<https://doi.org/10.3390/electronics12030548>
- Thacharodi, A., Singh, P., Meenatchi, R., Tawfeeq Ahmed, Z. H., Kumar, R. R. S., V, N., Kavish, S., Maqbool, M., & Hassan, S. (2024). Revolutionizing healthcare and medicine: The impact of modern technologies for a healthier future—A comprehensive review. *Health Care Science*, 3(5), 329–349.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/hcs2.115>
- World Health Organization. (2010). Key components of a well functioning health system. *World Health Organization*.

BIODATA PENULIS



Kapten ckm Ns.irwandi, S.Kep, M.Kes. lahir Kerinci 12 agustus 1977 menyelesaikan pendidikan D3 PRODI Keperawatan Poltekkes Bandung, S1 STIKES Syedza Saintika PADANG, S2 universitas Kader bangsa sampai saat ini penulis sebagai Dosen di STIKES Garuda Putih Jambi



PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

