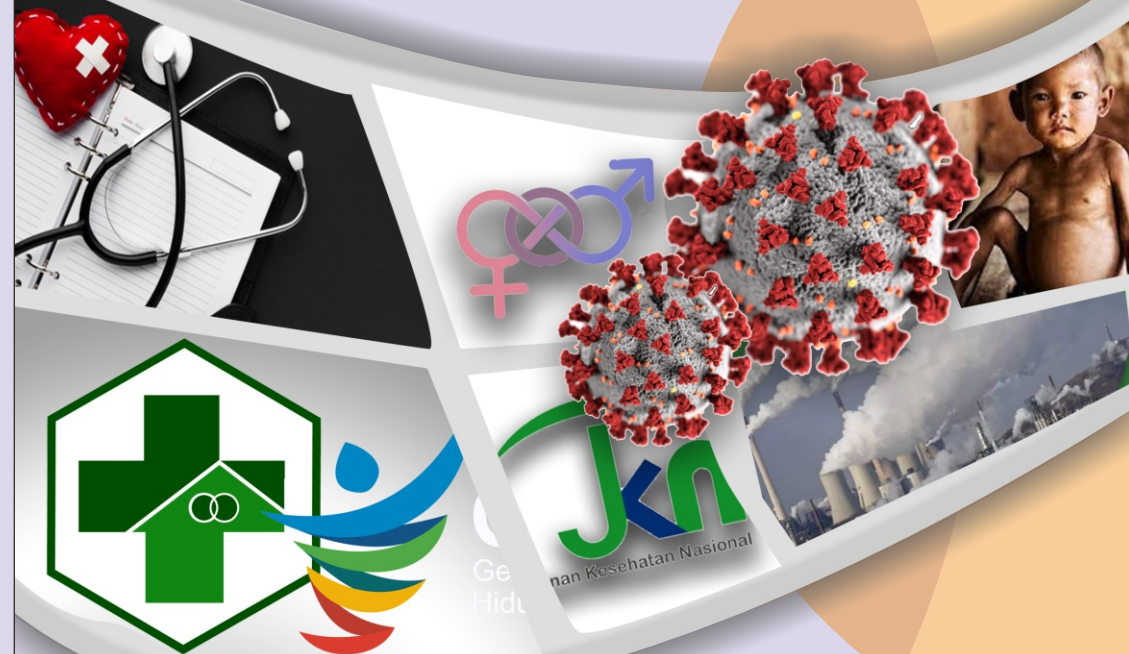


ISBN 978-623-6340-07-3

BUKU AJAR: KAJIAN MASALAH MANAJEMEN KESEHATAN



Disusun oleh :

Syamsul Arifin
Husaini
Rosihan Adhani
Meitria Syahadatina Noor
Fauzie Rahman
Lenie Marlinae
Ayu Riana Sari
Nur Laily



083867708263



cv.mine7



mine mine



Penerbit : cv. Mine
Perum Sidorejo Bumi Indah F 153
Rt 11 Ngestiharjo Kasihan Bantul
Mobile : 083867708263
email : cv.mine.7@gmail.com

ISBN 978-623-6340-07-3



KAJIAN MASALAH MANAJEMEN KESEHATAN

Oleh:

Syamsul Arifin

Husaini

Rosihan Adhani

Meitria Syahadatina Noor

Fauzie Rahman

Lenie Marlinae

Ayu Riana Sari

Nur Laily



KAJIAN MASALAH MANAJEMEN KESEHATAN

Oleh:

Syamsul Arifin

Husaini

Rosihan Adhani

Meitria Syahadatina Noor

Fauzie Rahman

Lenie Marlinae

Ayu Riana Sari

Nur Laily

Hak Cipta © 2021, pada penulis

Hak publikasi pada Penerbit CV Mine

Dilarang memperbanyak, memperbanyak sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk apapun, tanpa izin tertulis dari penerbit.

© HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-UNDANG

Cetakan ke-1 Tahun 2021 CV Mine

Perum SBI F153 Rt 11 Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta-55182 Telp: 083867708263 Email: cv.mine.7@gmail.com

ISBN : 978-623-6340-07-3

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat-Nya kepada kami sehingga dapat menyelesaikan buku tentang kajian masalah manajemen kesehatan ini tepat pada waktunya. Kami menyadari bahwa penulisan buku ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu kami sangat mengaharapkan masukan berupa kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan buku ini dikemudian hari. Kami berharap buku ini dapat dimanfaatkan sebaik mungkin bagi pembaca.

Banjarbaru, Juni 2021

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	I
Daftar Isi	ii
BAB I Konsep Manajemen Kesehatan Dan Ideologi Kesehatan di Indonesia.....	1
BAB II Implikasi Hasil Pembangunan Terhadap Sektor Kesehatan.....	12
BAB III Elemen Perubahan Paradigma Desentralisasi Kesehatan.....	44
BAB IV Pembiayaan Kesehatan Dari Sektor Pemerintah dan Swasta...	73
BAB V Manajemen Keuangan Kesehatan.....	80
BAB VI Pengelolaan Sumber Daya Manusia pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	99
BAB VII Kajian Masalah Berkaitan dengan Permasalahan Gizi Masyarakat pada Aspek Manajemen Kesehatan.....	112
BAB VIII Kajian Masalah Berkaitan dengan Permasalahan Kesehatan Ibu dan Anak pada Aspek Manajemen Kesehatan.....	157
BAB IX Kajian Masalah Berkaitan dengan Permasalahan Kesehatan Reproduksi pada Aspek Manajemen Kesehatan.....	201

BAB X	Kajian Masalah Berkaitan dengan Permasalahan Penyakit Tidak Menular pada Aspek Manajemen Kesehatan.....	214
BAB XI	Kajian Masalah Berkaitan dengan Permasalahan Penyakit Menular pada Aspek Manajemen Kesehatan.....	231
BAB XII	Kajian Masalah Berkaitan dengan Permasalahan Kesehatan Lingkungan pada Aspek Manajemen Kesehatan.....	243
BAB XIII	Kajian Masalah Berkaitan dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Aspek Manajemen Kesehatan.....	264

DAFTAR PUSTAKA

BAB I

KONSEP MANAJEMEN KESEHATAN DAN IDEOLOGI KESEHATAN DI INDONESIA

A. Arah Pandangan Manajemen Kesehatan Indonesia

Manajemen kesehatan adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan non petugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Dengan kata lain, manajemen kesehatan masyarakat adalah penerapan manajemen umum dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, yang menjadi objek dan sasaran manajemen adalah sistem pelayanan kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

Sehat adalah suatu keadaan yang optimal baik fisik, mental, maupun sosial dan tidak hanya terbatas pada keadaan bebas dari penyakit atau kelemahan. Tujuan sehat yang ingin dicapai oleh sistem kesehatan adalah peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sesuai tujuan sistem kesehatan tersebut, administrasi (manajemen) kesehatan tidak dapat disamakan dengan administrasi niaga (*business*

administration) yang lebih banyak berorientasi pada upaya mencari keuntungan finansial (*profit oriented*). Administrasi kesehatan lebih tepat digolongkan dalam administrasi umum atau publik (*public administration*). Oleh karena itu, organisasi kesehatan lebih mementingkan pencapaian kesejahteraan masyarakat umum.

Manajemen paradigma baru merupakan manajemen profesional gaya baru dengan visi dan misi masa depan untuk menjadi unggulan dan terbaik (*the best*). Membangun program kerja melalui proses POAC dan penggunaan sumber daya 6M serta sinergi aktivitas dengan kecepatan tinggi (*speedy*). Berdasarkan teknologi informasi, dirancang sistem manajemen organisasi bersifat fleksibel yang adaptif, responsif, dan peka terhadap perubahan (*change*) sehingga model manajemen dan produknya selalu dalam kondisi terbaru (*the new*). Menjelajah cakrawala berbasis perubahan (*change*), berwawasan lingkungan (*environment*), dan bernuansa kewirausahaan (*entrepreneurship*) secara terpadu.

Singkatnya, manajemen paradigma baru merupakan manajemen profesional gaya baru berbasis perubahan (*change*), berwawasan lingkungan (*environment*), bernuansa kewirausahaan (*entrepreneurship*), yang berorientasi pada efektivitas pencapaian sasaran dan efisiensi penggunaan sumber daya untuk mencapai tujuan. Dapat diungkapkan lebih sederhana bahwa manajemen paradigma baru merupakan manajemen profesional gaya baru berbasis perubahan (*change*) yang berorientasi pada efektivitas dan efisiensi untuk mencapai tujuan. Lebih spesifik lagi dikenal dengan manajemen reformatif, manajemen demokratis, manajemen partisipatif, dan manajemen efektif.

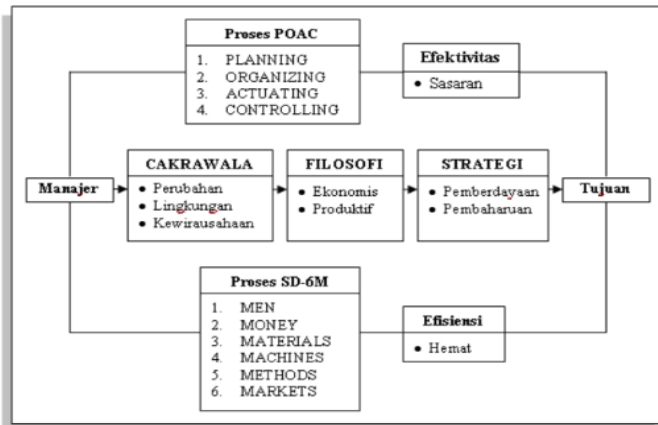
Strategi manajemen paradigma baru adalah suatu tata cara atau taktik dan siasat yang diarahkan untuk mencapai tujuan berikut.

Pertama, Pemberdayaan (*Empowerment*): Mengembangkan potensi kapasitas daya guna dari berbagai unsur sumber daya; Maksimalisasi pemanfaatan kapasitas daya guna dari berbagai unsur sumber daya; Pemberdayaan dapat dilakukan dengan cara:

kepemimpinan, motivasi, komunikasi, koordinasi, diklat, litbang, renovasi, rehabilitasi, dan modifikasi sehingga menjadi daya saing atau kekuatan yang tangguh untuk mencapai sesuatu yang terkuat dan terbaik (*the best*), yaitu mencegah kapasitas menganggur (*idle capacity*) dan mencapai kapasitas penuh (*full capacity*).

Kedua, Pembaharuan (*Reformation*): Berevolusi dan orientasi pada perubahan (*change*) dari kondisi lama (*status quo*) menjadi kondisi baru (*reformis*) diberbagai sektor; Menggali peluang untuk menciptakan sesuatu yang tidak sempurna menjadi sempurna (teori ketidaksempurnaan), menciptakan sesuatu yang tidak ada menjadi ada (teori kreatif), menciptakan sesuatu yang tidak mungkin menjadi mungkin (teori inovatif); Pembaharuan dapat dilakukan dengan cara: imajinasi, inspirasi, kreatif, inovasi, ide, prakarsa, inisiatif sehingga menjadi daya cipta atau kekuatan yang dinamis untuk menciptakan sesuatu yang terdepan yang beda (*unique*) dan yang baru (*the new*), yaitu perbaikan terus-menerus (*continuous improvement*) dan inovasi berkelanjutan (*continuous innovation*).

Model manajemen paradigma baru terbagi atas dua bagian. Pertama, model manajemen paradigma baru merupakan manajemen profesional gaya baru berbasis perubahan dan sebagai perpaduan dari manajemen berdasarkan sasaran (*management by objectives/MBO*), manajemen berdasarkan pengecualian (*management by exception/MBE*), dan manajemen modern lain untuk mencapai hasil yang terbaik secara efektif dan efisien. Kedua, proses model manajemen paradigma baru bermula dari proses POAC dan penggunaan SD-6M, selanjutnya menjelajah cakrawala perubahan, lingkungan, dan kewirausahaan, filosofi mendasari prinsip ekonomis dan produktif, strategi menggunakan taktik pemberdayaan dan pembaharuan, orientasi pada efektivitas dan efisiensi, dan berakhir pada pencapaian tujuan.



Gambar 1 Mekanisme Model Manajemen Paradigma Baru

B. Ideologi Kesehatan Di Indonesia

Aspek ideologi tampaknya cukup berperan dalam penyusunan kebijakan kesehatan di Indonesia. Ideologi apa yang dianut oleh Pemerintah Indonesia dalam penerapan kebijakannya? Apakah sosialisme, kapitalisme, etatisme, neoliberal, atau Pancasila?

a) Ideologi Sistem Kesehatan dan Tahapan Sejarah Indonesia

Berikut ideologi sistem kesehatan yang diterapkan di Indonesia seiring dengan tahapan sejarah yang berkembang selama ini (Laksono Trisnantoro, 2010).

Tabel 1. Perjalanan Ideologi Sistem Kesehatan di Indonesia

Periode	Kondisi
Sebelum 1945: periode kolonialisme (anggaran kesehatan tidak untuk semua orang)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemerintah Hindia Belanda tidak menerapkan <i>welfare state</i>. 2. Pelayanan kesehatan diselenggarakan untuk pegawai pemerintah, militer, dan pegawai perusahaan besar. 3. Rumah sakit dan pelayanan kesehatan misionaris bekerja dalam lingkup terbatas.
1945—1965: Kemerdekaan dan Orde Lama (anggaran kesehatan tidak untuk semua orang)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periode penekanan kekuatan pasar. 2. Tidak ada kebijakan pembiayaan kesehatan nasional yang jelas. 3. Terdapat undang-undang pelayanan kesehatan untuk keluarga kurang mampu pada awal tahun 1950-an, tetapi pelaksanaannya masih minim. 4. Asuransi kesehatan dan jaminan sosial terbatas pada pegawai pemerintah, militer, dan perusahaan besar.
1965—1999: Orde Baru (anggaran kesehatan tidak untuk semua orang)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ekonomi pasar diperkenalkan. 2. Sektor swasta tumbuh pesat, termasuk rumah sakit swasta.
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Terdapat korporasi pelayanan medis berbasis kekuatan pasar. 4. Tidak ada peraturan yang jelas terkait pasar kesehatan. 5. Dokter medis mempunyai budaya dan kecenderungan praktik beragam dalam melayani masyarakat yang tergolong mampu. 6. Tahun 1997: krisis ekonomi menghancurkan mekanisme keselamatan sosial, termasuk kesehatan.
1999—sekarang : era desentralisasi (anggaran kesehatan mulai ditujukan untuk semua orang)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Era desentralisasi dimulai sejak jatuhnya Mantan Presiden Suharto tahun 1998. 2. Pemilihan presiden dan gubernur atau kepala daerah secara langsung. 3. Kebijakan lebih merata di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten atau kota. 4. Keluarga miskin mendapatkan pelayanan kesehatan dan rumah sakit gratis. 5. Skema keluarga miskin menjadi isu politik.

b) Ideologi yang Dianut oleh Kebijakan Kesehatan di Indonesia?

Ideologi apa yang dianut oleh Pemerintah Indonesia dalam penerapan kebijakan kesehatannya? Apakah sosialisme, kapitalisme, etatisme, neoliberal, atau Pancasila? Sebuah pertanyaan yang cukup sulit dijawab karena dalam perjalanan sejarah terjadi pergeseran, bahkan pencampuran berbagai ideologi. Hal ini tampak dalam kebijakan pendirian rumah sakit swasta. Sejak zaman Belanda, pihak swasta diberi peran yang cukup signifikan untuk turut serta dalam membangun rumah sakit. Dengan demikian, sejak awal berdirinya, sebenarnya Indonesia sudah mempunyai ideologi yang berbasis pasar. Hal ini juga tampak dengan adanya kelas-kelas (VIP, kelas 1, dan kelas 2) dalam rumah sakit yang menunjukkan pengakuan terhadap struktur masyarakat yang didasarkan pada hierarki sosial ekonomi.

Ideologi berbasis pasar ini semakin tampak pada masa Orde Baru yang semakin lama semakin mengurangi peran pemerintah. Contohnya, berkurangnya

subsidi negara dan didorongnya kemandirian dan peran serta masyarakat dalam membiayai pengobatan sehingga rumah sakit boleh memungut tarif dari masyarakat langsung. Dari tahun ke tahun, tampak bahwa pembangunan rumah sakit swasta yang berbentuk PT semakin meningkat.

Namun, menarik untuk diamati bahwa dalam beberapa tahun belakangan ini, terjadi penguatan peran pemerintah yang mencerminkan ideologi yang tidak menyerahkannya kepada pasar. Contohnya adalah program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) yang dananya berasal dari pemerintah pusat dan berfungsi membeli premi asuransi kesehatan bagi orang miskin. Kebijakan ini menunjukkan bahwa pemerintah merasa perlu lebih berperan dalam pembiayaan kesehatan.

c) Ideologi sebagai Pedoman Penetapan Kebijakan dan Pelaksanaannya

Kebijakan kesehatan memerlukan mekanisme kontrol dan pola pengelolaan yang tepat. Dalam hal ini ideologi dapat dipergunakan menjadi pedoman. Sebagai

gambaran dalam Jampersal diharapkan, “jangan sampai orang kaya masuk VIP sebuah RS lalu meminta Jampersal membiayai persalinannya di kelas 3, dan dia membayar selisihnya”. Hal ini penting ditekankan karena Indonesia yang sangat luas ini mempunyai infrastruktur layanan kesehatan yang amat beragam. Daerah NTT dan Papua kekurangan dokter dan fasilitas kesehatan yang memadai sehingga Jampersal atau pelayanan kesehatan gratis tidak akan dirasakan manfaatnya oleh masyarakat jika di daerahnya tidak ada fasilitas kesehatan yang memadai dan tenaga kesehatan yang cukup. Bila orang kaya menggunakan Jampersal tanpa kontrol, maka akan ada kegagalan Jampersal untuk meratakan pelayanan ke daerah sulit. Dana Jampersal akan tersedot oleh masyarakat kaya atau yang tinggal di dekat sarana dan SDM kesehatan. Untuk itu, sebenarnya Jamkesmas dan Jampersal saja tidak cukup kalau tidak diiringi pembangunan infrastruktur kesehatan.

Pemerintah harus juga memikirkan alokasi biaya investasi dan pemerataan SDM kesehatan, bukan hanya biaya operasional saja. Dengan pedoman ideologi,

kebijakan pemerintah dalam konteks Jampersal ini dapat lebih terarah untuk membantu masyarakat yang memang perlu dibantu.

Untuk itu, apa pun ideologinya sebaiknya tetap memperhatikan —tombol pengendali yang dapat memengaruhi hasil pembangunan kesehatan. Tombol kendali ini terdiri atas pembiayaan, pembayaran, pengorganisasian, regulasi, dan promosi. Dengan mengatur kendali yang tepat akan didapatkan hasil kinerja kesehatan yang baik pula. Misalnya, pembiayaan kesehatan yang saat ini berupa Jamkesmas tidak akan dapat menghasilkan kinerja yang baik tanpa sistem pembayaran kepada dokter atau rumah sakit yang memuaskan. 2011).

BAB II

IMPLIKASI HASIL PEMBANGUNAN TERHADAP SEKTOR KESEHATAN

A. Pembangunan Nasional

Pembangunan nasional merupakan rangkaian upaya pembangunan yang berkesinambungan dan meliputi seluruh kehidupan masyarakat, bangsa, dan negara dalam rangka mewujudkan Tujuan Nasional Bangsa Indonesia yang maju, mandiri, sejahtera, berkeadilan, berdasarkan iman dan takwa kepada Tuhan Yang Maha Kuasa sesuai tujuan yang tercantum di dalam alinea ke-empat Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 yaitu bahwa hakikat pembangunan nasional adalah untuk mencerdaskan kehidupan bangsa, menciptakan kesejahteraan umum, melindungi seluruh tumpah darah Indonesia, dan membantu melaksanakan ketertiban dunia dan perdamaian abadi (BPS Indonesia, 2015). Pelaksanaan pembangunan mencakup aspek kehidupan bangsa, yaitu aspek politik, ekonomi, sosial budaya, kesehatan, dan pertahanan keamanan secara berencana, menyeluruh, terarah, terpadu, bertahap dan

berkelanjutan untuk memacu peningkatan kemampuan nasional dalam rangka mewujudkan kehidupan yang sejajar dan sederajat dengan bangsa lain yang lebih maju. Oleh karena itu, sesungguhnya pembangunan nasional merupakan pencerminan kehendak untuk terus menerus meningkatkan kesejahteraan dan kemakmuran rakyat Indonesia (Alisjahbana dan Murniningtyas, 2018).

Pembangunan nasional menekankan pada perluasan pilihan masyarakat untuk hidup penuh dengan kebebasan dan bermartabat. Tidak hanya itu, pembangunan manusia juga berbicara tentang perluasan kemampuan untuk mandiri dari masing-masing individu dan komunitas untuk memperluas jangkauan pilihan mereka dalam upaya memenuhi aspirasinya. Dasar dari pembangunan manusia yaitu dengan memposisikan manusia sebagai aset negara yang sesungguhnya dan mampu menciptakan pertumbuhan dalam bidang ekonomi, sosial, politik, budaya, dan lingkungan untuk meningkatkan taraf kehidupan masyarakat (Badan Pusat Statistik, 2020). Pembangunan manusia memiliki dua sisi. Pertama, pembentukan kemampuan manusia seperti

peningkatan kesehatan, pendidikan, dan kemampuan. Kedua, penggunaan kapabilitas yang mereka miliki, seperti untuk menikmati waktu luang, untuk tujuan produktif atau aktif dalam kegiatan budaya, sosial, dan urusan politik. Apabila skala pembangunan manusia tidak seimbang, kemungkinan akan terjadi ketidakstabilan (Setiawan dan Hakim, 2013).

B. Pembangunan Kesehatan

Pembangunan nasional harus memfokuskan pada kesejahteraan manusia itu sendiri. Salah satu kebutuhan dasar dari manusia adalah kesehatan karena dengan tubuh dan jiwa yang sehat merupakan dasar agar dapat beraktivitas sehari-hari dan menjadi sejahtera. Kesehatan merupakan salah satu bentuk modal manusia (*human capital*) (Novitasari, Suharno dan Arintoko, 2021). Investasi dalam membentuk modal manusia seperti pendidikan dan kesehatan adalah kunci meningkatkan kualitas pembangunan manusia yang berimplikasi terhadap peningkatan ekonomi suatu negara (Hendarmin dan Kartika, 2019). Oleh karena itu kesehatan merupakan hal yang sangat penting, hal ini sesuai

dengan tujuan pembangunan yakni kesejahteraan masyarakat sebagai objek pembangunan dan perkembangan. Di dalam kesejahteraan tersebut termasuk di dalamnya kesehatan (Aditianata, 2015).

Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan untuk meningkatkan serta tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu adanya upaya dalam pengelolaan berbagai sumber daya pemerintah dan masyarakat di bidang kesehatan yang efisien, bermutu dan terjangkau. Pembangunan kesehatan di Indonesia diarahkan pada peningkatan kualitas hidup manusia dan masyarakat (Badan Pusat Statistik, 2020).

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh meningkatnya Umur Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi, menurunnya Angka Kematian Ibu, menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita (Sumarmi, 2017).

Untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan, maka strategi pembangunan kesehatan 2005-2025 adalah melaksanakan pembangunan nasional berwawasan kesehatan, mengencarkan pemberdayaan masyarakat dan daerah, melaksanakan pengembangan upaya dan pembiayaan serta jaminan kesehatan, melaksanakan pengembangan dan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan, serta melaksanakan penanggulangan keadaan darurat kesehatan (Badan Pusat Statistik, 2020).

C. Pembangunan Kesehatan Berdasarkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM)

a. Konsep IPM

Pembangunan nasional dapat diukur menggunakan indikator Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index* (HDI). Indikator tersebut pertama kali diperkenalkan oleh United Nation Development Programme (UNDP) pada tahun 1996. Menurut United Nation Development Programme (UNDP), Indeks Pembangunan Manusia merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur

tingkat keberhasilan pembangunan kualitas manusia di suatu negara atau regional pada kurun waktu tertentu. Dalam publikasi ini pembangunan manusia didefinisikan sebagai *a process of enlarging people's choices* atau proses yang meningkatkan aspek kehidupan masyarakat. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) merepresentasikan tiga dimensi yaitu pada bidang kesehatan, pengetahuan dan standar hidup yang layak. Dimensi kesehatan diukur berdasarkan angka harapan hidup (Setiawan dan Hakim, 2013). Dimensi pendidikan diukur berdasarkan rata-rata lama sekolah dan angka harapan sekolah. Dimensi standar hidup diukur dengan pendapatan nasional bruto per-kapita. IPM dapat memberikan gambaran yang lebih komprehensif terhadap hasil pembangunan karena IPM menggunakan pendekatan multi dimensi, khususnya dari segi kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan masyarakat. Menurut leight dan Wolfers (2006) dalam Novitasari (2021), menyatakan bahwa terdapat hubungan yang antara Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dengan kesejahteraan penduduk dan kepuasan hidup manusia (Novitasari, Suharno dan Arintoko, 2021).

b. Implikasi pembangunan kesehatan berdasarkan IPM

Pembangunan Nasional dilaksanakan secara berkesinambungan. IPM Indonesia menduduki peringkat ke-107 dari 189 negara (Noerjoedianto dan Putri, 2020). IPM Indonesia menduduki peringkat ke-5 di ASEAN. Nilai IPM Indonesia selalu meningkat setiap tahunnya. Berikut tabel nilai IPM Indonesia selama 11 tahun terakhir (Badan Pusat Statistik, 2020).

Tabel 2. Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia

Tahun	Nilai IPM
2010	66,53
2011	67,09
2012	67,7
2013	68,31
2014	68,9
2015	69,55
2016	70,18
2017	70,81
2018	71,39
2019	71,92
2020	71,94

Sumber: BPS Indonesia

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat bahwa nilai IPM di Indonesia mengalami peningkatan setiap tahunnya. IPM Indonesia juga termasuk kategori tinggi (70-80) walaupun masih terjadi disparitas antar provinsi.

pertumbuhan rata-rata IPM Indonesia adalah 0,87 persen per tahun. Secara keseluruhan dapat diketahui bahwa pembangunan nasional yang dijalankan memberikan dampak positif dalam peningkatan kualitas hidup masyarakat. Hal ini juga tercermin di dalam salah satu indikator IPM yaitu usia harapan hidup penduduk yang mencerminkan kualitas pembangunan kesehatan di Indonesia. Berikut Usia Harapan Hidup di Indonesia 10 tahun terakhir, yaitu (BPS Indonesia, 2020):

Tabel 3. Usia Harapan Hidup di Indonesia

Tahun	Nilai UHH
2011	70,05
2012	70,25
2013	70,45
2014	70,73
2015	70,85
2016	70,94
2017	71,11
2018	71,24
2019	71,38
2020	71,52

Sumber: BPS Indonesia

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat bahwa nilai IPM di Indonesia mengalami peningkatan setiap tahunnya. Hal ini menandakan bahwa kualitas pembangunan kesehatan di Indonesia selalu mengalami peningkatan

yang positif terhadap kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat. Konsekuensi dari meningkatnya usia harapan hidup penduduk Indonesia adalah terjadinya peningkatan persentase penduduk lanjut usia atau lansia (60 tahun ke atas). Berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2020, persentase penduduk lansia Indonesia meningkat menjadi 9,78 persen di tahun 2020 dari 7,59 persen pada 2010 berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2010 (BPS Indonesia, 2010). Kondisi ini menunjukkan bahwa pada 2020 Indonesia berada dalam masa transisi menuju era *ageing population* yaitu ketika persentase penduduk usia 60 tahun ke atas mencapai lebih dari 10 persen. Berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2020 menyatakan bahwa mayoritas penduduk Indonesia didominasi oleh Generasi Z dan Generasi Milenial. Proporsi Generasi Z sebanyak 27,94 persen dari total populasi dan Generasi Milenial sebanyak 25,87 persen dari total populasi Indonesia (Uni, Harianto dan Falatehan, 2016). Kedua generasi ini termasuk dalam usia produktif yang dapat menjadi peluang untuk mempercepat pertumbuhan ekonomi dan merupakan

potensi besar dalam kemungkinan bonus demografi. Dari sisi demografi, seluruh Generasi X dan Generasi Milenial merupakan penduduk yang berada pada kelompok usia produktif pada 2020. Sedangkan Generasi Z terdiri dari penduduk usia belum produktif dan produktif. Sekitar tujuh tahun lagi, seluruh Generasi Z akan berada pada kelompok penduduk usia produktif.

D. Pembangunan Kesehatan Berdasarkan *Sustainable Development Goals* (SDGs)

a. Konsep SDGs

Pembangunan manusia selalu menjadi isu penting dalam perancangan dan strategi pembangunan berkelanjutan. Pada tahun 2015, *Millenium Development Goals* (MDGs) memasuki batas tahun pencapaian. Pencapaian MDGs tersebut masih belum tercapai yaitu menurunkan angka kematian ibu melahirkan, menurunkan penyebaran HIV dan AIDS serta akses air bersih dan sanitasi dasar. MDGs akan dilanjutkan dilanjutkan dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs) hingga tahun 2030 yang lebih menekankan kepada 5P yaitu: *People, Planet, Peace, Prosperity* dan

Partnership. Pelaksanaan SDGs akan diarahkan kepada kewajiban-kewajiban untuk melanjutkan dan memperluas keberhasilan MDGs (Sumarmi, 2017). *Sustainable Development Goals* (SDGs) merupakan upaya pembangunan berkelanjutan yang menjadi acuan dalam kerangka pembangunan dan perundingan negara-negara di dunia. SDGs bertujuan untuk menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia. Konsep SDGs ini terutama berkaitan dengan perubahan situasi dunia sejak tahun 2000 mengenai isu eksploitasi sumber daya alam, kerusakan lingkungan, perubahan iklim semakin krusial, perlindungan sosial, ketahanan pangan dan energi, dan pembangunan yang lebih berpihak pada kaum miskin (Bappenas, 2017).

Sustainable Development Goals (SDGs) dirancang berdasarkan pada tiga pilar. Pertama, pilar sosial yaitu pembangunan manusia dalam ruang lingkup sosial yang mencakup pemerataan kesehatan, pendidikan, keamanan, perumahan dan kependudukan. Kedua, pilar Ekonomi yaitu pembangunan yang berfokus pada struktur

ekonomi masyarakat, pola konsumsi dan produksi di masyarakat. Ketiga, pilar lingkungan yang berfokus kepada atmosfer, tanah, pesisir dan laut, air bersih, dan keanekaragaman hayati. Tiga pilar ini ditopang oleh landasan institusi tata-kelola. Tiga pilar SDGs dan landasan institusi ini bertumpu pada 17 tujuan SDGs yang diurai dalam 169 target sasaran dan 241 indikator yang saling mempengaruhi (BPS Indonesia, 2015).

Berikut 17 tujuan dari SDGs, yaitu (Bappenas, 2017):

1. Mengakhiri segala bentuknya kemiskinan di mana-mana
2. Mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan meningkatkan gizi, serta mempromosikan pertanian berkelanjutan
3. Menjamin kehidupan yang sehat serta mendorong kesejahteraan hidup untuk seluruh masyarakat di segala umur
4. Memastikan kualitas inklusif dan pendidikan yang adil serta mempromosikan kesempatan pembelajaran seumur hidup bagi semua

5. Mencapai kesetaraan gender dan memberdayakan kaum ibu dan perempuan
6. Menjamin ketersediaan air bersih dan sanitasi yang berkelanjutan untuk semua orang
7. Menjamin akses terhadap sumber energi yang terjangkau, terpercaya, berkelanjutan dan modern untuk semua orang
8. Mendukung perkembangan ekonomi yang berkelanjutan dan inklusif, lapangan kerja yang penuh dan produktif, serta pekerjaan yang layak untuk semua orang
9. Membangun infrastruktur yang berkualitas, mendorong peningkatan industri yang inklusif dan berkelanjutan serta mendorong inovasi
10. Mengurangi ketidaksetaraan baik di dalam sebuah negara maupun di antara negara-negara di dunia
11. Membangun kota-kota serta pemukiman yang inklusif, berkualitas, aman, berketahanan dan berkelanjutan

12. Menjamin keberlangsungan konsumsi dan pola produksi. Pastikan konsumsi dan pola produksi berkelanjutan
13. Bertindak cepat untuk memerangi perubahan iklim dan dampaknya
14. Melestarikan dan menjaga keberlangsungan laut dan kehidupan sumber daya laut untuk perkembangan pembangunan yang berkelanjutan
15. Melindungi, mengembalikan, dan meningkatkan keberlangsungan pemakaian ekosistem darat, mengelola hutan secara berkelanjutan, mengurangi tanah tandus serta tukar guling tanah, memerangi penggurunan, menghentikan dan memulihkan degradasi tanah, serta menghentikan kerugian keanekaragaman hayati
16. Meningkatkan perdamaian termasuk masyarakat untuk pembangunan berkelanjutan, menyediakan akses untuk keadilan bagi semua orang termasuk 5 lembaga dan bertanggung jawab untuk seluruh kalangan, serta membangun institusi yang efektif, akuntabel, dan inklusif di seluruh tingkatan

17. Memperkuat implementasi dan menghidupkan kembali kemitraan global untuk pembangunan yang berkelanjutan

Berdasarkan 17 tujuan SDGs tersebut, terdapat beberapa target yang berhubungan dengan pembangunan manusia, yaitu tujuan ke-tiga, tujuan ke-empat, dan tujuan ke-delapan. Tujuan ke-tiga merupakan bentuk integrasi dari seluruh aspek kesehatan yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan penduduk di segala usia. Tujuan ke-empat adalah menjamin kualitas pendidikan yang adil dan inklusif serta meningkatkan kesempatan belajar seumur hidup untuk semua. Sedangkan tujuan ke-delapan adalah meningkatkan pertumbuhan ekonomi yang inklusif dan berkelanjutan, kesempatan kerja penuh dan produktif, serta pekerjaan yang layak untuk semua orang (Bappenas, 2017).

SDGs memiliki intervensi kebijakan dan fokus kegiatan yang saling memperhatikan keterkaitan antar tujuan. Dalam hal meningkatkan pencapaian tingkat kesehatan masyarakat, maka investasi dalam

infrastruktur dasar mendapatkan perhatian yang tidak kalah pentingnya. Infrastruktur dasar termasuk di dalam air bersih, sanitasi yang layak, listrik, jalan dan komunikasi akan sangat mendukung akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Demikian halnya keterkaitan antara infrastruktur dasar dengan aksesibilitas masyarakat terhadap pendidikan (Bappenas, 2017).

b. Implikasi pembangunan kesehatan berdasarkan SDGs

Berdasarkan SDGs, tujuan ke-tiga merupakan bentuk integrasi dari seluruh aspek kesehatan yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan penduduk di segala usia. Bagi Indonesia, tujuan kesehatan ini sangat penting karena Indonesia akan memiliki potensi bonus demografi pada tahun 2028-2030. Kalau kita gagal dalam melaksanakan tujuan ke-tiga yaitu kesehatan dan tujuan ke-empat yaitu pendidikan, maka tidak tertutup kemungkinan bonus dapat menjadi beban demografi. Apabila ini terjadi maka

akan dapat mengganggu pencapaian pembangunan berkelanjutan (Sumarmi, 2017).

Peran strategis pemerintah dalam pembangunan nasional di bidang kesehatan yang mengacu pada tujuan SDGs yang ke-tiga adalah dengan memastikan ketersediaan sarana prasarana kesehatan, terutama kesehatan dasar dan keterjangkauan masyarakat miskin terhadap akses pelayanan kesehatan dasar. Dua prasyarat penting tersebut telah dilakukan upaya penanganan di Indonesia. Indonesia melakukan terobosan dalam pelayanan kesehatan dengan *Universal Health Coverage* melalui program kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Proporsi penduduk peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meningkat secara signifikan setiap tahunnya. Disamping meningkat cepat, program jaminan kesehatan tersebut telah menjangkau lebih dari 160 juta penduduk atau termasuk terbesar di dunia. Program khusus untuk menurunkan angka kematian ibu melahirkan yang masih tinggi di Indonesia yaitu jaminan persalinan, juga diintegrasikan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bidang kesehatan tersebut.

Namun, masih banyak penduduk Indonesia yang belum menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan berbagai macam kondisi (Sumarmi, 2017).

Sistem pelayanan kesehatan dasar yang berkesinambungan juga dilaksanakan di Indonesia mulai dari Pelayanan terhadap Pasangan Usia Subur untuk keperluan Keluarga Berencana, Pelayanan 1000 Hari Pertama Kehidupan termasuk pemeriksaan kehamilan, persalinan, pelayanan bagi bayi dan balita. Selanjutnya pelayanan kesehatan bagi anak SD, anak SMP/A dan remaja, serta pada akhirnya Lansia. Pelayanan ini mencakup pelayanan kesehatan Preventif dan Kuratif. Namun berdasarkan indikator kesehatan, masih terdapat kasus yang tinggi dan berdampak luas seperti Angka Kematian Ibu Melahirkan (AKI), Gizi Buruk, Stunting. Kondisi Stunting pada Balita khususnya sangat mengkhawatirkan, karena dampaknya terhadap produktivitas generasi yang akan datang. Oleh karena itu masih diperlukan upaya penyempurnaan Sistem Pelayanan Kesehatan Dasar serta Sistem Asuransi Kesehatan *Universal Health Coverage*. Hal ini termasuk

ke dalam prioritas terkait 107 dengan pembangunan berkelanjutan adalah memutus lingkaran setan (*vicious circle*) kemiskinan dan kesehatan, dan sebaliknya. Salah satu tujuan pembangunan berkelanjutan di bidang kesehatan adalah pemenuhan derajat kesehatan dasar masyarakat terutama masyarakat miskin sebagai pemutus lingkaran setan (*virtuous cycle*) kesehatan dengan kemiskinan (BPS Indonesia, 2015).

Status kesehatan masyarakat tidak dapat dilepaskan dari pembangunan, karena masyarakat merupakan subjek sekaligus objek dalam kesehatan dan pembangunan nasional. Saat ini kebanyakan di negara berkembang telah terjadi perubahan besar pada kualitas lingkungan hidup yang juga berdampak kepada kesehatan masyarakat. Masalah ini dapat diatasi dengan meningkatkan kemampuan ekonomi, disertai dengan meningkatkan kapasitas sumber daya manusia atau dengan kata lain masalah lingkungan di negara sedang berkembang hanya dapat diatasi dengan pembangunan yang tidak mengakibatkan rusaknya lingkungan. Untuk mengatasi masalah ini maka pembangunan yang

dicanangkan haruslah pembangunan dengan konsep bijaksana yang dengan tujuan meningkatkan kualitas lingkungan tanpa mengindahkan aspek kesehatan (Aditianata, 2015).

Kegiatan pembangunan selain berdampak positif bagi masyarakat juga berdampak negatif. Dampak tersebut ada yang bersifat langsung maupun tidak langsung. Sebagai contoh dampak tidak langsung adalah peningkatan penyakit akibat perubahan pola konsumsi pangan masyarakat sebagai konsekuensi peningkatan taraf ekonomi yang tidak disertai dengan pengetahuan tentang gizi dan kebutuhan gizi; perubahan kualitas udara dapat menjadi pemicu meningkatnya kasus infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) (Aditianata, 2015).

Pembangunan nasional yang terus mengalami peningkatan secara pesat membawa implikasi positif maupun negatif. Salah satu diantaranya adalah masalah kesehatan yang kemudian juga berkembang menjadi kompleks. Hal ini disebabkan, antara lain oleh (Aditianata, 2015):

1. Urbanisasi penduduk

Penduduk berbondong-bondong ke kota mencari pekerjaan sebagai pekerja yang membawa dampak sosial dan kesehatan lingkungan seperti munculnya pemukiman kumuh dimana-mana.

2. Sampah yang menggunung

Pembangunan yang terus menerus dilakukan serta jumlah penduduk yang semakin padat berdampak pada sampah yang semakin banyak juga. Hampir disemua tempat di Indonesia sistem pembuangan sampah dilakukan secara dumping tanpa pengolahan lebih lanjut. Sistem pembuangan ini selain memerlukan lahan yang luas juga menyebabkan pencemaran udara, tanah dan air, selain itu lokasi pembuangan akan menjadi tempat yang baik untuk perkembangan agent dan vektor penyakit sehingga dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat di wilayah tersebut.

3. Sarana air bersih

Pembangunan nasional terus dilaksanakan secara berkesinambungan, tetapi masih terjadi kesenjangan antar wilayah. Tak terkecuali dalam hal kesediaan air bersih. Berdasarkan survei yang dilakukan hanya 60%

penduduk di Indonesia yang memperoleh air bersih dari PDAM, terutama untuk penduduk perkotaan selebihnya mempergunakan air sumur dan sumber lainnya seperti sungai.

4. Pencemaran udara

Pembangunan yang terus meningkat diimbangi dengan kemajuan teknologi yang pesat. Tingkat pencemaran udara terutama di kota-kota besar sudah melebihi nilai ambang batas normal. Hal ini diakibatkan gas buangan kendaraan bermotor. Selain itu pembakaran hutan untuk lahan pertanian dan perkebunan. Jakarta menempati posisi ke-3 dari 15 kota yang paling terpolusi di dunia terdapat di Asia.

5. Pembuangan limbah industri dan rumah tangga

Hampir semua limbah cair yang berasal industri dan rumah tangga dibuang langsung dan bercampur menjadi satu ke badan sungai atau laut, ditambah lagi dengan kebiasaan penduduk melakukan kegiatan MCK di bantaran sungai. Akibatnya kualitas air sungai menurun dan apabila digunakan untuk air baku memerlukan biaya yang tinggi. Hal ini juga

meningkatkan risiko terjadinya penyakit sehingga memengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

6. Perencanaan tata kota dan kebijakan pemerintah

Hal ini seringkali menimbulkan masalah baru bagi kesehatan lingkungan. Pemberian izin tempat pemukiman, gedung atau tempat industri baru tanpa didahului dengan studi kelayakan lingkungan yang menyebabkan terjadinya banjir, pencemaran udara, air dan tanah serta masalah sosial lainnya yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

Derajat kesehatan masyarakat tidak hanya ditentukan oleh angka kesakitan karena infeksi tetapi juga akibat kontaminasi zat-zat tertentu yang dapat mengganggu kesehatan, baik yang bersifat toksik maupun tidak. Keberhasilan pembangunan dalam meningkatkan pendapatan memiliki hubungan searah dengan meningkatnya kasus-kasus penyakit seperti penyakit jantung, obesitas, diabetes, penyempitan pembuluh darah. Variasi perubahan pada faktor-faktor ekologi juga mempengaruhi kesehatan manusia. Hal lain yang berpengaruh adalah hubungan timbal balik antara

organisme (parasitisme, mutualisme dan komensalisme). Selain itu, faktor perilaku manusia dan lingkungan saling mempengaruhi sehingga mengakibatkan perubahan tatanan suatu ekosistem akibat ulah manusia maupun sebaliknya perubahan pada manusia akibat kondisi lingkungan. Kondisi ini pada akhirnya dapat menekan angka harapan hidup (Setiawan dan Hakim, 2013).

Terdapat perbedaan antara masalah kesehatan yang dialami oleh kelompok masyarakat di daerah pembangunan yang belum berkembang yang diricirikan oleh kurangnya aktifitas pembangunan dan memiliki tingkat kesejahteraan yang rendah dengan kelompok masyarakat yang tinggal di daerah maju dengan taraf kesejahteraan yang tinggi. Pada masyarakat pertama umumnya kasus infeksi banyak terjadi karena masalah lingkungan fisik dan biologi yang tidak tertata dengan baik, serta masalah kurangnya gizi yang menjadi pemicu munculnya penyakit infeksi penyakit akibat rendahnya daya tahan tubuh terhadap serangan penyakit serta akses untuk memperoleh pelayanan kesehatan rendah.

Penyakit-penyakit yang seringkali menjadi masalah di Indonesia adalah penyakit ISPA, Malaria, diare, TBC, demam berdarah, polio, tetanus dan campak. Penyakit-penyakit yang mulai banyak dijumpai di kota-kota besar akibat lajunya pembangunan dan ketidak seimbangan kebutuhan dan kesenangan adalah kanker usus, penyakit jantung, diabetes, penyakit gigi dan gusi, kelainan mental (Aditianata, 2015).

c. Target tujuan kesehatan SDGs

SDGs memuat target untuk tujuan ke-tiga yaitu kesehatan dan sejahtera yaitu (Bappenas, 2017):

1. Pada tahun 2030, mengurangi rasio angka kematian ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup. Indikator dari target 1 adalah: Angka Kematian Ibu (AKI); proporsi perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih; dan persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan.

2. Pada tahun 2030, mengakhiri kematian bayi baru lahir dan balita yang dapat dicegah, dengan seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 KH (Kelahiran Hidup) dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000. Indikator dari target 2 adalah Angka Kematian Balita (AKBa), Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi, dan Imunisasi.
3. Pada tahun 2030, mengakhiri epidemi AIDS, tuberkulosis, malaria, dan penyakit tropis yang terabaikan, dan memerangi hepatitis, penyakit bersumber air, serta penyakit menular lainnya. Indikator dari target 3 adalah prevalensi HIV pada populasi dewasa, insidensi tuberkulosis (ITB) per 100.000 penduduk, kejadian malaria per 1.000 orang, jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria, persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini untuk infeksi hepatitis B, jumlah orang yang memerlukan intervensi terhadap penyakit tropis yang terabaikan (filariasis dan kusta), jumlah

provinsi dengan eliminasi kusta, dan jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi filariasis.

4. Pada tahun 2030, mengurangi hingga sepertiga angka kematian dini akibat penyakit tidak menular, melalui pencegahan dan pengobatan, serta meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan. Indikator dari target 4 adalah persentase merokok pada penduduk umur ≤ 18 tahun, prevalensi tekanan darah tinggi, prevalensi obesitas pada penduduk umur ≥ 18 tahun, angka kematian akibat bunuh diri, dan jumlah kabupaten/kota yang memiliki puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa.
5. Memperkuat pencegahan dan pengobatan penyalahgunaan zat, termasuk penyalahgunaan narkotika dan penggunaan alkohol yang membahayakan. Indikator dari target 5 adalah jumlah penyalahguna narkotika dan pengguna alkohol yang merugikan serta yang mengakses rehabilitasi medis, jumlah yang mengakses layanan pasca rehabilitasi, jumlah korban penyalahgunaan NAPZA yang mendapatkan rehabilitasi sosial di dalam panti sesuai

standar pelayanan, jumlah lembaga rehabilitasi sosial penyalahgunaan NAPZA yang telah dikembangkan, prevalensi penyalahgunaan narkoba, dan konsumsi alkohol (liter per kapita) oleh penduduk ≥ 15 tahun dalam 1 tahun terakhir.

6. Pada tahun 2020, mengurangi hingga setengah jumlah kematian global dan cedera dari kecelakaan lalu lintas.
7. Pada tahun 2030, menjamin akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk keluarga berencana, informasi dan pendidikan, dan integrasi kesehatan reproduksi ke dalam strategi dan program nasional. Indikator dari target 7 adalah Proporsi perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang memiliki kebutuhan keluarga berencana dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern, angka prevalensi penggunaan metode kontrasepsi (CPR) semua cara pada Pasangan Usia Subur (PUS) usia 15-49 tahun yang berstatus kawin, angka penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) cara modern, angka kelahiran pada

perempuan umur 15-49 tahun (*Age Specific Fertility Rate/ ASFR*), dan *Total Fertility Rate (TFR)*.

8. Mencapai cakupan kesehatan universal, termasuk perlindungan risiko keuangan, akses terhadap pelayanan kesehatan dasar yang baik, dan akses terhadap obat- obatan dan vaksin dasar yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau bagi semua orang. Indikator dari target 8 adalah *Unmet need* pelayanan kesehatan, Jumlah penduduk yang dicakup asuransi kesehatan atau sistem kesehatan masyarakat per 1.000 penduduk, dan cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
9. Pada tahun 2030, secara signifikan mengurangi jumlah kematian dan kesakitan akibat bahan kimia berbahaya, serta polusi dan kontaminasi udara, air, dan tanah. Indikator dari target 9 adalah proporsi kematian akibat keracunan.

Berdasarkan 9 target tersebut, target mengenai penurunan AKI, AKB dan AKN, HIV/AIDS, TB, dan malaria serta akses kesehatan reproduksi merupakan *unfinished business* dari tujuan MDGs sehingga

dilanjutkan pada era SDGs ini. SDGs memiliki perhatian baru terkait kematian akibat PTM, penyalahgunaan narkoba dan alkohol, kecelakaan lalu lintas, *Universal Health Coverage*, kontaminasi dan polusi serta penanganan krisis dan kegawatdaruratan (Bappenas, 2017). Adapun cara yang dirumuskan di dalam SDGs dalam rangka mencapai target dari tujuan SDGs yang ketiga yaitu dengan (BPS Indonesia, 2015):

1. Memperkuat pelaksanaan *the Framework Convention on Tobacco Control* WHO di seluruh negara sebagai langkah yang tepat. Berdasarkan rekapitulasi biaya kesehatan yang sangat besar yang dikeluarkan untuk penyakit TPM di Indonesia menjadi ancaman serius bagi keberlangsungan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang menjadi salah satu upaya mencapai tujuan pembangunan nasional di bidang kesehatan berdasarkan SDGs. Rokok merupakan faktor risiko utama Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti kanker, penyakit jantung dan pembuluh darah, serta penyakit paru obstruktif kronis. Berdasarkan data

WHO menyatakan bahwa Indonesia sebagai pasar rokok tertinggi ke-tiga di dunia setelah China dan India. Prevalensi perokok laki-laki dewasa di Indonesia paling tinggi di dunia (68,8%). Penurunan kualitas dan produktivitas generasi penerus bangsa akibat mengonsumsi rokok akan menghambat pencapaian pembangunan nasional. Penanggulangan PTM dan pengendalian konsumsi rokok (aksesi FCTC) menjadi salah satu upaya untuk mencapai SDGs. FCTC merupakan perjanjian mengikat yang bertujuan untuk melindungi generasi masa kini dan masa depan dari kerusakan kesehatan, sosial, lingkungan, dan konsekuensi ekonomi karena konsumsi tembakau dan paparan asap rokok. Indikator dari keberhasilan cara ini yaitu persentase merokok pada penduduk umur ≥ 15 tahun.

2. Mendukung penelitian dan pengembangan vaksin dan obat penyakit menular dan tidak menular yang terutama berpengaruh terhadap negara berkembang, menyediakan akses terhadap obat dan vaksin dasar yang terjangkau, sesuai *The Doha Declaration*

tentang *The TRIPS Agreement and Public Health*, yang menegaskan hak negara berkembang untuk menggunakan secara penuh ketentuan dalam Kesepakatan atas Aspek-Aspek Perdagangan dari Hak Kekayaan Intelektual terkait keleluasaan untuk melindungi kesehatan masyarakat, dan khususnya, menyediakan akses obat bagi semua. Indikator dari keberhasilan cara ini yaitu persentase kesediaan obat dan vaksin di puskesmas.

3. Meningkatkan secara signifikan pembiayaan kesehatan dan rekrutmen, pengembangan, pelatihan, dan retensi tenaga kesehatan di negara berkembang, khususnya negara kurang berkembang, dan negara berkembang kepulauan kecil. Indikator keberhasilan cara ini yaitu kepadatan dan distribusi tenaga kesehatan.
4. Memperkuat kapasitas semua negara, khususnya negara berkembang tentang peringatan dini, pengurangan risiko dan manajemen risiko kesehatan nasional dan global.

BAB III

ELEMEN PERUBAHAN PARADIGMA

DESENTRALISASI KESEHATAN

Desentralisasi adalah penyerahan urusan pemerintahan oleh Pemerintah Pusat kepada daerah otonom berdasarkan asas otonomi (UU RI No. 23, 2014). Desentralisasi dalam arti umum didefinisikan sebagai pemindahan kewenangan atau pembagian kekuasaan dalam perencanaan dan pelaksanaan pemerintahan, manajemen dan pengambilan keputusan dari tingkat nasional ke tingkat daerah atau secara lebih umum adalah pemindahan dari tingkat pemerintahan yang tinggi ke tingkat yang lebih rendah (Pudjirahardjo dan Sopacua, 2006).

Desentralisasi tidak bisa lepas dari aspek kewenangan, sumber daya, dan akses masyarakat. Ketiga hal ini tentunya saling berkaitan, dengan kewenangan memungkinkan daerah merencanakan program dan kegiatan yang sesuai dengan kondisi lokal. Kewenangan dapat terlaksana dengan baik ketika daerah memiliki sumber daya yang memadai yang pada akhirnya diharapkan masyarakat memiliki akses yang lebih baik dalam pelayanan publik sektor kesehatan (Suwarlan dkk, 2019).

Kebijakan desentralisasi kesehatan dapat dimaknai sebagai strategi penting dalam melaksanakan reformasi pelayanan kesehatan. Prinsip dasarnya adalah pelayanan publik akan lebih efisien jika dilaksanakan oleh otoritas yang memiliki kontrol geografis paling minimal (Suwarlan dkk, 2019).

Desentralisasi kesehatan harus dapat memberdayakan dan meningkatkan peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan, termasuk perannya dalam pengawasan sosial; menyediakan pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata, tanpa membedakan antara golongan masyarakat yang satu dengan lainnya, termasuk menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan dan miskin; dan mendukung aspirasi dan pengembangan kemampuan daerah melalui peningkatan kapasitas, bantuan teknik, dan peningkatan citra (Depkes RI, 2003). Daerah dituntut untuk dapat meningkatkan peran serta masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian terhadap pembangunan daerah (Pudjirahardjo dan Sopacua, 2006).

A. Pelaksanaan desentralisasi kesehatan berkaitan dengan kesiapan daerah dalam pengimplementasian hingga pengawasan pelaksanaan pembangunan kesehatan

1. Pembagian Urusan Kesehatan

Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah yang merupakan undang-undang otonomi daerah yang pertama pasca reformasi telah memberikan kebebasan kewenangan yang sangat luas ke daerah. Hal tersebut menciptakan masalah yang ditandai dengan hubungan yang saling bertentangan antara pusat dengan daerah (Kementerian PPN, 2019).

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 telah mencoba memberikan solusi dengan memperjelas pembagian urusan pemerintahan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 yang memuat pembagian setiap urusan pemerintahan termasuk urusan kesehatan ke dalam masing-masing tingkatan dan susunan pemerintahan. Namun pelaksanaannya masih terjadi tumpang tindih kewenangan antar tingkatan pemerintahan. Sehingga perlu pengaturan lebih lanjut dari urusan tersebut dalam bentuk Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) (Kementerian PPN, 2019).

Dengan diaturnya pembagian urusan pemerintahan termasuk urusan kesehatan dalam lampiran Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014, maka diharapkan mampu memperkecil kemungkinan terjadinya tumpang tindih kewenangan antar tingkatan pemerintahan khususnya antara pusat dengan daerah dan antara provinsi dengan

kabupaten/kota. Ada 4 bidang yang diatur dalam pembagian urusan pemerintahan di bidang kesehatan yaitu a) upaya kesehatan; b) sumber daya manusia (SDM) kesehatan; c) sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan minuman; d) pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.

Berikut adalah pembagian urusan pemerintahan bidang kesehatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah:

No.	Urusan	Pemerintah Pusat	Daerah Provinsi	Daerah Kabupaten/ Kota
1.	Upaya Kesehatan	a. Pengelolaan upaya kesehatan perorangan (UKP) rujukan nasional/lintas Daerah provinsi. b. Pengelolaan upaya kesehatan masyarakat (UKM) nasional dan rujukan nasional/lintas Daerah provinsi. c. Penyelenggaraan registrasi, akreditasi, dan standardisasi fasilitas pelayanan kesehatan publik dan swasta.	a. Pengelolaan UKP rujukan tingkat Daerah provinsi /lintas Daerah kabupaten/kota. b. Pengelolaan UKM Daerah provinsi dan rujukan tingkat Daerah provinsi /lintas Daerah kabupaten/kota. c. Penerbitan izin rumah sakit kelas B	a. Pengelolaan UKP Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota. b. Pengelolaan UKM Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota. c. Penerbitan izin rumah sakit kelas C dan D dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat

No.	Urusan	Pemerintah Pusat	Daerah Provinsi	Daerah Kabupaten/ Kota
		d. Penerbitan izin rumah sakit kelas A dan fasilitas pelayanan kesehatan penanaman modal asing (PMA) serta fasilitas pelayanan kesehatan tingkat nasional.	dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat Daerah provinsi .	Daerah kabupaten /kota.
2.	SDM Kesehatan	a. Penetapan standardisasi dan registrasi tenaga kesehatan Indonesia, tenaga kesehatan warga negara asing (TK-WNA), serta penerbitan rekomendasi pengesahan rencana penggunaan	Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah provinsi.	a. Penerbitan izin praktik dan izin kerja tenaga kesehatan . b. Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah kabupaten /kota.

No.	Urusan	Pemerintah Pusat	Daerah Provinsi	Daerah Kabupaten/ Kota
		<p>tenaga kerja asing (RPTKA) dan izin mempekerjakan tenaga asing (IMTA).</p> <p>b. Penetapan penempatan dokter spesialis dan dokter gigi spesialis bagi Daerah yang tidak mampu dan tidak diminati.</p> <p>c. Penetapan standar kompetensi teknis dan sertifikasi pelaksana Urusan Pemerintahan bidang kesehatan.</p> <p>d. Penetapan standar pengembangan kapasitas</p>		

No.	Urusan	Pemerintah Pusat	Daerah Provinsi	Daerah Kabupaten/ Kota
		SDM kesehatan e. Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Nasional.		
3.	Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan Minuman	a. Penyediaan obat, vaksin, alat kesehatan, dan suplemen kesehatan program nasional. b. Pengawasan ketersediaan pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan. c. Pembinaan dan pengawasan industri, sarana produksi dan sarana	a. Penerbitan pengakuan pedagang besar farmasi (PBF) cabang dan cabang penyalur alat kesehatan (PAK). b. Penerbitan izin usaha kecil obat tradisional (UKOT).	a. Penerbitan izin apotek, toko obat, toko alat kesehatan dan optikal. b. Penerbitan izin usaha mikro obat tradisional (UMOT). c. Penerbitan sertifikat produksi alat kesehatan kelas 1 (satu) tertentu

No.	Urusan	Pemerintah Pusat	Daerah Provinsi	Daerah Kabupaten/ Kota
		<p>distribusi sediaan farmasi, obat tradisional, alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT), bahan obat, bahan baku alam yang terkait dengan kesehatan.</p> <p>d. Pengawasan <i>pre-market</i> obat, obat tradisional, kosmetika, alat kesehatan, PKRT, dan makanan minuman.</p> <p>e. Pengawasan <i>post-market</i> obat, obat tradisional, kosmetika, alat</p>		<p>dan PKRT kelas 1 (satu) tertentu perusahaan rumah tangga.</p> <p>d. Penerbitan izin produksi makanan dan minuman pada industri rumah tangga.</p> <p>e. Pengawasan <i>post-market</i> produk makanan minuman industri rumah tangga.</p>

No.	Urusan	Pemerintah Pusat	Daerah Provinsi	Daerah Kabupaten/ Kota
		kesehatan, PKRT, dan makanan minuman.		
4.	Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan	Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh nasional dan internasional, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat serta dunia usaha tingkat nasional dan internasional	Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh provinsi, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat provinsi.	Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh kabupaten/kot a, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat kabupaten/kot a.

Sumber: Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah

Jika menyangkut kewenangan antar kementerian atau lembaga maka perlu diatur dalam bentuk Peraturan Presiden (Perpres) sesuai dengan jenis dan hierarki peraturan perundangundangan. Jika menyangkut urusan teknis kesehatan yang merupakan kewenangan dari Kementerian Kesehatan maka perlu diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes). Dalam merumuskannya harus melibatkan Daerah sebagai *stakeholder* (Kementerian PPN, 2019).

Adanya pembagian urusan bidang kesehatan yang jelas wajib diikuti dengan pembentukan kelembagaan yang mengakomodasikan urusan tersebut ke dalam struktur organisasi baik di tingkat pusat maupun daerah yang disertai dengan kejelasan hubungan antar kelembagaan di pusat, hubungan kelembagaan pusat dengan kelembagaan di daerah provinsi dan kabupaten/ kota serta bagaimana hubungan antara Dinas Kesehatan Provinsi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota khususnya dalam pelaksanaan urusan kesehatan secara keseluruhan (Kementerian PPN, 2019).

2. Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan

Hal utama dalam SDM kesehatan adalah tersedianya SDM dalam jumlah, kualifikasi dan kompetensi yang mencukupi dalam melaksanakan urusan kesehatan. dalam

konteks desentralisasi kesehatan, pemerintah daerah harus menghitung berapa jumlah SDM kesehatan yang dibutuhkan sesuai dengan kewenangan kesehatan yang diserahkan kepadanya. Untuk mengetahui jumlah dan kompetensi SDM yang dibutuhkan maka harus ada NSPK dari Kementerian Kesehatan yang mengatur mengenai tingkat kebutuhan SDM yang dibutuhkan, baik untuk Dinas Kesehatan sesuai tipenya maupun oleh unit pelayanan kesehatan yang menjadi tanggung jawab masing-masing tingkatan pemerintahan. Pemetaan ini menjadi bahan bagi daerah untuk meminta formasi kepegawaian SDM kesehatan kepada Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara Reformasi Birokrasi (Kementerian PPN, 2019).

Untuk tingkat provinsi ditentukan standar kebutuhan SDM baik jumlah, kualifikasi maupun kompetensinya pada Dinas Kesehatan tipe A, tipe B atau tipe C beserta unit pelayanan RUSD kelas B yang menjadi kewenangannya. Demikian juga untuk tingkat kabupaten/kota harus ditetapkan standar SDM-nya untuk Dinas Kesehatan tipe A, tipe B atau tipe C beserta unit pelayanan kesehatan baik untuk RSUD kelas C atau kelas D maupun puskesmas. Dengan demikian setiap Dinas Kesehatan Provinsi maupun kabupaten/kota

dapat mengetahui secara pasti berupa kelebihan maupun kekurangan SDM yang dimilikinya (Kementerian PPN, 2019).

Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, diketahui bahwa SDM kesehatan untuk Rumah Sakit Kelas A terdiri atas:

- a. Tenaga medis yang paling sedikit terdiri dari:
 - 1) 18 dokter umum untuk pelayanan medik dasar
 - 2) 4 dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut
 - 3) 6 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar
 - 4) 3 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis penunjang
 - 5) 3 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis lain
 - 6) 2 dokter subspecialis untuk setiap jenis pelayanan medik subspecialis
 - 7) 1 dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut
- b. Tenaga kefarmasian yang paling sedikit terdiri dari:
 - 1) 1 apoteker sebagai kepala instalasi farmasi rumah sakit

- 2) 5 apoteker yang bertugas di rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 10 tenaga teknis kefarmasian
 - 3) 5 apoteker di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 10 tenaga teknis kefarmasian
 - 4) 1 apoteker di instalasi gawat darurat yang dibantu oleh minimal 2 tenaga teknis kefarmasian
 - 5) 1 apoteker di ruang ICU yang dibantu oleh paling sedikit 2 tenaga teknis kefarmasian
 - 6) 1 apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distribusi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian rumah sakit
 - 7) 1 apoteker sebagai koordinator produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian rumah sakit
- c. Tenaga keperawatan yang jumlahnya disesuaikan dengan jumlah tempat tidur pada instalasi rawat inap

- d. Tenaga kesehatan lain dan non kesehatan yang jumlahnya disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan rumah sakit

Sedangkan untuk SDM kesehatan Rumah Sakit Kelas B terdiri atas (Permenkes No. 56, 2014):

- a. Tenaga medis yang paling sedikit terdiri dari:
 - 1) 12 dokter umum untuk pelayanan medik dasar
 - 2) 3 dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut
 - 3) 3 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar
 - 4) 2 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis penunjang
 - 5) 1 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis lain
 - 6) 1 dokter subspesialis untuk setiap jenis pelayanan medik subspesialis
 - 7) 1 dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut
- b. Tenaga kefarmasian yang paling sedikit terdiri:
 - 1) 1 apoteker sebagai kepala instalasi farmasi rumah sakit

- 2) 4 apoteker yang bertugas di rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 8 tenaga teknis kefarmasian
 - 3) 4 apoteker di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 8 tenaga teknis kefarmasian
 - 4) 1 apoteker di instalasi gawat darurat yang dibantu oleh minimal 2 tenaga teknis kefarmasian
 - 5) 1 apoteker di ruang ICU yang dibantu oleh minimal 2 tenaga teknis kefarmasian
 - 6) 1 apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distribusi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian rumah sakit
 - 7) 1 apoteker sebagai koordinator produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian rumah sakit
- c. Tenaga keperawatan yang jumlahnya disesuaikan dengan jumlah tempat tidur pada instalasi rawat inap

- d. Tenaga kesehatan lain dan non kesehatan yang jumlahnya disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan rumah sakit

Untuk SDM kesehatan Rumah Sakit Kelas C terdiri atas (Permenkes No. 56, 2014):

- a. Tenaga medis yang paling sedikit terdiri dari:
- 1) 9 dokter umum untuk pelayanan medik dasar
 - 2) 2 dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut
 - 3) 2 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar
 - 4) 1 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis penunjang
 - 5) 1 dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut
- b. Tenaga kefarmasian yang paling sedikit terdiri:
- 1) 1 apoteker sebagai kepala instalasi farmasi rumah sakit
 - 2) 2 apoteker di rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 4 tenaga teknis kefarmasian
 - 3) 4 apoteker di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 8 tenaga teknis kefarmasian

- 4) 1 apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distribusi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian rumah sakit
- c. Tenaga keperawatan yang jumlahnya dihitung berdasarkan perbandingan 2 perawat untuk 3 tempat tidur
 - d. Tenaga kesehatan lain dan non kesehatan yang jumlahnya disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan rumah sakit

Terakhir, untuk SDM kesehatan Rumah Sakit Kelas D terdiri atas (Permenkes No. 56, 2014):

- a. Tenaga medis yang paling sedikit terdiri dari:
 - 1) 4 dokter umum untuk pelayanan medik dasar
 - 2) 1 dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut
 - 3) 1 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar
- b. Tenaga kefarmasian yang paling sedikit terdiri:
 - 1) 1 apoteker sebagai kepala instalasi farmasi rumah sakit

- 2) 1 apoteker di rawat inap dan rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 2 tenaga teknis kefarmasian
 - 3) 1 apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distribusi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian rumah sakit
- c. Tenaga keperawatan yang jumlahnya dihitung berdasarkan perbandingan 2 perawat untuk 3 tempat tidur
 - d. Tenaga kesehatan lain dan non kesehatan yang jumlahnya disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan rumah sakit

Kemudian untuk SDM kesehatan di puskesmas sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas paling sedikit terdiri atas: a) dokter atau dokter layanan primer; b) dokter gigi; c) perawat; d) bidan; e) tenaga kesehatan masyarakat; f) tenaga kesehatan lingkungan; g) ahli teknologi laboratorium medik; h) tenaga gizi; i) tenaga kefarmasian.

3. Pendanaan Kesehatan

Dalam konteks desentralisasi kesehatan, pendanaan kesehatan sangat tergantung kepada beban kerja yang

diserahkan kepada daerah. Beban kerja akan sangat tergantung kepada urusan kesehatan yang diserahkan ke daerah. Hal ini dapat dilihat dari lampiran Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Isu terpenting adalah bagaimana penjabaran dari setiap urusan tersebut kedalam NSPK yang lebih rinci. Untuk sub urusan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) memerlukan penjabaran lebih rinci terkait yang menjadi tanggung jawab pusat, provinsi dan kabupaten/kota (Kementerian PPN, 2019).

Demikian juga dalam hal penyediaan obat, apakah semua jenis obat menjadi tanggung jawab pemerintah pusat, ataukah ada jenis obat lainnya yang menjadi kewenangan pemerintah daerah. Hal yang sama juga terkait dengan pemberdayaan masyarakat, bagaimana terjemahannya, mana yang menjadi kewenangan Pusat dan mana yang menjadi kewenangan Daerah. demikian juga dengan rincian hak dan kewajiban puskesmas, RSUD kelas B, RSUD kelas C dan RSUD kelas D yang harus jelas. Dengan adanya kejelasan mengenai isu-isu di atas maka akan membantu daerah dalam penyediaan dananya (pembiayaan) (Kementerian PPN, 2019).

Adanya NSPK yang mengatur isu-isu di atas sangat diperlukan oleh daerah untuk dijadikan pedoman dalam

penganggaran dana kesehatan dalam APBD. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan telah menetapkan bahwa alokasi APBD untuk pembiayaan kesehatan minimal sebesar 10% di luar gaji sebagaimana yang tertuang dalam pasal 171 ayat (2) yang berbunyi, “*Besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji.*” (Kementerian PPN, 2019).

4. Pelaksanaan

Indikator utama terlaksananya urusan kesehatan yang menjadi kewenangan Daerah adalah tingkat pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan. Esensi SPM adalah pelayanan minimal bidang kesehatan yang wajib disediakan oleh pemerintah daerah sehingga masyarakat terpenuhi kebutuhan minimalnya. Pemerintah telah menetapkan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, yang didalamnya mengatur pula tentang SPM Kesehatan, yang mencakup SPM kesehatan daerah provinsi dan SPM kesehatan daerah kabupaten/kota. Untuk melaksanakan SPM bidang kesehatan tersebut perlu disusun NSPK agar pelaksanaan pada tahun 2019 dapat dilakukan secara optimal oleh pemerintah daerah. Bagi kepala daerah dan/wakil kepala daerah yang tidak

melaksanakan SPM kesehatan maka dapat dijatuhkan sanksi administratif (Kementerian PPN, 2019).

Jenis pelayanan dasar pada SPM kesehatan daerah provinsi terdiri dari: a) Pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi; b) Pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa provinsi (PP No. 2, 2018).

Sedangkan jenis pelayanan dasar pada SPM kesehatan daerah kabupaten/kota terdiri atas (PP No. 2, 2018):

- a. Pelayanan kesehatan ibu hamil
- b. Pelayanan kesehatan ibu bersalin
- c. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir
- d. Pelayanan kesehatan balita
- e. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar
- f. Pelayanan kesehatan pada usia produktif
- g. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut
- h. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi
- i. Pelayanan kesehatan penderita diabetes mellitus
- j. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat
- k. Pelayanan kesehatan orang terduga *tuberculosis*
- l. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human*

Immunodeficiency Virus), yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif

Penerima pelayanan dasar untuk setiap jenis pelayanan dasar yakni seluruh warga negara dengan ketentuan adalah sebagai berikut (PP No. 2, 2018):

- a. Penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi
- b. Penduduk pada kondisi kejadian luar biasa provinsi untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa provinsi
- c. Ibu hamil untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan ibu hamil
- d. Ibu bersalin untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan ibu bersalin
- e. Bayi baru lahir untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan bayi baru lahir
- f. Balita untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan balita
- g. Usia pendidikan dasar untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar

- h. Usia produktif untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan pada usia produktif
- i. Usia lanjut untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan pada usia lanjut
- j. Penderita hipertensi untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan penderita hipertensi
- k. Penderita diabetes melitus untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan penderita diabetes mellitus
- l. Orang dengan gangguan jiwa berat untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat
- m. Orang terduga *tuberculosis* untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan orang terduga *tuberculosis*
- n. Orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*) untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*)

5. Pembinaan dan Pengawasan

Mengingat tanggung jawab akhir urusan kesehatan menjadi tanggung jawab Presiden yang dalam hal ini pelaksanaannya dilimpahkan kepada Menteri Kesehatan,

maka Kementerian Kesehatan menjadi ujung tombak dalam pembinaan dan pengawasan (Binwas) urusan kesehatan. Dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah telah diatur bahwa Menteri Dalam Negeri mendapat pelimpahan dari Presiden untuk mengkoordinasikan kementerian/lembaga yang sebagian kewenangannya diserahkan ke daerah otonom dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah. Jadi pada prinsipnya pembinaan dan pengawasan menjadi tanggung jawab pemerintah pusat yang secara teknis dalam bidang kesehatan dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan dan secara umum oleh Kementerian Dalam Negeri (Kementerian PPN, 2019).

Berikut adalah ruang lingkup pembinaan umum yang menjadi kewenangan Kementerian Dalam Negeri sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah meliputi:

- a. Pembagian urusan pemerintahan
- b. Kelembagaan daerah
- c. Kepegawaian pada Perangkat Daerah
- d. Keuangan daerah
- e. Pembangunan daerah
- f. Pelayanan publik di daerah

- g. Kerja sama daerah
- h. Kebijakan daerah
- i. Kepala daerah dan DPRD
- j. Bentuk pembinaan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Kewenangan Kementerian Kesehatan adalah Binwas teknis yang mencakup aspek-aspek teknis yang telah dituangkan dalam NSPK yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan sebagai pedoman bagi daerah dalam melaksanakan urusan kesehatan yang diserahkan ke daerah tersebut (Kementerian PPN, 2019).

Terdapat 4 bentuk pembinaan yang dapat dilakukan yakni: a) fasilitasi; b) konsultasi; c) pemberian pendidikan dan pelatihan; d) penelitian dan pengembangan. Pemberian fasilitasi dimaksudkan untuk meningkatkan kapasitas daerah dalam penyelenggaraan urusan kesehatan yang meliputi kegiatan pemberdayaan, penguatan kapasitas, dan bimbingan teknis kepada pemerintahan daerah. Kegiatan konsultasi dimaksudkan untuk mendapatkan petunjuk, pertimbangan, dan/atau pendapat terhadap permasalahan kesehatan yang dialami oleh pemerintah daerah. Pemberian pendidikan dan pelatihan (Diklat) dimaksudkan untuk mengembangkan kompetensi tenaga kesehatan maupun ASN yang terlibat

dalam penyelenggaraan urusan kesehatan. Sedangkan kegiatan penelitian dan pengembangan dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas kebijakan dan program bidang kesehatan (Kementerian PPN, 2019).

Karena Binwas terhadap provinsi dilaksanakan langsung dalam bentuk Binwas umum oleh Kementerian Dalam Negeri dan Binwas teknis oleh Kementerian Kesehatan, maka sangat diperlukan adanya koordinasi antara kedua kementerian tersebut dalam pelaksanaan Binwas umum dan Binwas teknis untuk menghindari terjadinya tumpang tindih. Sedangkan untuk Binwas terhadap pelaksanaan urusan kesehatan di kabupaten/kota menurut Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 dilimpahkan oleh Presiden kepada Gubernur sebagai Wakil Pemerintah Pusat (GWPP). Untuk itu perlu dibuat NSPK apa saja yang harus dilakukan oleh GWPP. NSPK tersebut harus jelas diatur hak dan kewajiban Gubernur termasuk staf yang akan membantunya dalam melakukan Binwas tersebut, baik yang bersifat umum maupun teknis. Untuk itu GWPP perlu didukung oleh pendanaan dari Pusat yang dialokasikan melalui dana dekonsentrasi (Kementerian PPN, 2019).

Pengawasan atas penyelenggaraan urusan kesehatan juga perlu melibatkan masyarakat sebagai penerima layanan

sehingga proses check and balances dapat dilaksanakan secara optimal. Selain itu, pengawasan penyelenggaraan urusan kesehatan oleh masyarakat merupakan perwujudan tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*). Ruang pengawasan oleh masyarakat atas penyelenggaraan urusan kesehatan juga telah ditetapkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah dimana masyarakat dapat menyampaikan laporan atau pengaduan atas dugaan penyimpangan yang dilakukan oleh kepala/wakil kepala daerah, Anggota DPRD dan ASN yang terlibat dalam penyelenggaraan urusan kesehatan. Aparat Pengawas Intern Pemerintah (APIP) berkoordinasi dengan Aparat Penegak Hukum (APH) wajib melakukan pemeriksaan atas laporan/aduan masyarakat tersebut. Apabila hasil pembinaan dan pengawasan menyangkut tuntutan perbendaharaan dan/atau tuntutan ganti rugi maka wajib dilakukan proses tuntutan perbendaharaan dan/atau tuntutan ganti rugi, dan apabila hasil pembinaan dan pengawasan menyangkut penyimpangan yang bersifat pidana maka dilakukan proses lebih lanjut oleh aparat penegak hukum (Kementerian PPN, 2019).

Dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah telah mengatur kewajiban pemerintah daerah, salah satunya adalah memberikan saluran keluhan apabila masyarakat tidak mendapatkan pelayanan sebagaimana mestinya. Ketentuan ini akan mendorong partisipasi masyarakat dan sekaligus juga melakukan pengawasan terhadap pelayanan kesehatan yang disediakan pemerintah daerah untuk warganya.

BAB IV

PEMBIAYAAN KESEHATAN DARI SEKTOR PEMERINTAH DAN SWASTA

A. Pembiayaan Kesehatan Pemerintah

Indonesia masih belum ada *grand strategy* yang terarah dalam peningkatan kualitas kesehatan individu dan masyarakat, yang dengan tegas tecermin dari minimnya pos anggaran kesehatan dalam APBN ataupun APBD. Belum lagi jika kita ingin bertutur tentang program pengembangan kesehatan maritim yang semestinya menjadi keunggulan komparatif negeri kita yang wilayah perairannya dominan. Pelayanan kesehatan di tiap sentra pelayanan selalu jauh dari memuaskan.

Minimnya anggaran negara yang diperuntukkan bagi sektor kesehatan dapat dipandang sebagai rendahnya apresiasi kita akan pentingnya bidang ini sebagai elemen penyangga. Apabila terabaikan, hal itu akan menimbulkan rangkaian problem baru yang justru menyerap keuangan negara lebih besar lagi.

Pada kenyataannya, masih sangat banyak wilayah di negeri ini yang sangat jauh dari jangkauan pelayanan kesehatan berkualitas. Padahal, pada saat yang sama, kecenderungan epidemiologi penyakit tak kunjung berubah. Ini diperparah dengan lemahnya infrastruktur promotif dan preventif di bidang kesehatan.

Sebagai subsistem penting dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, terdapat beberapa faktor penting dalam pembiayaan kesehatan yang mesti diperhatikan. Pertama, besaran (kuantitas) anggaran pembangunan kesehatan yang disediakan pemerintah ataupun sumbangan sektor swasta. Kedua, tingkat efektivitas dan efisiensi penggunaan (fungsionalisasi) dari anggaran yang ada. Di Indonesia, proporsi anggaran pembangunan kesehatan tidak pernah mencapai angka dua digit disbanding dengan total APBN/APBD.

Sumber pembiayaan dari pemerintah meliputi: **a. Pemerintah Pusat:** dari dana tugas pembantuan (TP), dana kesehatan penduduk miskin, bantuan operasional kesehatan (BOK), bantuan (hutang, hibah). **b. Pemerintah Provinsi:** dari dana dekonsentrasi dan

pendapatan asli daerah (PAD) provinsi. **c. Pemerintah Kabupaten/Kota:** dari DAU (dana alokasi umum, DAK (dana alokasi khusus), PAD, BLUD, dana kesehatan penduduk miskin, penerimaan fungsional yang ditahan. **d. Lain-lain:** dari pelayanan kesehatan TNI/Polri, pelayanan kesehatan kementerian dan pelayanan kesehatan milik BUMN/BUMD serta subsidi premi PNS.

Badan Kesehatan Dunia (WHO) jauh-jauh hari telah menstandarkan anggaran pembangunan kesehatan suatu negara pada kisaran minimal 5% dari GDP (gross domestic product/pendapatan domestik bruto). Pada tahun 2003, pertemuan para bupati/wali kota se-Indonesia di Blitar telah juga menyepakati komitmen besarnya anggaran pembangunan kesehatan di daerah-daerah sebesar 15% dari APBD. Kenyataannya, Indonesia hanya mampu mematok anggaran kesehatan sebesar 2,4% dari GDP atau sekitar 2,2-2,5% dari APBN.

B. Pembiayaan Kesehatan Swasta

Adanya sektor pemerintah dan sektor swasta dalam penyelenggaraan kesehatan sangat memengaruhi perhitungan total biaya kesehatan suatu negara. Total biaya dari sektor pemerintah tidak dihitung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemakai jasa (income pemerintah), tetapi dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemerintah (expenditure) untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Total biaya kesehatan adalah penjumlahan biaya dari sektor pemerintah dengan besarnya dana yang dikeluarkan pemakai jasa pelayanan untuk sektor swasta.

Pelayanan kesehatan dibiayai dari berbagai sumber seperti berikut. Pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota), dengan dana yang berasal dari pajak (umum dan penjualan), defisit keuangan (pinjaman luar negeri), serta asuransi sosial. Lalu, sumber swasta berasal dari perusahaan, asuransi kesehatan swasta, sumbangan sosial, pengeluaran rumah tangga, serta gotong royong masyarakat.

Sumber pembiayaan dari non pemerintah antara lain dari rumah tangga, pelayanan kesehatan milik swasta, yayasan/LSM/Donor dan perusahaan swasta. Sumber pembiayaan dari pusat yang sudah dialokasikan untuk di Kabupaten berupa dana bantuan operasional kesehatan pemanfaatannya mengikuti mekanisme APBD. Sumber dana lain untuk upaya kesehatan masyarakat adalah swasta serta masyarakat. Sumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip *public-private partnership* yang didukung dengan pemberian insentif, misalnya keringanan pajak untuk setiap dana yang disumbangkan. Sumber dana dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat guna membiayai upaya kesehatan masyarakat. Hal ini berupa dana sehat atau dilakukan secara pasif, yakni menambahkan aspek kesehatan dalam rencana pengeluaran dari dana yang sudah terkumpul di masyarakat, misalnya dana sosial keagamaan.

Selama ini, jaringan kemitraan antara sektor pemerintahan dan swasta belum dikembangkan secara optimal. Program-program kemitraan pemerintah dan

swasta (*public and private mix*) masih dalam tahap perintisan. Kemitraan yang telah dibangun belum menampakkan kepekaan, kepedulian, serta rasa memiliki terhadap permasalahan dan upaya kesehatan.

Sumber non pemerintah nasional 1. CSR / Cooperate Social Responsibility PP No. 47 Tahun 2012 tentang tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan Perseroan Terbatas (PP TJSL): a. Yang wajib menjalankan kegiatan CSR adalah PT yang bergerak atau berkaitan dengan pengelolaan sumber daya alam (seperti, pertambangan, minyak bumi, batu bara, perkebunan seperti kelapa sawit, tebu, dsb). b. Konsep CSR yang lebih menekankan aspek pemberdayaan masyarakat c. Ruang lingkup kegiatan CSR meliputi kegiatan sosial (termasuk kesehatan), ekonomi dan lingkungan serta juga dengan prinsip berkelanjutan bukan hanya sesaat. 2. Donor/Hibah Misalnya : Aisyah, Dompot Dhuafa.

Sumber non pemerintah internasional Sumber keuangan dari luar (baik berupa hibah atau pinjaman) dapat memainkan peranan yang penting dalam usaha

melengkapi kekurangan sumber daya guna membantu pelaksanaan program domestik (Todaro, 2006) Sifat dana donor asing : 1. Program spesifik disesuaikan lembaga donornya 2. Rancangan program dibuat oleh Lembaga Donor, implementasinya bekerja sama dengan negara penerima donor 3. Adanya monitoring dan evaluasi berkala oleh Lembaga Donor 4. Persen jumlahnya tidak pasti sama & tidak bersifat selamanya.

Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai objek pembangunan kesehatan, melainkan juga sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting agar masyarakat, termasuk swasta, dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan.

BAB V

MANAJEMEN KEUANGAN KESEHATAN

A. Pandangan dalam Manajemen Keuangan Kesehatan

Tidak dapat dimungkiri bahwa organisasi pelayanan kesehatan mempunyai pengaruh yang sangat besar dalam kehidupan bermasyarakat di Indonesia. Setiap organisasi pelayanan kesehatan pasti mempunyai tujuan, sasaran, agenda kegiatan, ataupun program bagi masyarakat yang dituju. Dengan demikian, implikasinya adalah timbulnya kebutuhan akan pengelolaan organisasi pelayanan kesehatan tersebut. Beberapa tugas dan fungsi organisasi pelayanan kesehatan menjadi salah satu agent of public service bagi sebuah masyarakat.

Manajemen keuangan adalah suatu kegiatan perencanaan, penganggaran, pemeriksaan, pengelolaan, pengendalian, pencarian, dan penyimpanan dana yang dimiliki oleh organisasi. Oleh karena itu, manajemen keuangan organisasi pelayanan kesehatan ini sangat erat kaitannya dengan perencanaan, penganggaran, dan

pelaksanaan seluruh kegiatan dalam sebuah organisasi pelayanan kesehatan. Setelah itu, mekanisme pertanggungjawaban menjadi bagian yang tidak terpisahkan dan tidak akan pernah ditinggalkan dalam pelaksanaan seluruh aktivitas organisasi pelayanan kesehatan tersebut.

Dalam konteks idealitas secara umum, tidak ada satu organisasi pelayanan kesehatan pun yang bertujuan pada ketidakjujuran, pelanggaran terhadap amanah, ataupun pelarian dari tanggung jawab. Apabila program sudah dijalankan, pertanggungjawaban harus dilakukan. Jadi, seluruh aspek dalam pengelolaan organisasi pelayanan kesehatan menjadi bahan yang harus dipertanggungjawabkan oleh penanggung jawab program atau pelaku organisasi pelayanan kesehatan.

Untuk mengkaji lebih dalam tentang manajemen, khususnya manajemen keuangan kesehatan, perlu disampaikan pandangan tentang manajemen keuangan kesehatan sebagai berikut.

a. Manajemen sebagai suatu sistem

Manajemen dipandang sebagai suatu kerangka kerja yang terdiri atas berbagai bagian yang saling berhubungan dan yang diarahkan dalam rangka pencapaian tujuan organisasi pelayanan kesehatan.

b. Manajemen sebagai suatu proses

Manajemen sebagai rangkaian tahapan kegiatan yang diarahkan pada pencapaian tujuan dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Manajemen sebagai suatu proses dapat dipelajari dari fungsi-fungsi manajemen yang dilaksanakan oleh manajer.

c. Manajemen sebagai proses pemecahan masalah

Proses manajemen dalam praktiknya dapat dikaji dari proses pemecahan masalah yang dilaksanakan oleh semua bagian/komponen yang ada dalam organisasi pelayanan kesehatan. Melalui manajemen keuangan ini, diharapkan tercapai hasil kegiatan kesehatan secara efektif dan efisien.

B. Tujuan dan Manfaat Manajemen Keuangan Kesehatan

Tujuan dan manfaat manajemen keuangan di organisasi pelayanan kesehatan sebagai berikut.

- a. Menetapkan struktur keuangan organisasi pelayanan kesehatan. Hal ini dilakukan dengan menetapkan kebutuhan organisasi pelayanan kesehatan terhadap dana untuk sekarang (modal kerja jangka pendek) dan masa depan (keperluan investasi jangka panjang) serta menetapkan sumber dana yang dapat menutup kebutuhan-kebutuhan itu secara sehat. Dalam prinsipnya, kebutuhan dana jangka pendek dibiayai oleh sumber jangka pendek dan kebutuhan dana jangka panjang dibiayai oleh sumber jangka panjang.
- b. Mengalokasikan dana sedemikian agar dapat memperoleh tingkat efisiensi atau profitabilitas yang optimal.
- c. Mengendalikan keuangan perusahaan dengan mengadakan sistem dan prosedur yang dapat mencegah penyimpangan, mengambil langkah perbaikan jika terjadi penyimpangan dalam pelaksanaan usaha, serta memengaruhi struktur keuangan dan alokasi dana.

Untuk dapat menjalankan fungsi dan tugasnya, manajemen keuangan memerlukan dukungan akuntansi

yang melakukan pencatatan, penggolongan, serta peringkasan peristiwa-peristiwa dan kejadian-kejadian. Setidaknya, sebagian bersifat keuangan dengan cara yang setepat-tepatnya dan dengan petunjuk atau yang dinyatakan dalam uang serta penafsiran terhadap hal-hal yang timbul daripadanya.

C. Siklus Manajemen Keuangan Kesehatan

Manajemen keuangan adalah manajemen terhadap fungsi-fungsi keuangan. Fungsi keuangan adalah kegiatan utama yang harus dilakukan oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang tertentu. Fungsi manajemen keuangan adalah menggunakan dana dan menempatkan dana.

Manajemen dalam bisnis perusahaan terdiri atas beberapa individu yang dikelompokkan menjadi tiga kelompok berikut.

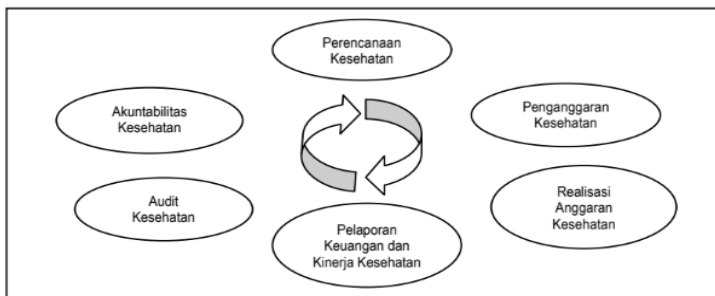
- a. Kelompok manajemen tingkat pelaksana (operational management) yang meliputi para supervisor.
- b. Kelompok manajemen menengah meliputi kepala departemen/bidang, manajer divisi, dan manager cabang.

c. Manajemen eksekutif atau disebut juga manajemen puncak eksekutif sebagai penanggung jawab dari fungsi-fungsi: pemasaran, pembelanjaan, produksi, pembiayaan, dan akuntansi. Manajemen eksekutif secara prinsipil berkenaan dengan pembuatan keputusan jangka panjang, manajemen menengah berkaitan dengan keputusan jangka menengah, dan manajemen operasional berkaitan dengan keputusan jangka pendek.

Konsep manajemen dapat digambarkan dalam kalimat membuat keputusan, memberi perintah, menetapkan kebijakan, menyediakan pekerjaan dan *system reward* (imbalan), serta mempekerjakan orang untuk melaksanakan kebijakan. Manajemen menetapkan tujuan yang akan dicapai dengan mengintegrasikan pengetahuan dan keterampilan melalui kecakapan dan pengalaman personel. Supaya berhasil, manajemen harus melaksanakan secara efektif fungsi-fungsi perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan. Perencanaan dan pengorganisasian merupakan fungsi utama manajemen

eksekutif, sedangkan pengawasan merupakan fungsi operasional.

Pelaksanaan ketiga fungsi utama tadi perlu keterlibatan dari tiap tingkatan manajemen. Manajemen memiliki tiga tahapan penting, yaitu tahap perencanaan, tahap pelaksanaan, dan tahap penelitian. Ketiga tahap tadi, apabila diterapkan dalam manajemen keuangan, menjadi tahap perencanaan keuangan, tahap pelaksanaan, dan tahap penilaian.



Gambar 2. Siklus Akuntansi Sektor Publik (Sektor Kesehatan)

Pada gambar siklus akuntansi sektor publik di sektor kesehatan Indonesia, terlihat bahwa manajemen

kesehatan pun seyogianya terdiri atas elemen-elemen berikut.

a. Perencanaan kesehatan

Proses perencanaan yang dilaksanakan ini akan menentukan aktivitas dan fokus strategi organisasi pelayanan kesehatan. Dalam prosesnya, perencanaan membutuhkan partisipasi publik yang akan sangat menentukan kualitas serta berterimanya arah dan tujuan organisasi pelayanan kesehatan. Aspek yang terkandung dalam perencanaan adalah perumusan tujuan dan cara mencapai tujuan tersebut dengan memanfaatkan sumber daya yang ada.

b. Penganggaran kesehatan

Anggaran memberikan rencana detail atas pendapatan dan pengeluaran organisasi pendidikan. Hal ini dilakukan agar pembelanjaan dapat dipertanggungjawabkan kepada publik. Tanpa anggaran, organisasi tidak dapat mengendalikan pemborosan pengeluaran. Bahkan, tidak berlebihan jika dikatakan bahwa pengelola/pengguna anggaran dan manajer public lainnya dapat dikendalikan melalui anggaran.

c. Realisasi anggaran kesehatan

Realisasi anggaran pendidikan merupakan pelaksanaan anggaran public yang telah direncanakan dan ditetapkan dalam program dan kegiatan yang nyata. Ini berarti fokus pelaksanaan anggaran adalah operasionalisasi program atau kegiatan yang telah direncanakan dan ditetapkan. Selain itu, realisasi anggaran menunjuk pada arahan atau pengendalian sistematis dari proses-proses yang mengubah input menjadi barang dan jasa. Dalam hal ini, proses sangat terkait dengan kualitas keluaran. Realisasi anggaran terangkai dari suatu siklus yang terdiri atas kegiatan persiapan, proses pelaksanaan, dan penyelesaian.

d. Pengadaan barang dan jasa kesehatan

Pengadaan barang dan jasa pendidikan adalah proses, cara, serta tindakan dalam menyediakan barang dan jasa bagi organisasi pelayanan kesehatan. Barang dan jasa yang disediakan merupakan bentuk pelayanan dalam memenuhi kebutuhan masyarakat agar tercapainya tujuan organisasi pelayanan kesehatan.

e. Pelaporan keuangan dan kinerja kesehatan

Laporan keuangan adalah hasil akhir dari proses akuntansi. Sebagai hasil akhir dari proses akuntansi, laporan keuangan menyajikan informasi yang berguna untuk pengambilan keputusan oleh berbagai pihak yang berkepentingan. Laporan keuangan menggambarkan pencapaian kinerja program dan kegiatan, kemajuan realisasi pencapaian target pendapatan, realisasi penyerapan belanja, serta realisasi pembiayaan. Perlu diperhatikan, ada beberapa komponen laporan, seperti neraca, laporan laba rugi, laporan perubahan modal, laporan arus kas yang dilengkapi oleh catatan atas laporan keuangan, ataupun laporan tambahan lainnya, seperti pada laporan tahunan dan prospektus. Sementara itu, laporan kinerja adalah ikhtisar yang menjelaskan secara ringkas dan lengkap capaian kinerja yang disusun berdasarkan rencana kerja yang ditetapkan dalam rangka pelaksanaan anggaran pendapatan dan belanja organisasi pelayanan kesehatan.

f. Audit kesehatan

Pengujian atas laporan keuangan, laporan kinerja, dan laporan lainnya oleh auditor independen ini

bertujuan mengekspresikan suatu opini secara jujur tentang posisi keuangan, hasil operasi, kinerja, dan aliran kas yang disesuaikan dengan prinsip akuntansi berterima umum. Laporan auditor merupakan media yang mengekspresikan opini auditor atau dalam kondisi tertentu menyangkal suatu opini.

g. Pertanggungjawaban kesehatan

Dalam organisasi pelayanan kesehatan, pertanggungjawaban atau akuntabilitas adalah pertanggungjawaban tindakan dan keputusan dari para pemimpin atau pengelola organisasi pendidikan kepada pihak yang memiliki kepentingan (stakeholder) serta masyarakat yang memberikan amanah kepadanya berdasarkan sistem pemerintahan yang berlaku

**D. Masalah Pokok dalam manajemen keuangan /
Pembiayaan Kesehatan**

Sebagai akibat makin meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan juga karena telah dipergunakannya sebagai peralatan canggih, menyebabkan pelayanan kesehatan makin bertambah kompleks. Kesemuanya ini di satu pihak memang mendatangkan banyak keuntungan yakni makin

meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, namun di pihak lain ternyata juga mendatangkan banyak masalah. Menurut Azrul Azwar (2010) berbagai masalah tersebut jika ditinjau dari sudut pembiayaan kesehatan secara sederhana dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Kurangnya dana yang tersedia

Di banyak negara, terutama di negara yang sedang berkembang, dana yang disediakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tidaklah memadai. Rendahnya alokasi anggaran ini berkaitan dengan masih kurangnya kesadaran mengambil keputusan akan pentingnya arti kesehatan. Kebanyakan dari pengambilan keputusan menganggap pelayanan kesehatan tidak bersifat produktif melainkan bersifat konsumtif dan karena itu kurang diprioritaskan. Ambil contoh untuk Indonesia misalnya, jumlah dana yang disediakan hanya berkisar antara 2-3% dari total anggaran belanja negara dalam setahun.

2. Penyebaran dana yang tidak sesuai

Masalah lain yang dihadapi ialah penyebaran dana tidak sesuai, karena kebanyakan justru beredar di daerah

perkotaan. Padahal jika ditinjau dari penyebaran penduduk, terutama di negara yang berkembang, kebanyakan tempat tinggal di daerah pedesaan.

3. Pemanfaatan dana yang tidak tepat

Pemanfaatan dana yang tidak tepat juga merupakan satu masalah yang dihadapi dalam pembiayaan kesehatan ini. Mengejutkan bahwa di banyak negara ternyata biaya pelayanan kedokteran jauh lebih tinggi daripada biaya pelayanan kesehatan masyarakat. Padahalsemua pihak telah mengetahui bahwa pelayanan kedokteran dipandang kurang efektif daripada pelayanan kesehatan masyarakat.

4. Pengelolaan dana yang kurang sempurna

Seandainya dana yang tersedia amat terbatas, penyebaran dan pemanfaatannya belum begitu sempurna, namun jika apa yang dimiliki tersebut dapat dikelola dengan baik dalam batas-batas tertentu, tujuan dari pelayanan kesehatan masih dapat dicapai. Sayangnya, kehendak yang seperti ini sulit diwujudkan. Penyebab utamanya ialah karena pengelolaannya belum

sempurna, yang terkait tidak hanya dengan pengetahuan dan ketrampilan yang masih terbatas, tetapi juga ada kaitannya dengan sikap mental para pengelola.

5. Biaya kesehatan yang makin meningkat

Masalah lain yang dihadapi oleh pembiayaan kesehatan ialah makin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan itu sendiri. Banyak penyebab yang berperan di sini, beberapa yang terpenting yaitu:

- a. Tingkat Inflasi. Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat inflasi yang terjadi di masyarakat. Demikianlah apabila terjadi kenaikan harga di masyarakat, maka secara otomatis biaya investasi dan juga biaya operasional pelayanan kesehatan akan meningkat pula.
- b. Tingkat Permintaan/ Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat permintaan yang ditemukan di masyarakat. Untuk bidang kesehatan peningkatan permintaan tersebut dipengaruhi setidaknya-tidaknya oleh dua faktor. Pertama, karena meningkatnya kuantitas penduduk yang memerlukan pelayanan kesehatan, yang karena jumlah orangnya

lebih banyak menyebabkan biaya yang harus disediakan dan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan akan lebih baik pula. Kedua, karena meningkatnya kualitas penduduk, yang karena pendidikan dan penghasilannya lebih baik, membutuhkan pelayanan kesehatan yang lebih baik pula. Kedua keadaan yang seperti ini, tentu akan besar pengaruh pada peningkatan biaya kesehatan.

- c. Kemajuan Ilmu dan Teknologi. Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh pemanfaatan berbagai ilmu dan teknologi, yang untuk pelayanan kesehatan yang ditandai dengan makin banyak dipergunakan berbagai peralatan modern dan canggih. Ke semua kemajuan ini tentu akan berpengaruh terhadap pengeluaran yang dilakukan, baik terhadap biaya investasi, ataupun biaya operasional. Tidak mengherankan jika kemudian biaya kesehatan meningkat dengan tajam diperkirakan bahwa kontribusi pemakaian berbagai peralatan canggih terhadap kenaikan biaya kesehatan tidak kurang dari 31% dari total kenaikan

harga. Suatu jumlah yang memang tidak kecil. Lebih dari pada itu, dengan kemajuan ilmu dan teknologi ini juga berpengaruh terhadap penyembuhan penyakit. Jika dahulu banyak dari penderita yang meninggal dunia, tetapi dengan telah dipergunakannya berbagai peralatan canggih, penderita dapat diselamatkan. Sayangnya, penyelamat nyawa manusia tersebut sering diikuti dengan keadaan cacat, yang untuk pemulihannya (rehabilitation) sering dibutuhkan biaya yang tidak sedikit, yang kesemuanya juga mendorong makin meningkatnya biaya kesehatan.

- d. Perubahan Pola Penyakit. Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh terjadinya pola penyakit di masyarakat. Jika dahulu banyak ditemukan berbagai penyakit yang bersifat akut, maka pada saat ini telah banyak ditemukan berbagai penyakit yang bersifat kronis. Dibandingkan dengan penyakit akut, perawatan berbagai penyakit kronis ini ternyata lebih lama. Akibatnya biaya yang dikeluarkan untuk perawatan dan penyembuhan

penyakit akan lebih banyak pula. Apabila penyakit yang seperti ini banyak ditemukan, tidak mengherankan jika kemudian biaya kesehatan akan meningkat dengan pesat.

- e. Perubahan Pola Pelayanan Kesehatan. Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh perubahan pola pelayanan kesehatan. Pada saat ini sebagai akibat dari perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi menyebabkan pelayanan kesehatan terkotak-kotak (fragmented health services) dan satu sama lain tidak berhubungan. Akibatnya tidak mengherankan jika kemudian sering dilakukan pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang yang pada akhirnya akan membebani pasien. Lebih dari pada itu sebagai akibat banyak dipergunakan para spesialis dan subspecialis menyebabkan hari perawatan juga akan meningkat.
- f. Perubahan Pola Hubungan Dokter-Pasien. Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh pola akibat perkembangan spesialisasi dan

subspesialisasi serta penggunaan berbagai kemajuan ilmu dan teknologi, menyebabkan hubungan dokter-pasien tidak perselisihan paham, dapat mendorong munculnya sengketa dan bahkan tuntutan hukum ke pengadilan. Untuk menghindari hal yang seperti ini, para dokter melakukan dua hal. Pertama, mengasuransikan praktek kedokterannya, yang ternyata sebagai akibat makin seringnya tuntutan hukum atas dokter menyebabkan premi yang harus dibayar oleh dokter dari tahun ke tahun tampaknya semakin meningkat.

- g. Lemahnya Mekanisme Pengendalian Biaya. Untuk mencegah peningkatan biaya kesehatan, sebenarnya telah tersedia berbagai mekanisme pengendalian biaya (cost containment). Mekanisme pengendalian biaya yang dimaksud banyak macamnya. Mulai dari certificate of need, feasibility study, development plan, professional standard, medical audit, sampai dengan rate regulation yang semunaya dituangkan dalam peraturan perundang-undangan yang jelas. Sayangnya dalam banyak hal, mekanisme

pengendalian harga ini sering terlambat dikembangkan. Akibatnya, tidaklah mengherankan jika kemudian biaya kesehatan menjadi tidak terkendali, yang akhirnya akan membebani masyarakat secara keseluruhan.

- h. Penyalahgunaan Asuransi Kesehatan. Asuransi kesehatan (health insurance) sebenarnya adalah salah satu mekanisme pengendalian biaya kesehatan. Tetapi jika diterapkan secara tidak tepat sebagaimana yang lazim ditemukan pada bentuk yang konvensional (third party system) dengan sistem mengganti biaya (reimbursement) justru akan mendorong naiknya biaya kesehatan.

BAB VI

PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA PADA FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan maupun non-kesehatan di dalam sektor kesehatan merupakan aspek penting karena merupakan input dalam pelaksanaan program pelayanan kesehatan sebagai bagian dari upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat. Peranan SDM sebagai input juga sangat menentukan derajat kesehatan suatu bangsa, yang dapat dilihat dari indikator-indikator kesehatan. SDM yang tidak dikelola dengan baik juga akan menjadi ancaman terbesar bagi pelaksanaan kebijakan, strategi, program dan prosedur apabila tidak dikelola dengan seksama (Mujiati dan Yuniar, 2017).

A. Kajian Masalah Pengelolaan SDM Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

1. SDM kesehatan

Berdasarkan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2004 disebutkan bahwa tujuan sub-sistem sumber daya manusia kesehatan adalah tersedianya tenaga kesehatan

yang bermutu secara mencukupi, terdistribusi secara adil serta dimanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan mencakup tiga unsur utama yaitu perencanaan, pengadaan dan pendayagunaan SDM kesehatan. Sub-sistem SDM kesehatan terdiri tiga unsur yaitu perencanaan, pendidikan dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan (Misnaniarti, 2010).

Sumber Daya Manusia Kesehatan, bertujuan untuk menghasilkan sumber daya manusia kesehatan yang memiliki kompetensi sebagai berikut (Putri, 2017):

- a. Mampu mengembangkan dan memutakhirkan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang promosi kesehatan dengan cara menguasai dan memahami pendekatan, metode dan kaidah ilmiahnya disertai dengan ketrampilan penerapannya didalam pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan.

- b. Mampu mengidentifikasi dan merumuskan pemecahan masalah pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan melalui kegiatan penelitian.
- c. Mengembangkan/meningkatkan kinerja profesionalnya yang ditunjukkan dengan ketajaman analisis permasalahan kesehatan, merumuskan dan melakukan advokasi program dan kebijakan kesehatan dalam rangka pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan

2. Masalah pengelolaan SDM kesehatan di fasilitas kesehatan

Masalah mengenai SDM kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan semakin kompleks. Berbagai tantangan yang dihadapi yaitu jumlah, mutu, maldistribusi, serta desentralisasi. Berikut jabaran dari masalah mengenai SDM kesehatan, yaitu (Kurniati dan Efendi, 2012):

a. Jumlah SDM kesehatan

Jumlah SDM kesehatan memberikan dampak positif dan negatif yang berdampak besar bagi akses

pengguna layanan kesehatan. Dari segi positif, dengan banyaknya tenaga kesehatan, maka terdapat banyak pilihan akses pelayanan. Aksesibilitas pengguna layanan kesehatan juga akan semakin membaik. Dengan banyaknya SDM kesehatan membuat provider berlomba-lomba menarik calon konsumen sehingga termotivasi untuk meningkatkan kualitas dengan memberikan pelayanan yang terbaik. Negatifnya, banyaknya jumlah SDM kesehatan akan meningkatkan kompetisi sehingga memungkinkan terjadinya persaingan tidak sehat yang saling menjatuhkan (Kurniati dan Efendi, 2012).

b. Mutu SDM kesehatan

Layanan kesehatan yang bermutu adalah layanan kesehatan yang selalu berupaya memenuhi harapan masyarakat sehingga masyarakat akan selalu puas akan pelayanan yang diberikan. Layanan kesehatan yang bermutu hanya akan dihasilkan oleh pekerjaan yang benar. Oleh karena itu SDM kesehatan yang bermutu akan selalu dicari oleh konsumen serta memperoleh kepercayaan yang lebih besar di masyarakat. Rendahnya kualitas SDM kesehatan dan kompetensi tenaga kerja

berimplikasi kepada rendahnya kualitas layanan yang diberikan dan lemahnya daya saing bangsa. Penguatan kompetensi SDM merupakan bagian utama dalam penguatan mutu SDM kesehatan sehingga diperlukan suatu Lembaga standarisasi dan sertifikasi kompetensi kerja yang bersifat nasional dan diakui oleh semua pihak (Kurniati dan Efendi, 2012).

c. Distribusi SDM kesehatan

Maldistribusi SDM kesehatan merupakan ketidakseimbangan antara *demand* dan *supply* tenaga kesehatan yang dipengaruhi beberapa faktor yaitu ketidakseimbangan profesi atau spesialisasi, ketidakseimbangan geografi, ketidakseimbangan institusi dan pelayanan, dan ketidakseimbangan jenis kelamin. Masalah maldistribusi SDM kesehatan merupakan isu utama dalam upaya meningkatkan akses pelayanan kesehatan masyarakat. Pada umumnya terdapat kesenjangan distribusi tenaga kesehatan antar daerah perkotaan dan pedesaan. Di daerah perkotaan terdapat kasus dimana suplai tenaga kesehatan yang berlebihan sehingga berakibat pada lemahnya pendayagunaan

tenaga kesehatan. Di daerah pedesaan seringkali terdapat kasus dimana kurangnya tenaga kesehatan yang berkompetensi (Kurniati dan Efendi, 2012).

d. Desentralisasi

Desentralisasi merupakan pemindahan kewenangan atau pembagian kekuasaan dalam perencanaan pemerintahan, manajemen dan pengambilan keputusan dari tingkat nasional ke tingkat daerah. Desentralisasi kesehatan sebenarnya merupakan bagian dari desentralisasi politis dan ekonomi yang lebih luas. Dalam era desentralisasi, sedikit banyaknya terjadi perubahan pada aspek ketenagaan di daerah. Salah satu aspek yang perlu kita cermati dengan seksama sebagai dampak pelaksanaan desentralisasi di bidang kesehatan ini adalah dalam hal manajemen tenaga kesehatan sebagai sumber daya penggerak untuk program-program di sektor kesehatan. Dampak desentralisasi pada tenaga kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat kekuasaan yang akan ditransfer oleh pusat kepada daerah, bagaimana peran yang baru tersebut diformulasikan, kompetensi SDM yang tersedia di daerah, dan otoritas

kesehatan pusat dengan departemen lain yang sangat mempengaruhi alokasi sumber daya kesehatan. Desentralisasi sebagai kebijakan berniat untuk memperbaiki kinerja sistem dalam hal efisiensi, kualitas pelayanan, dan akuntabilitas. SDM sebagai operator dari sistem sudah diketahui sebagai kunci sukses dalam pelaksanaan desentralisasi. Namun dalam praktiknya, indikator keberhasilan manajemen SDM adalah sangat kompleks. Hal ini bisa disebabkan oleh beberapa hal, di antaranya mengelola SDM berarti mengubah perilaku, dan perilaku adalah salah satu aspek individu yang paling sulit untuk diintervensi. Untuk menerapkan desentralisasi SDM kesehatan merupakan masalah yang sangat kompleks. Hal ini tidak hanya menyangkut transfer personel, tetapi juga kompetensi, administratif, serta seluruh aspek yang berhubungan dengan pengelolaan SDM (Misnaniarti, 2010).

Permasalahan-permasalahan strategis SDM Kesehatan lainnya yaitu (Sumiarsih dan Nurlinawati, 2019):

- a. Pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan SDM untuk pembangunan kesehatan.
- b. Perencanaan kebijakan dan program SDM Kesehatan masih lemah dan belum di dukung sistem informasi SDM Kesehatan yang memadai.
- c. Masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan berbagai jenis SDM Kesehatan. Kualitas hasil pendidikan SDM Kesehatan dan pelatihan kesehatan pada umumnya masih belum memadai.
- d. Dalam pendayagunaan SDM Kesehatan, pemerataan SDM Kesehatan berkualitas masih kurang. Pengembangan karier, sistem penghargaan, dan sanksi belum sebagaimana mestinya. Regulasi untuk mendukung SDM Kesehatan masih terbatas.
- e. Pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan serta dukungan sumber-daya SDM Kesehatan masih kurang. Masalah SDM Kesehatan berimbas pada ketersediaan SDM Kesehatan baik jumlah, jenis, maupun mutu yang belum memadai. Isu tersebut

menjadi semakin penting sejalan dengan berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional.

Tantangan permasalahan SDM Kesehatan yang kompleks harus dihadapi dengan kerjasama dan jalinan koordinasi yang baik dari para pemangku kepentingan terkait dalam jangka panjang mutlak diperlukan, baik di tingkat pusat dan daerah. Hal ini hanya dapat dicapai melalui komitmen politis di tingkat pimpinan yang dapat menggalang berbagai upaya untuk pengembangan SDM kesehatan dari berbagai pemangku kepentingan termasuk swasta dan masyarakat (Sumiarsih dan Nurlinawati, 2019).

B. Kajian Masalah Pengelolaan SDM Non-Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

1. SDM non-kesehatan

SDM non-kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan juga berperan penting dalam jalannya pelayanan kesehatan. SDM non-kesehatan di fasilitas kesehatan merupakan seseorang yang mendapatkan ilmu pengetahuan selain medis seperti tenaga administrasi, sarjana kimia untuk tenaga laboratorium, supir

ambulans, dan lainnya. Tenaga non kesehatan harus dapat mendukung kegiatan ketatausahaan, administrasi keuangan, sistem informasi, dan kegiatan operasional lain di fasilitas pelayanan kesehatan (Kurniati dan Efendi, 2012).

2. Masalah pengelolaan SDM non-kesehatan di fasilitas kesehatan

Masalah yang biasanya dihadapi mengenai pengelolaan SDM non-kesehatan adalah manajemen yang seringkali dibedakan dengan SDM kesehatan sehingga tidak terintegratif. Di beberapa kasus, kedisiplinan SDM non-kesehatan di fasilitas kesehatan perlu disorot karena manajemen SDM non-kesehatan yang biasanya tidak seketat SDM kesehatan. Berdasarkan penelitian Amin pada tahun 2019 di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprato Bengkulu menyatakan bahwa hasil wawancara dengan pembinaan dan pengawasan didapatkan masih banyak karyawan non-kesehatan yang datang terlambat. Selain itu, kurangnya

disiplin kerja karyawan non-kesehatan juga dapat dilihat dari kurang diterapkannya peraturan rumah sakit terkait etika dan perilaku tenaga non-kesehatan serta dalam peraturan pemakaian atribut dinas lengkap masih terdapat karyawan yang tidak menerapkan peraturan fasilitas kesehatan tersebut. Hal ini menyebabkan secara langsung maupun tidak langsung menurunkan citra fasilitas kesehatan di mata masyarakat (Amin, Sari dan Rachman, 2019).

Berdasarkan penelitian Basuki pada tahun 2018 di RSIA YK Madira Palembang, tenaga non-kesehatan yang sering kali tidak disiplin dalam bekerja, seperti sering terlambat masuk kerja, tidak mematuhi peraturan dalam bekerja yaitu sering merokok di dalam ruang kerja, kurang terlatih dalam melayani atau menyapa pasien masih kurang memberi senyuman dan kurang tanggap dalam melayani konsumen sehingga mengakibatkan keterampilan karyawan menurun dan menghasilkan tidak maksimalnya dalam bekerja. Walaupun peraturan mengenai jam kerja sudah dibuat oleh pimpinan untuk menegakkan disiplin kerja

karyawan non-kesehatan, tetapi masih banyak karyawan non-kesehatan yang datang terlambat ke kantor. Bahkan karyawan non-kesehatan pulang lebih awal pada saat jam makan siang dan tidak kembali lagi ke kantor. Kelalaian yang terjadi disebabkan oleh kurangnya pengawasan melekat (waskat) maka dari itu banyak karyawan yang sering melanggar aturan kerja. Dari hal tersebut, timbul masalah yaitu berupa cemburu sosial antara karyawan non-kesehatan yang disiplin kepada karyawan non-kesehatan yang tidak disiplin. Kepemimpinan yang dilakukan dalam mempengaruhi bawahannya masih kurang dirasakan oleh karyawan non-kesehatan itu sendiri. Dilihat dari cara pemimpin dalam berkomunikasi kepada bawahannya, pimpinan hanya berkomunikasi dengan karyawan non-kesehatan tertentu saja, sehingga sebagian karyawan non-kesehatan merasa ada jarak dengan pimpinan yang menyebabkan kurang harmonisnya hubungan antara sebagian karyawan dengan pimpinan.

Dilihat dari cara pengambilan suatu keputusan, pemimpin hanya mendengarkan karyawan non-kesehatan

tertentu saja atau karyawan non-kesehatan yang sangat dekat dengan pimpinan sehingga karyawan non-kesehatan merasa keputusan yang diambil oleh pimpinan itu tidak adil bagi karyawan lainnya. Selain itu, pimpinan juga kurang memperhatikan sebagian karyawan non-kesehatan yang datang terlambat pada saat masuk kerja. Kurangnya ketegasan dalam menegur karyawan non-kesehatan yang kurang disiplin, hal ini dapat mengakibatkan karyawan non-kesehatan yang kurang efektif dalam melaksanakan tugasnya (Basuki dan Sari, 2018).

BAB VII

KAJIAN MASALAH BERKAITAN DENGAN PERMASALAHAN GIZI MASYARAKAT PADA ASPEK MANAJEMEN KESEHATAN

A. Latar Belakang

Kecukupan gizi dan pangan merupakan salah satu faktor terpenting dalam mengembangkan kualitas sumber daya manusia, sebagai indikator keberhasilan pembangunan suatu bangsa. Dalam hal ini, gizi ternyata sangat berpengaruh terhadap kecerdasan dan produktivitas kerja manusia. Agar perencanaan upaya peningkatan status gizi penduduk dapat dilakukan dengan baik maka semua aspek yang berpengaruh perlu dipelajari termasuk aspek pola pangan, sosial-budaya dan pengaruh konsumsi makanan terhadap status gizi (Elisanti, 2017).

Masalah gizi di Indonesia meliputi masalah kekurangan gizi dan kelebihan gizi. Masalah kekurangan gizi yang mendapat banyak perhatian akhir-akhir ini adalah masalah kurang gizi kronis dalam bentuk anak pendek atau “*stunting*”, kurang gizi akut dalam bentuk anak kurus atau “*wasting*”. Kemiskinan dan rendahnya

pendidikan dipandang sebagai akar penyebab kekurangan gizi. Masalah kegemukan terkait dengan berbagai penyakit tidak menular (PTM), seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, stroke dan kanker paru-paru dianggap masalah negara maju dan kaya, bukan masalah negara berkembang dan miskin. Kenyataan menunjukkan bahwa kedua masalah gizi tersebut saat ini juga terjadi di negara berkembang. Dengan demikian negara berkembang dan miskin saat ini mempunyai beban ganda akibat kedua masalah gizi tersebut (Djauhari, 2017).

Beban ganda masalah gizi mengakibatkan banyak sekali kerugian, baik dalam bidang kesehatan, maupun bidang pembangunan dan ekonomi Indonesia. Dimana kerugian tersebut dapat terjadi mulai sebelum kelahiran. Ibu dengan berat badan kurang cenderung memiliki bayi dengan pertumbuhan *intra-uterus* yang terhambat serta lahir dengan berat badan lahir rendah dan dengan risiko kematian yang lebih tinggi. Berat badan berlebih dan obesitas pada ibu juga meningkatkan risiko kematian bayi. Sementara bayi dengan berat badan lahir rendah

lebih cenderung untuk mengalami kekurangan gizi pada masa kanak-kanak (Bappenas, 2019).

Kekurangan gizi dan kegemukan selama masa kanak-kanak dikaitkan dengan tingkat mortalitas dan morbiditas yang lebih tinggi. Kurang gizi menyebabkan 45% kematian pada anak usia di bawah lima tahun di seluruh dunia dan merupakan predisposisi bagi anak untuk menderita penyakit menular seperti diare dan infeksi saluran pernapasan akut. Pada saat yang sama, setidaknya 2,6 juta orang meninggal setiap tahun akibat kelebihan berat badan ataupun obesitas. Anak yang gemuk cenderung tumbuh menjadi orang dewasa yang mengalami berat badan berlebih dan mengalami PTM yang berkaitan dengan pola makan seperti diabetes tipe 2 dan penyakit kardiovaskular. Remaja putri yang mengalami malnutrisi lebih rentan untuk menjadi wanita dewasa yang juga terkena malnutrisi dan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (Bappenas, 2019).

Kebijakan yang diambil oleh pemerintah dalam penanggulangan masalah gizi berdasarkan Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 49

ayat (1) dan Pasal 50 ayat (1) mengatur bahwa Pemerintah Daerah bertanggungjawab atas penyelenggaraan, meningkatkan, dan mengembangkan upaya kesehatan dan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 83 Tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi. Kebijakan tersebut meliputi kebijakan strategis sehubungan dengan ketersediaan pangan, keterjangkauan pangan, pemanfaatan pangan, perbaikan gizi masyarakat, serta penguatan kelembagaan pangan dan gizi (Ernawati, 2019; Boli, 2020).

Pentingnya kebijakan gizi dalam penanganan masalah gizi belum menjadi perhatian terutama daerah-daerah dengan tingkat masalah gizi yang tinggi. Pengetahuan dan dasar masalah, politik dan pemerintahan, serta kapasitas dan sumber daya daerah merupakan faktor-faktor dalam manajemen dan proses kebijakan gizi yang berperan dalam membentuk lingkungan gizi yang baik dengan tingkat masalah gizi yang tinggi, cenderung kurang memperhatikan proses kebijakan yang dilaksanakan (5).

B. Beban Gizi Ganda

Proses globalisasi, modernisasi, urbanisasi, dan ekonomi yang bergerak dengan cepat menyebabkan terjadinya *nutrition transtition* dan terciptanya lingkungan obesogenik (*obesogenic environment*). Hal ini berdampak pada meningkatnya angka obesitas, padahal disisi lain masalah gizi kurang juga masih menjadi masalah kesehatan. Hal ini menimbulkan sebuah fenomena baru yaitu beban gizi ganda (*dual burden malnutrition*) yang didefinisikan sebagai suatu kondisi dimana terdapat masalah gizi kurang (*undernutrition*) dan gizi lebih (*overnutrition*) yang terjadi di waktu yang sama (Astuti dkk, 2020).

Beban gizi ganda atau *Double Burden of Malnutrition* (DBM) adalah suatu keadaan koeksistensi antara kekurangan gizi dan kelebihan gizi makro nutrien maupun mikronutrien di sepanjang kehidupan pada populasi, masyarakat, keluarga dan bahkan individu yang sama. Dikhawatirkan dimensi DBM di sepanjang kehidupan, atau keterkaitan antara gizi buruk pada ibu hamil dan janin dengan meningkatnya kerentanan

terhadap kelebihan gizi dan pola makan yang terkait penyakit tidak menular di kemudian hari (Djauhari, 2017).

Fenomena ini tidak hanya terjadi pada tingkat populasi dan individu, tetapi juga pada tingkat rumah tangga. Secara global, kasus beban gizi ganda direpresentasikan dengan 1,9 milyar orang usia dewasa memiliki status gizi lebih dan 200 juta balita mengalami status gizi kurang. Sementara di Asia, prevalensi beban gizi ganda berada pada kisaran 5-29%. Prevalensi beban gizi ganda di Indonesia menunjukkan peningkatan dalam rentang tahun 1993- 2007, dimana saat ini sekitar satu dari empat keluarga di Indonesia (24,7%) mengalami beban gizi ganda dan kondisi ini diprediksi akan terus meningkat (Astuti dkk, 2020).

Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa fenomena ini lebih banyak terjadi pada pasangan ibu dan anak, dimana anak memiliki status gizi kurang dan ibu memiliki status gizi lebih. Fenomena beban gizi ganda pada keluarga memiliki dampak kesehatan jangka panjang bagi anggota keluarga yang mengalami

malnutrisi, seperti gangguan perkembangan pada anak, kerentanan terhadap penyakit menular, menurunnya produktifitas kerja, outcome kehamilan yang buruk, dan risiko penyakit degenerative (Astuti dkk, 2020).

Selain itu, keluarga dengan masalah beban gizi ganda juga dapat mengalami peningkatan beban ekonomi dalam bentuk peningkatan biaya kesehatan serta hilangnya upah dan produktivitas, sehingga dapat mempengaruhi kondisi ketahanan pangan, gizi, dan kesejahteraan keluarga. Masalah beban gizi ganda di dalam rumah tangga mungkin terjadi akibat perbedaan usia antar anggota keluarga yang menyebabkan adanya perbedaan kondisi fisiologis dan kebutuhan gizi. Hal ini menyebabkan adanya potensi perbedaan alokasi sumber daya di dalam rumah tangga. Selain itu, ketimpangan pendapatan masyarakat pada tingkat regional maupun negara juga memberikan kontribusi dalam berkembangnya masalah ini (Astuti dkk, 2020).

C. Malnutrisi

Malnutrisi masih merupakan salah satu masalah utama kesehatan yang terjadi di Indonesia. Dalam rangka

mencapai target *Millennium Development Goals* (MDGs), pemerintah Indonesia telah meningkatkan strategi untuk mengurangi prevalensi malnutrisi yaitu *underweight* pada anak-anak dibawah lima tahun menjadi 15,5% pada tahun 2015. Namun, prevalensi kekurangan gizi termasuk *underweight* dan *stunting* meningkat dari 17,9% dan 35,6% pada tahun 2010 menjadi 19,6% dan 37,2% pada tahun 2013, sedangkan prevalensi *wasting* mengalami penurunan namun dengan fase yang lambat dari 13,3% pada tahun 2010 menjadi 12,1% pada tahun 2013 (Betan dkk, 2018).

Definisi malnutrisi menurut WHO merupakan kondisi medis yang disebabkan oleh asupan atau pemberian nutrisi yang tidak benar maupun yang tidak mencukupi. Malnutrisi lebih sering dihubungkan dengan asupan nutrisi yang kurang atau sering disebut *undernutrition* (gizi kurang) yang bisa disebabkan oleh penyerapan yang buruk atau kehilangan nutrisi yang berlebihan. Namun istilah malnutrisi juga mencakup *overnutrition* (gizi lebih). Seseorang akan mengalami malnutrisi jika tidak mengkonsumsi makanan

dengan jumlah, jenis, dan kualitas gizi yang memadai untuk diet yang sehat dalam jangka waktu yang lama (Suharidewi dan Pinatih, 2017).

Anak-anak yang mengalami penyakit infeksi (diare dan/atau ISPA) ≥ 4 kali dalam enam bulan terakhir lebih banyak mengalami malnutrisi dibandingkan anak-anak yang mengalami penyakit infeksi 0-3 kali dalam enam bulan terakhir. Hal ini kemungkinan disebabkan karena terjadinya malabsorpsi nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolik, dan penurunan asupan makanan selama dan setelah mengalami penyakit infeksi (Betan dkk, 2018).

Dampak yang dapat timbul akibat kekurangan gizi pada lima tahun pertama adalah perkembangan otak dan pertumbuhan fisik yang terganggu sebagai dampak jangka pendek sementara dalam jangka panjang dampak yang dapat timbul adalah risiko tinggi munculnya penyakit tidak menular pada usia dewasa. Seseorang dengan tinggi badan, berat badan, dan IMT di bawah rata-rata pada awal kehidupannya yang diikuti dengan peningkatan berat badan yang cepat pada anak-anak selanjutnya berpotensi mengalami penyakit

kardiovaskular. Gangguan pertumbuhan akibat kekurangan gizi pada masa anak-anak menyebabkan overweight dan obesitas di masa dewasa dengan risiko lebih besar terkena penyakit kardiovaskular (Putri dan Mahmudiono, 2020).

Anak yang berasal dari keluarga dengan tingkat sosial ekonomi rendah telah diteliti memiliki persentase di bawah ukuran normal bagi tinggi dan berat badan anak sehat. Sedangkan hubungan antara zat gizi dan produktivitas kerja telah dikenal baik sejak satu abad yang lalu oleh orang-orang yang mempunyai budak belian yang melihat bahwa gizilah berarti penurunan nilai modal. Produktivitas pekerja yang disiksa atau mendapat tekanan akan memberikan hasil yang lebih rendah bila dibandingkan dengan keadaan yang diurus dengan baik, dalam artian diberikan makanan yang bergizi cukup baik (Anisa dkk, 2017).

Gizi salah merupakan sebab-sebab penting yang berhubungan dengan tingginya angka kematian di antara orang dewasa meskipun tidak begitu mencolok bila dibandingkan dengan angka kematian di antara anak-

anak yang masih muda. Dampak relatif yang ditimbulkan oleh gizi salah ialah melemahkan daya tahan terhadap penyakit yang biasanya tidak mematikan dan perbaikan gizi adalah suatu faktor utama yang membantu meningkatkan daya tahan terhadap penyakit. Status gizi juga berhubungan langsung dengan lamanya waktu yang diperlukan untuk penyembuhan setelah menderita infeksi, luka, dan operasi yang berat (Anisa dkk, 2017).

D. Gizi dalam Kesehatan Masyarakat

Terkait erat dengan "gizi kesehatan masyarakat" adalah "kesehatan gizi masyarakat," yang mengacu pada cabang populasi terfokus kesehatan masyarakat yang memantau diet, status gizi dan kesehatan, dan program pangan dan gizi, dan memberikan peran kepemimpinan dalam menerapkan publik kesehatan prinsip-prinsip untuk kegiatan yang mengarah pada 5 promosi kesehatan dan pencegahan penyakit melalui pengembangan kebijakan dan perubahan lingkungan (Anisa dkk, 2017).

Definisi gizi kesehatan masyarakat merupakan penyulingan kompetensi untuk gizi kesehatan masyarakat yang disarankan oleh para pemimpin

nasional dan internasional dilapangan. Gizi istilah dalam kesehatan masyarakat mengacu pada gizi sebagai komponen dari cabang kesehatan masyarakat,”gizi dan kesehatan masyarakat” berkonotasi koeksistensi gizi dan kesehatan masyarakat, dan gizi masyarakat mengacu pada cabang kesehatan masyarakat yang berfokus pada promosi kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat dengan menyediakan layanan berkualitas dan program-program berbasis masyarakat yang disesuaikan dengan kebutuhan yang unik dari komunitas yang berbeda dan populasi. Gizi masyarakat meliputi program promosi kesehatan, inisiatif kebijakan dan legislatif, pencegahan primer dan sekunder, dan kesehatan di seluruh rentang hidup (Anisa dkk, 2017).

E. Status Gizi

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau dapat dikatakan bahwa status gizi merupakan indikator baik-buruknya penyediaan makanan sehari-hari. Adapun definisi lain menurut Suyatno, Ir. Mkes, Status gizi yaitu Keadaan yang diakibatkan oleh status keseimbangan

antara jumlah asupan (*intake*) zat gizi dan jumlah yang dibutuhkan (*requirement*) oleh tubuh untuk berbagai fungsi biologis: (pertumbuhan fisik, perkembangan, aktivitas, pemeliharaan kesehatan, dan lainnya). Status gizi yang baik diperlukan untuk mempertahankan derajat kebugaran dan kesehatan, membantu pertumbuhan bagi anak, serta menunjang pembinaan prestasi olahragawan. Status gizi ini menjadi penting karena merupakan salah satu faktor risiko untuk terjadinya kesakitan atau kematian. Status gizi yang baik pada seseorang akan berkontribusi terhadap kesehatannya dan juga terhadap kemampuan dalam proses pemulihan kesehatan. Status gizi juga dibutuhkan untuk mengetahui ada atau tidaknya malnutrisi pada individu maupun masyarakat. Dengan demikian, status gizi dapat dibedakan menjadi gizi kurang, gizi baik, dan gizi lebih (Anisa dkk, 2017).

Indikator status gizi yaitu tanda-tanda yang dapat memberikan gambaran tentang keadaan keseimbangan antara asupan dan kebutuhan zat gizi oleh tubuh. Indikator status gizi umumnya secara langsung dapat

terlihat dari kondisi fisik atau kondisi luar seseorang (Anisa dkk, 2017).

Contoh: pertumbuhan fisik → ukuran tubuh → antropometri (berat badan, tinggi badan, dan lainnya)

Penilaian status gizi berperan untuk mengetahui ada tidaknya masalah pada status gizi seseorang, dilakukan melalui pengukuran dari beberapa parameter yang kemudian hasilnya dibandingkan dengan standard atau rujukan. Penilaian status gizi meliputi pengukuran antropometri, pengumpulan informasi mengenai riwayat medis secara klinis dan biokimia, praktik diet, pengobatan yang dilakukan, dan situasi ketahanan pangan (Putri dan Mahmudiono, 2020).

a. Pengukuran antropometri

Pengukuran antropometri ini merupakan salah satu cara pengukuran yang dapat dilakukan oleh pihak selain tenaga kesehatan, seperti kader dan guru PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini) yang sudah dilatih oleh tenaga kesehatan. Pertumbuhan fisik anak balita dipantau secara berkala melalui Posyandu Balita. Petugas posyandu balita berasal dari masyarakat yaitu kader.

Kader merupakan anggota masyarakat dengan latar belakang pendidikan dan pekerjaan yang beragam, sehingga pengukuran antropometri dapat dilakukan oleh kader (Kusuma dan Hasanah, 2018).

Hasil pengukuran antropometri balita kemudian dilaporkan ke bidan puskesmas. Pengukuran antropometri dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu ukuran yang tergantung usia dan ukuran yang tidak tergantung usia. Pengukuran tergantung pada usia yaitu berat badan terhadap usia (BB/U), tinggi badan terhadap usia (TB/U), lingkar kepala terhadap usia (LK/U), dan lingkar lengan atas terhadap usia (LLA/U). Pengukuran status gizi yang tergantung dengan usia memiliki kesulitan (Kusuma dan Hasanah, 2018).

Kesulitan yang sering didapati adalah kurang tepatnya menentukan usia anak. Ketidaktepatan dapat dikarenakan tidak semua anak memiliki catatan tanggal. Pengukuran antropometri yang tidak tergantung usia yaitu berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB), lingkar lengan atas terhadap tinggi badan (LLA/TB), dan lingkar lengan atas, lipatan kulit pada trisep, subkapular,

abdominal yang dibandingkan dengan standar/ baku. Dari berbagai jenis pengukuran antropometri yang tidak tergantung usia tersebut, pengukuran berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB) lebih banyak digunakan (Kusuma dan Hasanah, 2018).

Penggunaan pedoman pengukuran dapat terlihat dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak (buku KIA). Buku KIA ini yang digunakan masyarakat. Masyarakat yang dimaksud adalah ibu hamil, ibu nifas, ibu balita, kader, dan bidan untuk memantau kesehatan ibu dan anak. Pengukuran antropometri lain dengan menggunakan standar antropometri *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2005. Istilah yang dituliskan berdasarkan berat badan menurut usia (BB/U), panjang badan atau tinggi badan menurut usia (PB/U atau TB/U), dan berat dan menurut panjang badan atau tinggi badan (BB/PB atau BB/TB). Panjang badan merupakan istilah pengukuran untuk anak usia 0-24 bulan. Tinggi badan merupakan istilah pengukuran untuk anak usia di atas 24 bulan. Istilah gizi kurang dan gizi buruk yang ditentukan dari indeks berat badan menurut usia (BB/U) yang

memiliki padan istilah dengan *underweight* (gizi kurang) dan *severely underweight* (gizi buruk). Istilah pendek atau sangat pendek yang didasarkan pada indeks panjang badan atau tinggi badan menurut usia (PB/U atau TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek). Istilah kurus dan sangat kurus yang didasarkan pada indeks berat badan menurut Panjang badan atau tinggi badan (BB/PB atau BB/TB) yang merupakan padanan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek) (Kusuma dan Hasanah, 2018).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia juga memberikan keputusan tentang penentuan status gizi anak berdasarkan indeks massa tubuh (IMT). Perhitungan IMT anak dihitung dari berat badan dalam satuan kilogram dibagi dengan kuadrat tinggi badan anak dalam satuan meter. Pengukuran status gizi anak dilakukan dengan IMT menurut umur (IMT/U) (Kusuma dan Hasanah, 2018).

- b. Pengumpulan informasi riwayat medis secara klinis dan biokimia

Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel (*supervicial epithelial tissues*) seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral atau pada organorgan yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Penggunaan metode ini umumnya untuk survei klinis secara cepat (*rapid clinical surveys*). Survei ini dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi. Di samping itu digunakan untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu tanda (*sign*) dan gejala (*Symptom*) atau riwayat penyakit (Anisa dkk, 2017).

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain: darah, urine, tinja dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot.

Metode ini digunakan untuk suata peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, maka penentuan kimia faali dapat lebih banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang spesifik (Anisa dkk, 2017).

c. Survei Konsumsi Makanan

Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi (Anisa dkk, 2017).

d. Statistik Vital

Pengukuran status gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisis dan beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan. Penggunaannya

dipertimbangkan sebagai bagian dari indikator tidak langsung pengukuran status gizi masyarakat (Anisa dkk, 2017).

e. Faktor Ekologi

Malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan ekologi seperti iklim, tanah, irigasi dan lain sebagainya. Pengukuran faktor ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi di suatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi gizi (Anisa dkk, 2017).

F. Penyebab Permasalahan Gizi

Masalah gizi pada hakikatnya merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penanggulangannya tidak dapat dilakukan dengan pendekatan pelayanan medis dan pelayanan kesehatan saja. Penyebab dari masalah gizi

multifaktor sehingga harus melibatkan berbagai sektor yang terkait. Masalah gizi sering berkaitan dengan masalah kekurangan pangan namun pemecahannya tidak selalu berupa peningkatan produksi dan pengadaan pangan. Masalah gizi muncul juga diakibatkan masalah ketahanan pangan ditingkat rumah tangga yaitu kemampuan rumah tangga memperoleh makanan untuk semua anggota keluarga, serta bagaimana keluarga mengolah, menyajikan serta memenuhi kebutuhan gizi keluarga agar mendapatkan gizi seimbang. Gizi kurang pada umumnya disebabkan oleh kemiskinan, kurangnya persediaan pangan, kurang baiknya kualitas lingkungan, kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi, menu seimbang dan kesehatan (Anisa dkk, 2017).

UNICEF pada tahun 1988 telah mengembangkan kerangka konsep makro sebagai salah satu strategi untuk menanggulangi masalah kurang gizi. Dalam kerangka tersebut ditunjukkan bahwa masalah gizi kurang dapat disebabkan oleh (Anisa dkk, 2017):

- a. Penyebab langsung

Makanan dan penyakit dapat secara langsung menyebabkan gizi kurang. Timbulnya gizi kurang tidak hanya dikarenakan asupan makanan yang kurang, tetapi juga penyakit. Anak yang mendapat cukup makanan tetapi sering menderita sakit, pada akhirnya dapat menderita gizi kurang. Demikian pula pada anak yang tidak memperoleh cukup makan, maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan akan mudah terserang penyakit.

b. Penyebab tidak langsung

Ada 3 penyebab tidak langsung yang menyebabkan gizi kurang yaitu:

1. Ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai. Setiap keluarga diharapkan mampu untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik jumlah maupun mutu gizinya.
2. Pola pengasuhan anak kurang memadai. Setiap keluarga dan masyarakat diharapkan dapat menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan

terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan baik baik fisik, mental dan sosial.

3. Pelayanan kesehatan dan lingkungan kurang memadai. Sistem pelayanan kesehatan yang ada diharapkan dapat menjamin penyediaan air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan.

Ketiga faktor tersebut berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan keluarga. Makin tinggi tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan, makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pola pengasuhan maka akan makin banyak keluarga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan (Anisa dkk, 2017).

G. Penanggulangan Permasalahan Gizi

Sebagaimana yang disebutkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi, pasal 2, bahwa

Pengaturan upaya perbaikan gizi ditujukan untuk menjamin (Lisang, 2017):

- a. Setiap orang memiliki akses terhadap informasi gizi dan pendidikan gizi,
- b. Setiap orang terutama kelompok rawan gizi memiliki akses terhadap pangan yang bergizi, dan
- c. Setiap orang memiliki akses terhadap pelayanan gizi dan kesehatan.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi, Pasal 5 menjelaskan bahwa Pemerintah bertugas dan bertanggung jawab (Lisang, 2017):

- a. Menyusun dan menetapkan kebijakan bidang gizi;
- b. Melakukan koordinasi, fasilitasi dan evaluasi surveilans kewaspadaan gizi skala nasional
- c. Melakukan penanggulangan gizi buruk skala nasional
- d. Mengatur, membina, dan mengawasi pelaksanaan urusan wajib upaya perbaikan gizi
- e. Mengupayakan pemenuhan kecukupan dan perbaikan gizi pada masyarakat terutama pada

keluarga miskin, rawan gizi, dan dalam situasi darurat

- f. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya gizi dan pengaruhnya terhadap peningkatan status gizi.

Berdasarkan Peraturan Presiden No. 83 Tahun 2017 Tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi. Ruang lingkup Peraturan Presiden No. 83 Tahun 2017 ini yang dimuat pada Pasal 3 meliputi (Aziza, 2020):

- a. Kebijakan strategis
- b. Rencana aksi pangan dan gizi
- c. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan
- d. Pendanaan.

Kebijakan strategis yang termaktub dalam Pasal 3 tersebut dijabarkan lagi pada Pasal 4 yang terdiri atas kebijakan strategis di bidang:

- a. Ketersediaan pangan;
- b. Keterjangkauan pangan
- c. Pemanfaatan pangan
- d. Perbaikan gizi masyarakat
- e. Penguatan kelembagaan pangan dan gizi.

Adapun kebijakan di bidang penguatan kelembagaan pangan dan gizi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf e, disebutkan lagi dalam Pasal 9 meliputi (Aziza, 2020):

- a. Penguatan kelembagaan pangan dan gizi tingkat nasional yang telah ada;
- b. Penguatan peran kelembagaan pangan dan gizi daerah provinsi dan kabupaten/kota yang telah ada;
- c. Penguatan fungsi Dewan Ketahanan Pangan, dan Dewan Ketahanan Pangan Provinsi dan Kabupaten/Kota yang telah ada
- d. Pengembangan kemitraan antar berbagai pemangku kepentingan dalam pembangunan pangan dan gizi berkelanjutan.

Masalah gizi terjadi disetiap siklus kehidupan manusia, dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa sampai dengan usia lanjut. Beberapa permasalahan gizi yang sering dijumpai pada kelompok masyarakat antara lain gizi kurang dalam bentuk Kurang Energi Protein (KEP), Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Anemia Gizi Besi (AGB) dan Kurang

Vitamin A (KVA) serta masalah gizi yang berkaitan dengan penyakit degeneratif (Lisang, 2017).

Beberapa program yang dibuat oleh Pemerintah untuk menanggulangi permasalahan gizi yaitu:

a. Cakupan penimbangan balita di Posyandu

Kunjungan balita dalam kegiatan posyandu merupakan partisipasi aktif khususnya ibu yang mempunyai balita untuk melakukan penimbangan balitanya ke posyandu yang dapat tumbuh jika 3 kondisi berikut ini terpenuhi, yaitu adanya kesempatan untuk berpartisipasi, adanya kemampuan untuk memanfaatkan kesempatan itu dan adanya kemauan untuk berpartisipasi (15).

Dalam kegiatan posyandu, tingkat partisipasi masyarakat disuatu wilayah diukur dengan melihat perbandingan antara jumlah anak balita di daerah kerja posyandu (S) dengan jumlah balita yang ditimbang pada setiap kegiatan posyandu yang ditentukan (D). Hasil cakupan penimbangan merupakan salah satu alat untuk memantau gizi balita yang dapat dimonitor dari berat badan hasil penimbangan yang tercatat di

dalam KMS. Cakupan D/S dianggap baik bila dapat mencapai 90% atau lebih, sedangkan bila kurang 90%, dapat dikatakan bahwa posyandu ini belum mantap. Menurut Kemenkes RI (2012), keaktifan ke Posyandu ditentukan berdasarkan Kepmenkes RI No: 747/Menkes/VI/2007 Tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga pada balita dikatakan aktif bila lebih atau sama dengan 4 kali berturut-turut datang menimbang ke Posyandu (Russiska dkk, 2020).

b. Pemberian kapsul vitamin A

Menurut Riskedas tahun 2018 di Indonesia pemberian kapsul vitamin A yang tidak sesuai standar mencapai angka 28.8% dan yang tidak pernah mendapatkan kapsul vitamin A mencapai angka 17.6%. Anak yang kekurangan vitamin A akan memiliki risiko yang lebih tinggi untuk terjadinya kegagalan dalam pertumbuhan dan juga penurunan respon imunitas, sehingga rentan untuk terkena infeksi (Fatimah dan Chondro, 2020).

Sasaran pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi adalah bayi (umur 6-11 bulan) diberikan kapsul vitamin A 100.000 SI, anak balita (umur 1-4 tahun) diberikan kapsul vitamin A 200.000 SI, dan ibu nifas diberikan kapsul vitamin A 200.000 SI, sehingga bayinya akan memperoleh vitamin A yang cukup melalui ASI. Pada bayi (6-11 21 bulan) diberikan setahun sekali pada bulan Februari atau Agustus; dan anak balita 6 bulan sekali, yang diberikan secara serentak pada bulan Februari dan Agustus (Lisan, 2017).

Sedangkan pemberian kapsul vitamin A pada ibu nifas diharapkan dapat dilakukan terintegrasi dengan pelayanan kesehatan ibu nifas atau dapat pula diberikan di luar pelayanan tersebut selama ibu nifas belum mendapatkan kapsul vitamin A. Strategi penanggulangan KVA dilaksanakan melalui pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi yaitu kapsul vitamin A biru (6–11 bulan) sebanyak satu kali dalam setahun (bulan february atau agustus) dan kapsul vitamin A merah untuk anak balita (1 – 5 tahun) sebanyak 2 kali yaitu tiap bulan Februari

dan Agustus, serta ibu nifas paling lambat 30 hari setelah melahirkan (Lisang, 2017).

c. Pemberian tablet besi

Anemia defisiensi besi merupakan masalah umum dan luas dalam bidang gangguan gizi di dunia. Upaya pemerintah dalam mengatasi anemia defisiensi besi ibu hamil yaitu terfokus pada pemberian tablet tambahan darah (Fe) pada ibu hamil. Menurut Permenkes No 88 Tahun 2012 tentang standar tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil, bahwa untuk melindungi wanita usia subur dan ibu hamil dari kekurangan gizi dan mencegah terjadinya anemia gizi besi maka perlu mengonsumsi tablet tambah darah (Septiani, 2017).

Penanggulangan masalah anemia gizi besi saat ini terfokus pada pemberian tablet tambah darah (Fe) pada ibu hamil. Ibu hamil mendapat tablet tambah darah 90 tablet selama masa kehamilannya. Pelayanan pemberian tablet besi dimaksudkan untuk mengatasi kasus Anemia serta meminimalisasi dampak buruk akibat kekurangan Fe khususnya yang dialami ibu hamil (Lisang, 2017).

d. Pemberian ASI eksklusif

ASI Eksklusif adalah pemberian ASI kepada bayi tanpa makanan dan minuman pendamping (termasuk air jeruk, madu, air gula), yang dimulai sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 6 bulan. Setelah bayi berumur enam bulan, bayi boleh diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI), karena ASI tidak dapat memenuhi lagi keseluruhan kebutuhan gizi bayi sesudah umur enam bulan. Akan tetapi, pemberian ASI bisa diteruskan hingga bayi berusia 2 tahun (Bakhriyah dkk, 2017).

Cara pemberian makanan pada bayi yang baik dan benar adalah menyusui bayi secara eksklusif sejak lahir sampai dengan umur 6 bulan dan meneruskan menyusui anak sampai umur 24 bulan. Mulai umur 6 bulan, bayi mendapat makanan pendamping ASI yang bergizi sesuai dengan kebutuhan tumbuh kembangnya (Lisang, 2017).

e. Pemberian makanan tambahan

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan merupakan program yang dilaksanakan pemerintah pada kelompok usia balita yang ditujukan sebagai tambahan selain makanan utama sehari-hari untuk mengatasi

kekurangan gizi. Program PMT Pemulihan ditetapkan untuk membantu memenuhi kecukupan gizi pada balita khususnya balita kurus berupa biskuit MT balita yang termasuk dalam jenis PMT pabrikan. Biskuit PMT Pemulihan diformulasi mengandung minimum 160 kalori, 3,2-4,8 gram protein, dan 4-7,2 gram lemak tiap 40 gram biskuit. Berdasarkan petunjuk teknis pemberian makanan tambahan, sasaran utama pemberian makanan tambahan adalah balita usia 6-59 bulan dikategorikan kurus berdasarkan hasil pengukuran berat badan menurut panjang/tinggi badan (BB/PB atau BB/TB) bernilai kurang dari minus dua standar deviasi (<-2 SD) dengan lama waktu pemberian adalah 90 hari makan sesuai aturan konsumsi (Putri dan Mahmudiono, 2020).

Selain itu, berikut ini cara-cara yang dapat dilakukan untuk menanggulangi gizi baik gizi kurang maupun gizi lebih (Anisa dkk, 2017):

- a. Penanggulangan masalah gizi kurang:
 1. Upaya pemenuhan persediaan pangan nasional terutama melalui peningkatan produksi beraneka ragam pangan

2. Peningkatan usaha perbaikan gizi keluarga (UPGK) yang diarahkan pada pemberdayaan keluarga untuk meningkatkan ketahanan pangan tingkat rumah tangga
3. Peningkatan upaya pelayanan gizi terpadu dan sistem rujukan dimulai dari tingkat Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), hingga Puskesmas dan Rumah Sakit
4. Peningkatan upaya keamanan pangan dan gizi melalui Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG)
5. Peningkatan komunikasi, informasi, dan edukasi di bidang pangan dan gizi masyarakat
6. Peningkatan teknologi pangan untuk mengembangkan berbagai produk pangan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat luas
7. Intervensi langsung kepada sasaran melalui pemberian makanan tambahan (PMT), distribusi kapsul vitamin A dosis tinggi, tablet dan sirup besi serta kapsul minyak beriodium
8. Peningkatan kesehatan lingkungan

9. Upaya fortifikasi bahan pangan dengan vitamin A, Iodium, dan Zat Besi
10. Upaya pengawasan makanan dan minuman
11. Upaya penelitian dan pengembangan pangan dan gizi.

b. Penanggulangan masalah gizi lebih

Penanggulangan dilakukan dengan cara menyeimbangkan masukan dan keluaran energi melalui pengurangan makanan dan penambahan latihan fisik atau olahraga serta menghindari tekanan hidup/stress. Penyeimbangan masukan energi dilakukan dengan membatasi konsumsi karbohidrat dan lemak serta menghindari konsumsi alkohol.

Sedangkan berbagai upaya yang dapat dilakukan dalam upaya penanggulangan masalah gizi buruk menurut Depkes RI pada tahun 2005 dirumuskan dalam beberapa kegiatan berikut (Anisa dkk, 2017):

- a. Meningkatkan cakupan deteksi dini gizi buruk melalui penimbangan bulanan balita di posyandu.

- b. Meningkatkan cakupan dan kualitas tata laksana kasus gizi buruk di puskesmas / RS dan rumah tangga.
- c. Menyediakan Pemberian Makanan Tambahan pemulihan (PMT-P) kepada balita kurang gizi dari keluarga miskin.
- d. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu dalam memberikan asuhan gizi kepada anak (ASI/MP-ASI).
- e. Memberikan suplemen gizi (kapsul vitamin A) kepada semua balita.

H. Solusi Permasalahan Gizi Masyarakat

Peran Pemerintah dan Wakil Rakyat (DPRD/DPR) dan Kabupaten Kota daerah membuat kebijakan yang berpihak pada rakyat, misalnya kebijakan yang mempunyai filosofi yang baik “menolong bayi dan keluarga miskin agar tidak kekurangan gizi dengan memberikan Makanan Pendamping (MP) ASI (Anisa dkk, 2017).

Peran perguruan tinggi juga sangat penting dalam memberikan kritik maupun saran bagi pemerintah agar

supaya pembangunan kesehatan tidak menyimpang dan tuntutan masalah yang riil berada di tengah-tengah masyarakat, mengambil peranan dalam mendefinisikan ulang kompetensi ahli gizi Indonesia dan memformulasikannya dalam bentuk kurikulum pendidikan tinggi yang dapat memenuhi tuntutan zaman (Anisa dkk, 2017).

Menurut Azwar pada tahun 2004, Solusi yang bisa dilakukan adalah (Anisa dkk, 2017):

- a. Upaya perbaikan gizi akan lebih efektif jika merupakan bagian dari kebijakan penanggulangan kemiskinan dan pembangunan SDM. Membiarkan penduduk menderita masalah kurang gizi akan menghambat pencapaian tujuan pembangunan dalam hal pengurangan kemiskinan. Berbagai pihak terkait perlu memahami problem masalah gizi dan dampak yang ditimbulkan begitu juga sebaliknya, bagaimana pembangunan berbagai sektor memberi dampak kepada perbaikan status gizi. Oleh karena itu tujuan pembangunan beserta target yang

ditetapkan di bidang perbaikan gizi memerlukan keterlibatan seluruh sektor terkait.

- b. Dibutuhkan adanya kebijakan khusus untuk mempercepat laju percepatan peningkatan status gizi. Dengan peningkatan status gizi masyarakat diharapkan kecerdasan, ketahanan fisik dan produktivitas kerja meningkat, sehingga hambatan peningkatan ekonomi dapat diminimalkan.
- c. Pelaksanaan program gizi hendaknya berdasarkan kajian '*best practice*' (efektif dan efisien) dan lokal spesifik. Intervensi yang dipilih dengan mempertimbangkan beberapa aspek penting seperti: target yang spesifik tetapi membawa manfaat yang besar, waktu yang tepat misalnya pemberian Yodium pada wanita hamil di daerah endemis berat GAKY dapat mencegah cacat permanen baik pada fisik maupun intelektual bagi bayi yang dilahirkan. Pada keluarga miskin upaya pemenuhan gizi diupayakan melalui pembiayaan publik.
- d. Pengambil keputusan di setiap tingkat menggunakan informasi yang akurat dan evidence basedalam

menentukan kebijakannya. Diperlukan sistem informasi yang baik, tepat waktu dan akurat. Disamping pelaksanaan monitoring dan evaluasi yang baik dan kajian-kajian intervensi melalui kaidah-kaidah yang dapat dipertanggung jawabkan.

- e. Mengembangkan kemampuan (*capacity building*) dalam upaya penanggulangan masalah gizi, baik kemampuan teknis maupun kemampuan manajemen. Gizi bukan satu-satunya faktor yang berperan untuk pembangunan sumber daya manusia, oleh karena itu diperlukan beberapa aspek yang saling mendukung sehingga terjadi integrasi yang saling sinergi, misalnya kesehatan, pertanian, pendidikan diintegrasikan dalam suatu kelompok masyarakat yang paling membutuhkan.
- f. Meningkatkan upaya penggalian dan mobilisasi sumber daya untuk melaksanakan upaya perbaikan gizi yang lebih efektif melalui kemitraan dengan swasta, LSM dan masyarakat.

I. Penanganan dari Aspek Manajemen Kesehatan

Pemerintah Indonesia telah berupaya untuk menekan angka gizi buruk yang ada di Indonesia melalui Menteri Kesehatan Republik mengeluarkan regulasi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi. Sebagai contoh, Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk Pada Anak Bawah Lima Tahun Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala Provinsi Sulawesi Tengah menggunakan teori model implementasi kebijakan yang dikembangkan oleh George C. Edward III dalam Agustino (2012:156), meliputi : *Communication* (komunikasi), *Resources* (sumber daya), *Disposition* (Disposisi), dan *Birocratie Structure* (Struktur Birokrasi) (Lisang, 2017).

a. *Communication* (Komunikasi)

Edward III menjelaskan bahwa syarat pertama agar pelaksanaan kebijakan itu efektif, kebijakan ini harus disampaikan/ diketahui oleh orang-orang yang diserahi tanggung jawab untuk melaksanakannya dengan jelas. Tentu saja dalam hal ini diperlukan komunikasi yang akurat dan dilaksanakan dengan tepat oleh pelaksana.

Komunikasi yang baik harus disosialisasikan serta dikoordinasikan sehingga akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula, terkadang terdapat masalah dalam penyaluran komunikasi yaitu diantaranya adalah adanya salah pengertian yang disebabkan banyaknya tingkatan birokrasi yang harus dilalui dalam proses komunikasi sehingga apa yang diharapkan akan terdistorsi ditengah jalan. Kebijakan akan berjalan efektif, jika pelaksana kebijakan, memahami apa yang harus mereka lakukan. Keputusan-keputusan kebijakan dan perintah-perintah, harus diteruskan kepada personel yang tepat sebelum keputusan-keputusan dan perintah itu dapat diikuti, komunikasi harus akurat dan dimengerti oleh pelaksana kebijakan. Hambatan dalam transmisi, bisa saja juga menjadi penghambat atau penghalang kebijakan (13).

Berkaitan dengan Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk Pada Anak Bawah Lima Tahun Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, Komunikasi merupakan usaha sosialisasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala pada

masyarakat Kabupaten Donggala dalam kaitannya dengan penanggulangan gizi buruk pada anak balita. Sosialisasi program penanggulangan gizi buruk pada anak bawah lima tahun di Kabupaten Donggala, sudah dilaksanakan, dengan melibatkan instansi kecamatan dan perpanjangan tangan Dinas Kesehatan yaitu Puskesmas setempat sudah diberdayakan begitupula petugas gizi yang ada. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, kasus Gizi buruk pada anak bawah lima tahun, pada tahun 2015 mencapai 142 kasus, satu kasus diantaranya meninggal dunia. Angka ini menurun dibanding tahun 2014 terdapat 152 kasus. Namun demikian dibanding dengan tahun 2013 mencapai 108 kasus, satu kasus diantaranya meninggal dunia, angka tersebut meningkat. Angka kasus gizi buruk tertinggi terjadi pada tahun 2012 yaitu mencapai 412 kasus, dua kasus diantaranya meninggal dunia.

b. *Resources* (Sumber Daya).

Van Meter dan Horn dalam Subarsono menjelaskan bahwa kajian implementasi kebijakan perlu dukungan sumber daya baik sumber daya manusia

(*human resources*) maupun sumberdaya nonmanusia (*non-human resources*). Menurut pendapat Edward III, dalam Budi Winarno. Secara konseptual sumberdaya diartikan sebagai isi kebijakan yang dapat dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementator kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan kebijakan, diyakini pelaksanaan kebijakan tidak akan berjalan efektif. Sumberdaya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia, yakni kompetensi dan sumberdaya finansial, maupun sarana prasarana. Sumberdaya adalah faktor yang penting untuk implementasi kebijakan agar dapat berjalan efektif.

Berkaitan dengan program penanggulangan gizi buruk pada anak bawah lima tahun di Kabupaten Donggala, Sumber daya merupakan Sumber Daya Manusia, Sarana Prasarana dan Dana dalam kaitannya dengan penanggulangan gizi burk pada anak balita. Sumber daya manusia yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala dalam melaksanakan kebijakan program penanggulangan gizi buruk anak

bawah lima tahun, masih sangat kurang yang memiliki keahlian dibidang gizi.

c. *Disposition* (Disposisi)

Edward III mengatakan bahwa disposisi adalah watak dan karakteristik atau sikap yang dimiliki oleh implementor seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka dia akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sifat atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif. Faktor-faktor yang turut memberikan pengaruh dalam proses implementasi kebijakan publik, oleh para ahli telah mengidentifikasi bahwa disposition atau kecenderungan para pelaksana turut memberikan kontribusi yang berarti terhadap keberhasilan implementasi suatu kebijakan publik.

Menurut Van Meter dan Van Horn dalam Winarno (2002;168) mengidentifikasi tiga unsur tanggapan pelaksana yang mungkin memengaruhi kemampuan dan

keinginan mereka untuk melaksanakan kebijakan, yakni pemahaman tentang kebijakan, penerimaan, netralitas atau penolakan terhadap kebijakan, dan intensitas tanggapan itu. Pemahaman para pelaksana dalam hal ini menyangkut tujuan umum maupun ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan kebijakan. Sehingga dengan demikian akan menentukan sikap terhadap kebijakan ini untuk diterima dan dilaksanakan atau sebaliknya sangat bergantung dari persepsi individu-individu.

Berkaitan dengan Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk pada anak dibawah lima tahun di Kabupaten Doggala, Disposisi (*dispositions*) merupakan kemampuan dan komitmen untuk melaksanakan penanggulangan gizi buruk pada anak balita. Dapat disimpulkan sudah sebagai mana yang diharapkan atau sudah berjalan dengan baik, hal ini impelentor berkomitmen dalam mensukseskan program penanggulan gizi buruk di kabupaten Donggala yang terbilang masih tinggi.

d. *Birocratie Structure* (Struktur Birokrasi).

Menurut Budiman Rusli pada tahun 2013, Keberadaan struktur birokrasi sangat diperlukan untuk mendukung kinerja sumber daya maupun *stakeholders* yang terkait dengan proses implementasi kebijakan dengan cara adanya pembagian tugas maupun tanggung jawab yang jelas sehingga tidak terjadi ketimpangan tugas dalam proses penerapan suatu kebijakan.

Struktur birokrasi diartikan sebagai yang bertugas mengimplementasikan kebijakan, salah satu dari aspek struktur yang penting dari setiap organisasi adalah prosedur operasi standar (*standard operating procedure* atau SOP). *Standar operating procedure* menjadi pedoman bagi implementator dalam bertindak.

Berkaitan dengan penanggulangan gizi buruk anak dibawah lima tahun pada Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, Struktur Birokrasi (*Birocrated Structure*) adalah Pembagian tugas yang jelas dalam penanggulangan gizi buruk pada anak balita di Kabupaten Donggala.. Dalam struktur birokrasi dalam penanggulangan gizi buruk ana balita di Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, dapat dijelaskan bahwa

mekanisme kerja dinas kesehatan dalam pelaksanaan penanggulangan anak gizi buruk di Kabupaten Donggala, sudah memfungsikan dengan baik puskesmas yang ada sebagai ujung tombak penanggulangan gizi buruk, begitu juga petugas lapangan sebagai tim pelaksana pemulih gizi, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan anak gizi buruk di Kabupaten Donggala.

BAB VIII

KAJIAN MASALAH BERKAITAN DENGAN PERMASALAHAN KESEHATAN IBU DAN ANAK PADA ASPEK MANAJEMEN KESEHATAN

Indikator kesehatan dan kesejahteraan masyarakat di suatu negara dapat dilihat dari Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) dinegara tersebut. Indonesia menjadi salah satu negara di *Association of South East Asian Nation (ASEAN)* yang memiliki AKI yang tinggi (Salla dkk, 2019).

Di Indonesia upaya peningkatan status kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu program prioritas. Hal ini dikarenakan, masalah kesehatan ibu dan anak masih menjadi salah satu permasalahan utama di bidang kesehatan. Menurut UNICEF, setiap tiga menit, di suatu tempat di Indonesia, anak di bawah usia lima tahun meninggal. Selain itu setiap jam seorang perempuan meninggal karena melahirkan atau sebab-sebab yang berkaitan dengan kehamilan (Lestari, 2020).

Menurut WHO, upaya peningkatan status kesehatan ibu dan anak, ditargetkan untuk menurunkan angka kematian dan kejadian sakit pada ibu dan anak.

Untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak tersebut dilakukan melalui upaya peningkatan mutu pelayanan dan menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan ibu dan pelayanan rujukan. Selama ini, berbagai program terkait penanggulangan masalah kesehatan ibu dan anak sudah diupayakan. Program-program tersebut menitikberatkan pada upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi (Lestari, 2020).

Jumlah kematian ibu menurut provinsi tahun 2018-2019 terdapat penurunan dari 4.226 menjadi 4.221 kematian ibu di Indonesia berdasarkan laporan. Pada tahun 2019 penyebab kematian ibu terbanyak adalah perdarahan (1.280 kasus), hipertensi dalam kehamilan (1.066 kasus), infeksi (207 kasus). Upaya percepatan penurunan AKI dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan

rujukan jika terjadi komplikasi, dan pelayanan keluarga berencana termasuk KB pasca persalinan (Kemenkes, 2020).

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2017 menunjukkan AKN sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup, AKB 24 per 1.000 kelahiran hidup, dan AKABA 32 per 1.000 kelahiran hidup. Meskipun demikian, angka kematian neonatus, bayi, dan balita diharapkan akan terus mengalami penurunan. Intervensi-intervensi yang dapat mendukung kelangsungan hidup anak ditujukan untuk dapat menurunkan AKN menjadi 10 per 1000 kelahiran hidup dan AKB menjadi 16 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2024. Sementara, sesuai dengan Target Pembangunan Berkelanjutan, AKABA diharapkan dapat mencapai angka 18,8 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2030 (Kemenkes, 2020).

Tahun 2019 merupakan akhir dari pembangunan jangka menengah, diharapkan setiap target yang belum tercapai pada tahun lalu, dapat dicapai pada tahun 2019. Selama ini berbagai upaya dilakukan untuk mencapai

target status AKI dan AKB menurut acuan RPJMN 2015-2019, sehingga indeks pembangunan manusia Indonesia dapat mencapai 70,18 persen (Lestari, 2020)

Berbagai kebijakan dan intervensi program KIA dengan menggunakan dana besar selama ini dianggap belum berjalan dengan baik. Hingga saat ini angka kematian ibu (*maternal*) dan angka kematian bayi (*neonatal*) masih menjadi permasalahan tersendiri di bidang kesehatan reproduksi di Indonesia (pada tahun 2015, Indonesia bahkan termasuk Negara dengan AKI tinggi di ASEAN) (Lestari, 2020).

Menurut data WHO, penyebab kematian ibu dikarenakan komplikasi kebidanan yang tidak ditangani dengan baik dan tepat waktu (sekitar 15% dari kehamilan). Komplikasi kebidanan tersebut sekitar 75%-nya dikarenakan perdarahan dan infeksi pasca melahirkan, tekanan darah tinggi saat kehamilan, partus lama dan aborsi yang tidak aman. Terkait kejadian kematian bayi, sebanyak 185 bayi baru lahir meninggal dunia setiap harinya. Tiga perempat kematian bayi terjadi pada minggu pertama dan 40% meninggal dalam

24 jam pertama. Penyebab utama kematian bayi umumnya karena prematur, komplikasi terkait persalinan seperti asfiksia atau kesulitan bernafas saat lahir, infeksi dan cacat lahir. Pentingnya kebijakan kesehatan ibu dan anak dalam penanganan masalah belum menjadi perhatian terutama daerah-daerah dengan tingkat masalah terkait kesehatan ibu dan anak yang tinggi. Pengetahuan dan dasar masalah, politik dan pemerintahan, serta kapasitas dan sumber daya daerah merupakan faktor-faktor dalam manajemen dan proses kebijakan yang berperan dalam membentuk lingkungan yang baik dengan tingkat masalah yang tinggi, cenderung kurang memperhatikan proses kebijakan yang dilaksanakan (Lestari, 2020).

A. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Menurut Kementerian Kesehatan, pelayanan kesehatan ibu dan anak merupakan suatu upaya kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi, dan anak balita serta anak pra sekolah. Dalam penerapan KIA, peran keluarga sangatlah besar dalam memengaruhi

kehidupan seorang anak, terutama pada tahap awal maupun tahap-tahap krisis. Peran yang paling besar sebagai pendidik anak-anaknya adalah ibu. Seorang ibu dalam keluarga terutama bagi anaknya berperan dalam mendidik dan menjaga anak-anaknya, mulai dari usia bayi sampai dewasa. Untuk itu maka anak tidak jauh dari pengamatan orang tua terutama ibunya (Lestari, 2020).

Melalui pelaksanaan program KIA diharapkan dapat tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal, bagi ibu dan keluarganya untuk menuju Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya (Lestari, 2020).

Adapun secara khusus program KIA ditujukan untuk (Lestari, 2020):

1. Meningkatkan kemampuan ibu (pengetahuan, sikap dan perilaku), dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya dalam menggunakan teknologi tepat

guna dalam upaya pembinaan kesehatan keluarga, paguyuban keluarga, posyandu dan sebagainya

2. Meningkatnya upaya pembinaan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri di dalam lingkungan keluarga, paguyuban keluarga, posyandu, dan karang balita serta di sekolah taman kanak-kanak (TK)
3. Meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan ibu menyusui
4. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, nifas, ibu menyusui, bayi, dan anak balita
5. Meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, anak prasekolah, terutama melalui peningkatan peran ibu dan keluarganya

Pelayanan KIA penerapannya dilakukan melalui beberapa kegiatan pokok yaitu (Lestari, 2020):

1. Peningkatan pelayanan antenatal sesuai standar bagi seluruh ibu hamil (bumil) di semua fasilitas kesehatan
2. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten diarahkan ke fasilitas kesehatan
3. Peningkatan pelayanan bagi seluruh ibu nifas sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
4. Peningkatan pelayanan bagi seluruh neonatus sesuai standar di semua fasilitas kesehatan ataupun melalui kunjungan rumah
5. Peningkatan deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat
6. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan neonatus secara adekuat dan pengamatan secara terus menerus oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan
7. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh bayi sesuai standar di semua fasilitas kesehatan
8. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh anak balita sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.

9. Peningkatan pelayanan KB sesuai standar

B. AKI dan AKB

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan dan menjadi salah satu komponen indeks pembangunan maupun indeks kualitas hidup. Menurut *International Classification of Diseases (ICD)-10* definisi kematian ibu (maternal death) adalah “kematian ibu selama masa kehamilan atau dalam waktu 42 hari setelah akhir kehamilannya (pascapersalinan), dengan berbagai macam penyebab yang berhubungan atau diperburuk oleh kehamilan atau manajemennya, akan tetapi bukan karena kasus kecelakaan (accidental) atau yang terjadi secara insidental” (Sumarmi, 2017).

Perhitungan atau angka yang paling sering digunakan untuk kematian ibu dikenal sebagai maternal mortality ratio (kadangkadang salah kaprah digunakan “rate”), adalah jumlah kematian ibu dalam suatu populasi yang terjadi dalam waktu satu tahun per 100 000 kelahiran hidup. Jumlah ini merupakan representasi

risiko pada kehamilan tunggal (*single pregnancy*) (Sumarmi, 2017).

Ibu yang sehat akan melahirkan bayi yang sehat pula. Selain Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) juga merupakan salah satu indikator utama dalam peningkatan mutu atau status derajat kesehatan masyarakat di suatu daerah. Menurut Sukarni pada tahun 1995 tingkat kematian bayi disebabkan karena bayi sangat rentan dengan keadaan kesehatan ataupun kesejahteraan yang buruk sehingga dari angka kematiannya dapat diketahui angka derajat kesehatan atau kesejahteraan masyarakat atau penduduk (Desvita, 2021).

Pengertian Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah kematian bayi dalam usia 28 hari pertama kehidupan per 1000 kelahiran hidup. Dijelaskan pada jurnal ini penyebab kematian bayi, ada dua macam yaitu endogen dan eksogen. Kematian bayi endogen atau kematian neonatal disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa bayi sejak dilahirkan, yang dapat diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi. Sedangkan kematian

bayi eksogen atau kematian post-neonatal disebabkan oleh faktor-faktor yang berkaitan dengan pengaruh lingkungan luar (Desvita, 2021).

C. Penyebab Permasalahan Kesehatan Ibu dan Anak

Berbagai kebijakan dan intervensi program KIA dengan menggunakan dana besar selama ini dianggap belum berjalan dengan baik. Hingga saat ini angka kematian ibu (maternal) dan angka kematian bayi (neonatal) masih menjadi permasalahan tersendiri di bidang kesehatan reproduksi di Indonesia (pada tahun 2015, Indonesia bahkan termasuk Negara dengan AKI tinggi di Asean) (Lestari, 2020).

Menurut data WHO, penyebab kematian ibu dikarenakan komplikasi kebidanan yang tidak ditangani dengan baik dan tepat waktu (sekitar 15% dari kehamilan). Komplikasi kebidanan tersebut sekitar 75%-nya dikarenakan perdarahan dan infeksi pasca melahirkan, tekanan darah tinggi saat kehamilan, partus lama dan aborsi yang tidak aman. Terkait kejadian kematian bayi, sebanyak 185 bayi baru lahir meninggal

dunia setiap harinya. Tiga perempat kematian bayi terjadi pada minggu pertama dan 40% meninggal dalam 24 jam pertama. Penyebab utama kematian bayi umumnya karena prematur, komplikasi terkait persalinan seperti asfiksia atau kesulitan bernafas saat lahir, infeksi dan cacat lahir (Lestari, 2020).

D. Upaya Penanggulangan Masalah Kesehatan Ibu dan Anak

Beberapa upaya kesehatan ibu yang diprogramkan antara lain: pelayanan kesehatan ibu hamil, pelayanan imunisasi Tetanus bagi wanita usia subur dan ibu hamil, pemberian tablet tambah darah. Selain itu Puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), pelayanan kontrasepsi/KB dan pemeriksaan HIV dan Hepatitis B (Kemenkes, 2020).

1. Pelayanan kesehatan ibu hamil

Penyebab kejadian kematian ibu terbanyak setiap tahunnya adalah sama, yaitu akibat perdarahan. Diikuti oleh hipertensi dan infeksi serta penyebab lainnya seperti kondisi penyakit kanker, jantung, tuberkulosis, atau

penyakit lain yang diderita ibu. Sedangkan, abortus dan partus lama menyumbang angka yang sangat kecil sebagai penyebab AKI (Rachmawati dkk, 2017).

Komplikasi kehamilan dan persalinan sebagai penyebab tertinggi kematian ibu tersebut dapat dicegah dengan pemeriksaan kehamilan melalui *antenatal care* (ANC) secara teratur. *Antenatal care* atau pelayanan antenatal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan profesional dapat mencegah dan mendeteksi komplikasi pada janin dan ibu hamil lebih awal sehingga tidak terjadi hal yang tidak diinginkan dikemudian hari. Di Indonesia, pelayanan antenatal dilakukan paling sedikit 4 kali kunjungan selama masa kehamilan ibu sesuai dengan kebijakan pemerintah yang didasarkan atas ketentuan WHO (Rachmawati dkk, 2017).

Kebijakan program pelayanan antenatal menetapkan frekuensi kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 (empat) kali selama kehamilan, 1 kali pada trimester pertama (K1), 1 kali pada trimester kedua (K2), dan 2 kali pada trimester ketiga (K3 dan K4). Sedangkan apabila terdapat kelainan

atau penyulit kehamilan seperti mual, muntah, perdarahan kehamilan, perdarahan, kelainan letak dan lain-lain, frekuensi kunjungan ANC disesuaikan dengan kebutuhan (Rachmawati dkk, 2017).

Standar minimal pelayanan antenatal meliputi “7T”, yang terdiri dari (Rachmawati dkk, 2017):

- a. Timbang berat badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Ukur tinggi fundus uteri
- d. Pemberian imunisasi TT (Tetanus Toksoid)
Pemberian tablet zat besi
- e. Test terhadap PMS, HIV/AIDS dan malaria
- f. Temu wicara/konseling. Pemeriksaan selanjutnya dilakukan pemeriksaan kehamilan mulai dari anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnosa, terapi, dan rujuk bila diperlukan.

Pelayanan antenatal juga dapat digunakan untuk memberikan informasi kepada ibu hamil dan keluarganya untuk melakukan penanganan yang tepat serta segera memeriksakan kehamilannya apabila

terdapat tanda-tanda bahaya selama kehamilan (Rachmawati dkk, 2017).

Tanda-tanda bahaya selama kehamilan meliputi (Rachmawati dkk, 2017):

- a. Bengkak/edema pada muka atau tangan
 - b. Nyeri abdomen hebat
 - c. Berkurangnya gerak janin
 - d. Perdarahan per vaginam
 - e. Sakit kepala hebat
 - f. Pengelihatan kabur
 - g. Demam
 - h. Muntah-muntah hebat
 - i. Keluar cairan per vaginam secara tiba-tiba
2. Pelayanan imunisasi Tetanus

Tetanus yaitu suatu gangguan neurologis yang ditandai dengan meningkatnya tonus otot dan spasme, yang disebabkan oleh *Clostridium Tetani*. Tetanus lebih sering dialami oleh bayi baru lahir atau *Tetanus Neonatorum* (TN) yang diakibatkan karena pemotongan tali pusat tanpa alat yang steril (Ayu dkk, 2020).

Imunisasi TT terdiri dari (Ayu dkk, 2020):

- a. TT1 yaitu pada saat mendapatkan imunisasi DPT1
- b. TT2 pada saat mendapatkan imunisasi DPT2 dengan masa perlindungan 3 tahun
- c. TT3 diperoleh pada saat kelas 1 SD dengan masa perlindungan 5 tahun
- d. TT4 diperoleh pada saat kelas 2 SD dengan masa perlindungan 10 tahun
- e. TT5 diperoleh pada saat kelas 3 SD dengan masa perlindungan 25 tahun.

Dampak mikro dari kurangnya cakupan imunisasi TT lengkap tersebut akan berpengaruh pada meningkatnya kejadian tetanus neonatorum dan dampak makro meningkatkan angka kematian bayi (Ayu dkk, 2020).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi mengamanatkan bahwa wanita usia subur dan ibu hamil merupakan salah satu kelompok populasi yang menjadi sasaran imunisasi lanjutan. Imunisasi lanjutan merupakan ulangan imunisasi dasar untuk

mempertahankan tingkat kekebalan dan untuk memperpanjang usia perlindungan (Kemenkes, 2020).

Wanita usia subur yang menjadi sasaran imunisasi Td berada pada kelompok usia 15-39 tahun yang terdiri dari WUS hamil (ibu hamil) dan tidak hamil. Imunisasi lanjutan pada WUS salah satunya dilaksanakan pada waktu melakukan pelayanan antenatal. Imunisasi Td pada WUS diberikan sebanyak 5 dosis dengan interval tertentu, berdasarkan hasil screening mulai saat imunisasi dasar bayi, lanjutan baduta, lanjutan BIAS serta calon pengantin atau pemberian vaksin mengandung “T” pada kegiatan imunisasi lainnya. Pemberian dapat dimulai sebelum dan atau saat hamil yang berguna bagi kekebalan seumur hidup (Kemenkes, 2020).

Screening status imunisasi Td harus dilakukan sebelum pemberian vaksin. Pemberian imunisasi Td tidak perlu dilakukan bila hasil screening menunjukkan wanita usia subur telah mendapatkan imunisasi Td5 yang harus dibuktikan dengan buku KIA, rekam medis, dan atau kohort. Kelompok ibu hamil yang sudah

mendapatkan Td2 sampai dengan Td5 dikatakan mendapatkan imunisasi Td2+ (Kemenkes, 2020).

3. Pemberian tablet tambah darah untuk ibu hamil

Anemia defisiensi besi merupakan masalah umum dan luas dalam bidang gangguan gizi di dunia. Upaya pemerintah dalam mengatasi anemia defisiensi besi ibu hamil yaitu terfokus pada pemberian tablet tambahan darah (Fe) pada ibu hamil. Menurut Permenkes No 88 Tahun 2012 tentang standar tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil, bahwa untuk melindungi wanita usia subur dan ibu hamil dari kekurangan gizi dan mencegah terjadinya anemia gizi besi maka perlu mengonsumsi tablet tambah darah (Septiani, 2017).

Penanggulangan masalah anemia gizi besi saat ini terfokus pada pemberian tablet tambah darah (Fe) pada ibu hamil. Ibu hamil mendapat tablet tambah darah 90 tablet selama masa kehamilannya. Pelayanan pemberian tablet besi dimaksudkan untuk mengatasi kasus Anemia serta meminimalisasi dampak buruk akibat kekurangan Fe khususnya yang dialami ibu hamil (Lisang, 2017).

4. Pelayanan kesehatan Ibu bersalin

Selain pada masa kehamilan, upaya lain yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu dan kematian bayi yaitu dengan mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan, dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Keberhasilan program ini diukur melalui indikator persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2020).

Dalam rangka menjamin ibu bersalin mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, sejak tahun 2015 setiap ibu bersalin diharapkan melakukan persalinan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 menetapkan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF) sebagai salah satu indikator upaya kesehatan keluarga, menggantikan indikator pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (PN) (Kemenkes, 2020).

5. Pelayanan Kesehatan Ibu nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas harus dilakukan minimal tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan. Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari (Kemenkes, 2020):

- a. pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, nafas, dan suhu)
 - b. pemeriksaan tinggi puncak rahim (fundus uteri)
 - c. pemeriksaan lochia dan cairan per vaginam lain
 - d. pemeriksaan payudara dan pemberian anjuran ASI eksklusif
 - e. pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir, termasuk keluarga berencana pasca persalinan
 - f. pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.
- ## 6. Kelas ibu hamil

Tingginya kematian ibu salah satunya terjadi pada masa kehamilan. Masa kehamilan merupakan masa yang

sangat penting, karena pada masa ini merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan janin selama sembilan bulan. Namun, tidak semua kehamilan akan menunjukkan tanda-tanda yang normal, ibu hamil dapat mengalami beberapa masalah serius tentang kehamilannya. Terdapat beberapa tanda bahaya kehamilan seperti perdarahan, nyeri perut yang berlebihan, mual muntah berlebihan dan sakit kepala yang hebat (Nuryawati dan Budiasih, 2017).

Untuk mencegah risiko yang lebih berbahaya bagi ibu hamil dan janinnya, maka pengetahuan ibu tentang tanda-tanda bahaya kehamilan perlu ditingkatkan. Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan itu terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar penginderaan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) (Nuryawati dan Budiasih, 2017).

Salah satu upaya meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan yaitu melalui kegiatan kelas ibu hamil. Kelas ibu hamil ini merupakan sarana untuk belajar bersama tentang kesehatan bagi ibu hamil, dalam bentuk tatap muka dalam kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu-ibu mengenai kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan nifas, perawatan bayi baru lahir, mitos, penyakit menular dan akte kelahiran (Nuryawati dan Budiasih, 2017).

Perlunya suatu metode yang dapat meningkatkan pengetahuan ibu hamil, selain melalui kegiatan penyuluhan pemerintah telah mengeluarkan kebijakan kegiatan kelompok belajar ibu hamil yang disebut Kelas Ibu Hamil. Kelas ibu hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan jumlah peserta sekitar 10-15 orang. Di kelas ini ibu-ibu hamil akan belajar bersama, diskusi, tukar pengalaman tentang kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh dan sistematis serta dapat dilaksanakan secara terjadwal, terkoordinir dan pemantauan berkesinambungan (Nuryawati dan Budiasih, 2017).

Beberapa keuntungan kelas ibu hamil diantaranya materi diberikan secara menyeluruh dan terencana sesuai dengan pedoman, waktu pembahasan materi menjadi efektif karena penyajian materi terstruktur dengan baik, ada interaksi antara petugas kesehatan dengan ibu hamil pada saat pembahasan materi dilaksanakan dan dilaksanakan secara berkesinambungan (Nuryawati dan Budiasih, 2017).

7. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) merupakan salah satu upaya pemerintah dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia. Upaya program P4K sudah dimulai sekitar tahun 2010, namun hingga saat ini tujuan untuk menurunkan AKI yang tertuang dalam MDGs sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 belum tercapai. Menurut SDKI tahun 2012 AKI di Indonesia justru mengalami peningkatan sebesar 359 per 100.000 KH (Kamidah, 2018).

P4K adalah merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh Bidan di desa dalam rangka meningkatkan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil (Kamidah, 2018).

8. Pelayanan kontrasepsi/KB

Program keluarga berencana di Indonesia sebelum dan sesudah dilaksanakannya *International Conference on Population and Development (ICPD)* di Kairo tahun 1994 mengalami perubahan secara nyata. Pada tahun 70-an sampai 90-an awal, pelayanan KB sangat menekankan pada aspek demografis, yaitu pengendalian angka kelahiran salah satu aspek utama dalam program keluarga berencana adalah kualitas pelayanan yang diberikan. Perbaikan kualitas pelayanan akan memperbesar jumlah peserta KB yang puas dan akan meningkatkan prevalensi dan menurunkan tingkat kelahiran (Helmy, 2018).

Pelayanan keluarga berencana bertujuan untuk mewujudkan keluarga berkualitas melalui pengaturan

jumlah keluarga secara terencana dalam upaya mewujudkan keluarga kecil. Keluarga berencana memiliki peranan dalam menurunkan resiko kematian ibu melalui pencegahan kehamilan, menunda kehamilan, menjarangkan kehamilan atau membatasi kehamilan bila anak sudah dianggap cukup. Dengan demikian pelayanan keluarga berencana merupakan upaya pelayanan kesehatan preventif yang paling dasar dan utama (Helmy, 2018).

Pelayanan Kontrasepsi adalah serangkaian kegiatan meliputi (Kemenkes, 2020):

- a. Pemberian KIE,
- b. Konseling,
- c. Penapisan kelayakan medis,
- d. Pemberian kontrasepsi

Pelayanan kontrasepsi yang diberikan meliputi kondom, pil, suntik, pemasangan atau pencabutan implan, pemasangan atau pencabutan alat kontrasepsi dalam rahim, pelayanan tubektomi, dan pelayanan vasektomi.

- e. Pemasangan atau pencabutan,

- f. Penanganan efek samping atau komplikasi dalam upaya mencegah kehamilan.

KB Pascapersalinan (KBPP) adalah pelayanan KB yang diberikan kepada PUS setelah persalinan sampai kurun waktu 42 hari, dengan tujuan untuk menjarangkan kehamilan, atau mengakhiri kesuburan. Beberapa studi menunjukkan pelayanan KB (termasuk KBPP) yang efektif dapat mengurangi kematian ibu dengan cara mengurangi kehamilan dan mengurangi kelahiran risiko tinggi (Kemenkes, 2020).

9. Pemeriksaan HIV dan Hepatitis B

Dalam upaya menurunkan AKI dan AKB pemerintah melakukan pelayanan salah satunya adalah pencegahan dan penularan HIV/AIDS bagi ibu hamil. Ibu hamil wajib melakukan pemeriksaan HIV/AIDS untuk mengetahui status kesehatannya. Hal ini sesuai dengan pernyataan informan primer dan sekunder dengan teori yang ada. Dalam melakukan pemeriksaan HIV/AIDS klien harus sesuai dengan alur yang ada di Pelayanan Kesehatan.

Pelaksanaan pemeriksaan HIV/AIDS dari ibu ke bayi terintegrasi dalam pelayanan kesehatan Ibu dan Anak (KIA, Keluarga Berencana (KB) dan pelayanan konseling remaja. Konseling dan tes HIV dilakukan melalui pendekatan Konseling dan Tes atas Inisiasi Petugas Kesehatan (KTIP) dan Konseling dan Tes Sukarela (KTS), yang merupakan komponen penting dalam upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Cara untuk mengetahui status HIV seseorang adalah melalui tes darah. Prosedur pelaksanaan tes darah dilakukan dengan memperhatikan 3C yaitu *Counselling*, *Confidentiality*, dan *informed Consent* (Avicenna, 2018).

Program Nasional dalam Pencegahan dan Pengendalian Virus Hepatitis B saat ini fokus pada pencegahan Penularan Ibu ke Anak (PPIA) karena 95% penularan Hepatitis B adalah secara vertikal yaitu dari Ibu yang Positif Hepatitis B ke bayi yang dilahirkannya. Sejak tahun 2015 telah dilakukan Kegiatan Deteksi Dini Hepatitis B (DDHB) pada ibu hamil dilayanan Kesehatan dasar (Puskesmas) dan Jaringannya (Kemenkes, 2020)

Pemeriksaan Hepatitis B pada ibu hamil dilakukan melalui pemeriksaan darah dengan menggunakan tes cepat/Rapid Diagnostic Test (RDT) HBsAg. HBsAg (Hepatitis B Surface Antigen) merupakan antigen permukaan yang ditemukan pada virus hepatitis B yang memberikan arti adanya infeksi hepatitis B. Bayi yang lahir dari ibu yang terdeteksi Hepatitis B (HBsAg Reaktif) diberi vaksin pasif yaitu HBIg (Hepatitis B Imunoglobulin) sebelum 24 jam kelahiran disamping imunisasi aktif sesuai program Nasional (HB0, HB1, HB2 dan HB3). HBIg merupakan serum antibodi spesifik Hepatitis B yang memberikan perlindungan langsung kepada bayi (Kemenkes, 2020).

Upaya kesehatan anak yang dimaksud dalam Permenkes Nomor 25 Tahun 2014 dilakukan melalui pelayanan kesehatan janin dalam kandungan, kesehatan bayi baru lahir, kesehatan bayi, anak balita, dan prasekolah, kesehatan anak usia sekolah dan remaja, dan perlindungan kesehatan anak yang diantaranya: pelayanan kesehatan neonatal, imunisasi rutin pada anak,

pelayanan kesehatan pada anak sekolah (Kemenkes, 2020).

1. Pelayanan kesehatan neonatal

Sesuai dengan keputusan menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 53 tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal pada Bayi Baru Lahir, dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatal kepada bayi baru lahir tertuang dalam Pasal 2, 3, 4, 5, dan 6 dengan adanya pelayanan kesehatan neonatal kepada bayi baru lahir tersebut, maka diharapkan bidan dapat memberikan pelayanan kesehatan neonatal secara merata kepada bayi baru lahir.

Neonatal atau Bayi Baru Lahir (BBL) merupakan lanjutan fase kehidupan janin intrauterine yang harus dapat bertahan dan beradaptasi untuk hidup di luar rahim. Hidup di luar rahim bukan hal yang mudah, rentan menimbulkan komplikasi neonatal. Komplikasi tersebut yang sering terjadi adalah asfiksia, tetanus, sepsis, trauma lahir, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan sindroma gangguan pernapasan (Ningsih dkk, 2018).

Salah satu pelayanan yang dilakukan pada bayi baru lahir adalah penimbangan. Berdasarkan data yang dilaporkan oleh 25 provinsi kepada Direktorat Gizi Masyarakat, dari tahun 2019 bayi baru lahir yang dilaporkan ditimbang berat badannya, didapatkan sebanyak 111.827 bayi (3,4%) memiliki berat badan lahir rendah (BBLR). Sedangkan menurut hasil Riskesdas tahun 2018, dari 56,6% balita yang memiliki catatan berat lahir, sebanyak 6,2% lahir dengan kondisi BBLR. Kondisi bayi BBLR diantara disebabkan karena kondisi ibu saat hamil (kehamilan remaja, malnutrisi, dan komplikasi kehamilan), bayi kembar, janin memiliki kelainan atau kondisi bawaan, dan gangguan pada plasenta yang menghambat pertumbuhan bayi (*intrauterine growth restriction*). Bayi BBLR tanpa komplikasi dapat mengejar ketertinggalan berat badan seiring dengan penambahan usia. Namun, bayi BBLR memiliki risiko lebih besar untuk stunting dan mengidap penyakit tidak menular seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung saat dewasa (Kemenkes, 2020).

Indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu 6-48 jam setelah lahir adalah cakupan Kunjungan Neonatal Pertama atau KN1. Pelayanan dalam kunjungan ini (Manajemen Terpadu Balita Muda) antara lain meliputi termasuk konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K1 injeksi dan Hepatitis B0 injeksi (bila belum diberikan) (Kemenkes, 2020).

2. Imunisasi

Undang - Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 menyatakan bahwa setiap anak berhak memperoleh imunisasi dasar sesuai dengan ketentuan. Imunisasi dilakukan untuk mencegah terjadinya penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Pemerintah wajib memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak. Penyelenggaraan imunisasi ini tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 yang diundangkan tanggal 11 April 2017 (Kemenkes, 2020).

Beberapa penyakit menular yang termasuk ke dalam Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) antara lain TBC, difteri, tetanus, hepatitis B, pertusis, campak, rubella, polio, radang selaput otak, dan radang paru-paru. Anak yang telah diberi imunisasi akan terlindungi dari berbagai penyakit berbahaya tersebut, yang dapat menimbulkan kecacatan atau kematian. Imunisasi merupakan salah satu intervensi kesehatan yang terbukti paling cost-effective (murah), karena dapat mencegah dan mengurangi kejadian kesakitan, kecacatan, dan kematian akibat PD3I yang diperkirakan 2 hingga 3 juta kematian tiap tahunnya (Kemenkes, 2020).

Imunisasi dikelompokkan menjadi imunisasi program dan imunisasi pilihan. Imunisasi program adalah imunisasi yang diwajibkan kepada seseorang sebagai bagian dari masyarakat dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Sedangkan imunisasi pilihan adalah imunisasi yang dapat diberikan kepada seseorang sesuai dengan

kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dari penyakit tertentu. Imunisasi program terdiri atas imunisasi rutin, imunisasi tambahan, dan imunisasi khusus. Imunisasi rutin terdiri atas imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan. Imunisasi dasar diberikan pada bayi sebelum berusia satu tahun, sedangkan imunisasi lanjutan diberikan pada anak usia bawah dua tahun (baduta), anak usia sekolah dasar dan wanita usia subur (WUS) (Kemenkes, 2020).

Imunisasi tambahan merupakan jenis Imunisasi tertentu yang diberikan pada kelompok umur tertentu yang paling berisiko terkena penyakit sesuai dengan kajian epidemiologis pada periode waktu tertentu. Imunisasi khusus dilaksanakan untuk melindungi seseorang dan masyarakat terhadap penyakit tertentu pada situasi tertentu seperti persiapan keberangkatan calon jemaah haji/umroh, persiapan perjalanan menuju atau dari negara endemis penyakit tertentu, dan kondisi kejadian luar biasa/wabah penyakit tertentu (Kemenkes, 2020).

3. Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak pasal 28, pelayanan kesehatan anak usia sekolah dan remaja dilakukan melalui usaha kesehatan sekolah dan pelayanan kesehatan peduli remaja. Kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan kegiatan lintas sektor, yang meliputi berbagai upaya antara lain penjangkaran kesehatan dan pemeriksaan berkala, pemberian tablet tambah darah bagi remaja putri, pembinaan kantin sekolah sehat, imunisasi, dan pembinaan kader kesehatan sekolah (Kemenkes, 2020).

Kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan di sekolah dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama dengan kader kesehatan sekolah dengan minimal dilakukan pemeriksaan status gizi (tinggi badan dan berat badan), pemeriksaan gigi, tajam penglihatan, dan tajam pendengaran. Pelayanan kesehatan anak usia sekolah bertujuan untuk mendeteksi dini risiko penyakit pada anak sekolah agar dapat ditindaklanjuti secara dini, meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal, sehingga dapat menunjang proses belajar

mereka dan pada akhirnya menciptakan anak usia sekolah yang sehat dan berprestasi (Kemenkes, 2020).

Hasil dari pelayanan kesehatan di sekolah juga dapat dipergunakan sebagai bahan perencanaan dan evaluasi UKS bagi puskesmas, sekolah dan Tim Pembina UKS (TP UKS) agar pelaksanaan peningkatan kesehatan anak sekolah dapat lebih tepat sasaran dan tujuan (Kemenkes, 2020).

E. Penanganan dari Aspek Manajemen Kesehatan

Untuk dapat memuaskan pelanggan diperlukan pelayanan KIA yang bermutu. Menurut A.F.Al-assaf pada tahun 2009, mutu dapat diartikan sebagai suatu cara sederhana untuk meraih tujuan yang diinginkan dengan cara yang paling efektif dan efisien dengan penekanan pada pemuasan pelanggan (Lestari, 2020).

Menurut Kemenkes pada tahun 2004, ada tiga pendekatan dalam penerapan peningkatan mutu, yaitu (Lestari, 2020):

1. Pendekatan struktural, berfokus pada sistem yang dipersiapkan dalam organisasi dan manajemen termasuk komitmennya, prosesnya, kebijakan, sarana, dan prasarana fasilitas diberikannya pelayanan.
2. Pendekatan proses adalah semua metode yang digunakan pada saat memberikan pelayanan.
3. Pendekatan hasil adalah pelaksanaan kegiatan perlu diperjelas karena menyangkut manusia seberapa besar tingkat komitmen dan akuntabilitas seseorang untuk melakukan pelayanan agar dapat menghasilkan pelayanan yang bermutu tinggi.

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa mutu pelayanan adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan dalam setiap upaya yang diselenggarakan secara perorangan atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Terkait pemberian pelayanan KIA yang bermutu kepada masyarakat, ada beberapa prinsip pengelolaan program KIA yang perlu diperhatikan, yaitu (Lestari, 2020):

1. Peningkatan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan dengan mutu yang baik serta jangkauan yang setinggi-tingginya.
2. Peningkatan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh professional secara bertahap.
3. Peningkatan deteksi dini risiko tinggi bumil, baik oleh tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader dan dukuk bayi serta penanganan dan pengamatannya secara terus menerus.
4. Peningkatan pelayanan neonatal (bayi berumur kurang dari 1 bulan) dengan mutu yang baik dan jangkauan yang setinggitingginya.

Program pelayanan kesehatan ibu dan anak dilakukan dalam beberapa tahap yaitu pelayanan antenatal (selama masa kehamilan), pertolongan persalinan, pelayanan kesehatan masa nifas (setelah persalinan), dan pelayanan kesehatan neonatus (Lestari, 2020).

Status kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu indikator penting dalam mengukur derajat kesehatan

suatu Negara. Untuk itu prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan adalah ibu dan anak. Hal ini dikarenakan ibu dan anak merupakan kelompok yang rentan. Dikatakan rentan karena terkait dengan fase kehamilan, persalinan dan nifas pada ibu serta fase tumbuh kembang pada anak. Untuk itu upaya kesehatan ibu dan anak menjadi salah satu prioritas dalam pembangunan kesehatan di Indonesia (Lestari, 2020).

Secara umum capaian target angka kematian ibu dan bayi masih berada di atas capaian target MDGs. Agar pencapaian status kesehatan ibu dan bayi dapat lebih baik, untuk kedepannya ada 4 faktor yang perlu diperhatikan, yaitu (Lestari, 2020):

1. Meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir berkualitas yang cost-effective dan berdasarkan buktibukti.

Hal ini sangat penting dan ketersediaan data yang akurat menjadi kunci efektifitas sebuah program. Karena, ketidaktersediaan data yang akurat dapat menjadi risiko tidak bisa mengetahui besarnya masalah yang sesungguhnya. Sehingga tidak dapat memonitor

dan mengevaluasi keberhasilan atau kegagalan suatu program. Akibatnya anggaran yang sudah dikeluarkan menjadi tidak efektif digunakan.

2. Membangun kemitraan yang efektif melalui kerjasama lintas program, lintas sektor dan mitra lainnya untuk melakukan advokasi guna memaksimalkan sumber daya yang tersedia serta meningkatkan koordinasi perencanaan dan kegiatan MPS.

Untuk dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi tidak saja menjadi tanggung jawab kementerian kesehatan. Penanganan masalah kesehatan ibu dan bayi yang paripurna perlu melibatkan berbagai sektor diluar bidang kesehatan, seperti bidang yang terkait dengan kementerian dalam negeri, pertahanan dan keamanan, infrastruktur (terkait pengadaan jalan dan transportasi, gedung, penerangan), tenaga kerja, agama, pendidikan, serta tidak kalah pentingnya keterlibatan dibidang antropologi, sosial dan kebudayaan. Untuk ini perlu adanya komitmen dan misi bersama guna menuntaskan permasalahan ini.

3. Mendorong pemberdayaan perempuan dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan untuk menjamin perilaku sehat dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Pengetahuan yang rendah menjadi salah satu permasalahan dalam mencapai target kesehatan ibu dan bayi. Untuk itu upaya komunikasi informasi, dan edukasi (KIE) yang terus menerus dan menyeluruh disegala lapisan masyarakat sangat diperlukan. Penyelenggaraan KIE harus disesuaikan dengan kebutuhan dan tingkat sosial ekonomi serta budaya masyarakat setempat (khususnya kaum perempuan). KIE juga perlu melibatkan peran serta aktif masyarakat agar di masyarakat tumbuh rasa memiliki akan program tersebut.

4. Mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Biasanya pada provinsi dengan cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan rendah dikarenakan akses ke fasilitas pelayanan kesehatannya yang relatif

sulit baik dikarenakan faktor geografis maupun karena keterbatasan sarana dan prasarana transportasi. Untuk mengatasi kondisi ini, tidak melulu menjadi tanggung jawab pemerintah daerah setempat. Komitmen dan kehadiran Negara dalam hal ini sangat diperlukan untuk mengambil alih penanganan permasalahan pembangunan infrastruktur yang selama ini tidak dapat di atasi oleh pemerintah daerah saja.

Bagi daerah dengan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan yang sulit sehingga masyarakat masih banyak yang pergi ke dukun untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan bayi, maka untuk kedepannya perlu lebih dimaksimalkan lagi program kemitraan antara bidan desa dengan dukun serta rumah tunggu kelahiran. Para dukun yang ada perlu diupayakan bermitra dengan bidan dengan hak dan kewajiban yang jelas.

Ada pembagian tugas dan peran yang tegas dan jelas yaitu pemeriksaan dan pertolongan persalinan tidak lagi dikerjakan oleh dukun, melainkan dirujuk ke bidan. Sementara itu, bumil yang berada di daerah yang tidak

memiliki bidan desa atau jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan, menjelang hari taksiran persalinannya diupayakan hendaknya sudah berada didekat fasilitas pelayanan kesehatan yaitu di rumah tunggu kelahiran.

Selain keempat strategi tersebut di atas dan merujuk kepada Endang L Achadi pada tahun 2019, kesiapan pelayanan kebidanan yang bermutu dan berkesinambungan selama 24 jam setiap harinya sangat diperlukan. Pelayanan kebidanan yang bermutu dan tersedia setiap hari selama 24 jam mulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, rujukan ke pelayanan tingkat lanjut, dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Melalui pelayanan kebidanan yang bermutu ini, maka pelayanan antenatal, pertolongan persalinan, pelayanan masa nifas, dan pelayanan neonatal juga dapat ditingkatkan mutunya.

Namun demikian kesemuanya ini membutuhkan dukungan yang besar dari pemerintah daerah. Dukungan pemerintah daerah tersebut penerapannya menitikberatkan pada prioritas dan dapat dilakukan secara bertahap, melalui pendekatan regional di wilayah

kabupaten dan 18 Rumah rungu kelahiran merupakan suatu tempat atau ruangan yang berada dekat dengan fasilitas kesehatan seperti rumah sakit atau puskesmas dan dapat digunakan sebagai tempat tinggal sementara bumil dan pendampingnya (suami/kader/dukun atau anggota keluarga) selama beberapa hari, saat menunggu persalinan tiba dan beberapa hari setelah bersalin. kota secara berkesinambungan. Dukungan pemerintah daerah tersebut khususnya terkait dengan:

1. Penyediaan Sumber Daya Manusia (SDM) yang kompeten di tingkat pelayanan.
2. Kebijakan tentang standar pelayanan yang jelas termasuk perencanaan pelatihan SDM.
3. Kebijakan tentang system rujukan efektif yang jelas disesuaikan dengan kondisi kegawatan daruratan pasien dan penyediaan tranportasi.
4. Penyediaan sarana dan prasarana yang secara langsung dan tidak langsung dapat menunjang pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu dan bayi.

BAB IX
KAJIAN MASALAH BERKAITAN DENGAN
PERMASALAHAN KESEHATAN REPRODUKSI
PADA ASPEK MANAJEMEN KESEHATAN

Kesehatan reproduksi merupakan salah satu konsep/kebijakan dalam pembangunan kesehatan sebagai reaksi dalam konteks kependudukan dan perluasan program Keluarga Berencana (KB). Konsep ini gencar disosialisasikan karena dinilai sangat signifikan pengaruhnya bagi peningkatan kualitas sumberdaya manusia. Kesehatan reproduksi menurut *International Conference of Population Development* (ICPD) merupakan keadaan kesehatan (*well-being*), fisik, mental dan sosial menyeluruh (*complete*) dan tidak hanya terbebas dari adanya penyakit atau keadaan lemah (Alyas, 2011).

A. Permasalahan Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi bukan hanya mencakup kesehatan reproduksi perempuan secara sempit misalnya masalah seputar perempuan usia subur yang telah menikah, kehamilan dan persalinan, tetapi mencakup seluruh tahapan hidup perempuan sejak konsepsi sampai

usia lanjut. Beberapa masalah yang perlu diperhatikan dalam kesehatan reproduksi, yaitu kesehatan reproduksi itu sendiri, penyakit menular seksual dan pencegahan HIV/AIDS, remaja, keluarga berencana serta usia lanjut.

Faktor-faktor non klinis yang menyertai seperti faktor demografi, ekonomi, budaya dan lingkungan, faktor biologis dan faktor psikologis yang mempengaruhi kesehatan reproduksi dapat memberikan dampak buruk terhadap kesehatan perempuan, oleh karena itu perlu adanya pemahaman tentang keterlibatan perempuan, dengan harapan semua perempuan mendapatkan hak-hak reproduksinya dan menjadikannya kehidupan reproduksinya menjadi lebih berkualitas. Intervensi pemerintah terhadap penanganan masalah kesehatan reproduksi akan sangat membantu dalam mewujudkan kesejahteraan perempuan (Priyatin dan Rahayu, 2016).

Rendahnya pemenuhan hak-hak reproduksi dapat diketahui dengan masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Bawah Lima Tahun (AKBalita). Masalah

kesehatan reproduksi perempuan, termasuk perencanaan kehamilan dan persalinan yang aman secara medis juga harus menjadi perhatian bersama, bukan hanya kaum perempuan saja karena hal ini akan berdampak luas dan menyangkut berbagai aspek kehidupan yang menjadi tolok ukur dalam pelayanan kesehatan (Santosa dan Affandi, 2013).

Saat ini, kesehatan reproduksi di Indonesia yang diprioritaskan baru mencakup empat komponen atau program, yaitu: Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir, Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi Remaja, serta Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS. Pelayanan yang mencakup 4 komponen atau program tersebut disebut Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE). Jika PKRE ditambah dengan pelayanan kesehatan reproduksi untuk usia lanjut, maka pelayanan yang diberikan akan mencakup seluruh komponen Kesehatan Reproduksi, yang disebut Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK) (Rahayu dkk, 2017).

Pengertian kesehatan reproduksi hakekatnya telah tertuang dalam Pasal 71 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan. Setiap orang berhak untuk mendapatkan keturunan, termasuk juga hak untuk tidak mendapatkan keturunan, hak untuk hamil, hak untuk tidak hamil, dan hak untuk menentukan jumlah anak yang diinginkan. Pemahaman kesehatan reproduksi tersebut termasuk didalamnya hak-hak setiap orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, efektif dan terjangkau.

Masalah lain yang juga serius adalah infertilitas dan aborsi, yang saat ini menjadi isu penting karena sangat terkait dengan aspek etikolegal. Negara pada prinsipnya melarang tindakan aborsi, larangan tersebut ditegaskan kembali dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Tetapi pada kenyataannya, tindakan

aborsi pada beberapa kondisi medis merupakan satu-satunya jalan yang harus dilakukan tenaga medis untuk menyelamatkan nyawa seorang ibu yang mengalami permasalahan kesehatan atau komplikasi yang serius pada saat kehamilan.

Mengenai tindakan aborsi, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada prinsipnya sejalan dengan ketentuan peraturan pidana yang ada, yaitu melarang setiap orang untuk melakukan aborsi. Namun, dalam tataran bahwa negara harus melindungi warganya dalam hal ini perempuan yang melakukan aborsi berdasarkan indikasi kedaruratan medis dan akibat perkosaan, serta melindungi tenaga medis yang melakukannya, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan membuka pengecualian untuk aborsi berdasarkan indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan.

Sedangkan dalam penanganan masalah infertilitas dilakukan dengan berbagai cara dan pendekatan. Pilihan terakhir untuk membantu pasangan suami istri dengan masalah infertilitas dan sangat menginginkan keturunan

adalah melalui teknologi yang dikenal sebagai *assisted reproduction*. *Assisted reproduction* merupakan istilah umum untuk berbagai metode yang bertujuan untuk menghasilkan kehamilan pada seorang perempuan melalui cara-cara di luar cara alami. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, terdapat 2 (dua) pasal yang mengatur mengenai hal tersebut yaitu Pasal 74 dan Pasal 127.

Reproduksi dengan bantuan atau kehamilan diluar cara alamiah berkembang sebagai pemecahan terhadap permasalahan infertilitas. Pada awalnya teknologi tersebut muncul untuk membantu pasangan suami istri yang benar-benar membutuhkan bantuan untuk mendapatkan keturunan. Seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kedokteran dan ilmu-ilmu pendukungnya, teknologi ini berkembang begitu pesat. Reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah tidak sekedar prosedur mempertemukan spermatozoa dengan ovum agar terjadi pembuahan serta prosedur pemindahan *zygot* atau embrio tetapi telah berkembang beberapa prosedur yang

perlu dikaji secara etik, moral, dan hukum seperti *frozen embryo*, *fetal reduction*, donor sperma, *surrogate mother*, dan *sex selection*. Bahkan saat ini telah dikenal teknik *human cloning* yang merupakan teknologi reproduksi manusia (PP No.61, 2014).

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya di bidang reproduksi manusia yang begitu pesat, tidak dapat diimbangi kecepatannya oleh hukum untuk mengatur pelaksanaannya. Hukum harus dengan tegas memberikan batasan mana yang boleh dan mana yang tidak boleh dalam pelaksanaan pelayanan reproduksi dengan bantuan agar apa yang pada awalnya ditujukan untuk kebaikan tidak menimbulkan efek, atau hal-hal lain yang menyertai, yang sebenarnya tidak diperbolehkan, seperti *fetal reduction* (PP No.61, 2014).

Dalam rangka memberikan kepastian hukum, perlindungan hukum, serta menata konsep-konsep yang berhubungan dengan hukum yang mengatur penyelenggaraan reproduksi dengan bantuan, aborsi berdasarkan indikasi kedaruratan medis dan perkosaan pada tindakan aborsi, pelayanan kesehatan ibu serta

penyelenggaraan kehamilan di luar cara alamiah agar berjalan sesuai dengan norma-norma yang ada dalam masyarakat Indonesia yang berketuhanan Yang Maha Esa baik dari segi agama, moral, etika, serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, perlu mengatur penyelenggaraan Kesehatan Reproduksi dengan Peraturan Pemerintah (PP No.61, 2014).

Pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat bertanggung jawab atas pemberian informasi dan pelaksanaan edukasi mengenai kesehatan reproduksi bagi masyarakat khususnya generasi muda. Diantaranya informasi dan edukasi mengenai keluarga berencana dan metode kontrasepsi sangat perlu ditingkatkan. Dengan informasi dan edukasi tersebut, diharapkan dapat menurunkan kejadian premarital seks, seks bebas serta angka kehamilan yang tidak diinginkan yang dapat menjurus ke aborsi dan infeksi menular seksual termasuk penularan HIV dan AIDS.

B. Strategi Nasional Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Arah kebijakan dan strategi BKKBN secara umum mengacu pada arah kebijakan dan strategi nasional yang dijabarkan dalam RPJMN 2020-2024, terutama dalam menerjemahkan Prioritas Nasional melalui Program Prioritas (PP) dan Kegiatan Prioritas (KP) yang menjadi arahan Presiden RI sebagai fokus penggarapan Pembangunan Nasional. Berdasarkan arah kebijakan BKKBN maka Deputi Bidang Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi memiliki arah kebijakan yaitu meningkatkan akses dan kualitas penyelenggaraan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi yang komprehensif berbasis kewilayahan dan fokus pada segmentasi sasaran (BKKBN, 2020).

Berdasarkan inisiatif strategi kegiatan prioritas Deputi Bidang Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, maka Program Peningkatan Kualitas Kesehatan Reproduksi menetapkan inisiatif strategi kegiatan prioritas, yaitu:

1. Penguatan strategi konseling KB pascapersalinan berkualitas dalam upaya menurunkan AKI;

2. Penyediaan kebijakan, strategi, materi, serta sarana promosi dan konseling kesehatan reproduksi dan KB pascapersalinan;
3. Peningkatan promosi dan konseling serta pelayanan kesehatan reproduksi wilayah risiko tinggi bagi mitra/komunitas/PKB-PLKB;
4. Peningkatan kesertaan KB PP dan PK;
5. Peningkatan peran PKB/PLKB dalam penggerakan KB pascapersalinan;
6. Peningkatan komitmen mitra kerja dalam peningkatan kualitas kesehatan reproduksi.

C. Manajemen Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Rendahnya tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi menurut WHO disebabkan oleh beberapa faktor: 1) faktor predisposisi, yaitu kurangnya pengetahuan, sikap yang negatif terhadap pemanfaatan pelayanan kespro, 2) faktor pendukung, yaitu kurangnya akses untuk mendapatkan informasi yang jelas, 3) faktor pendorong, yaitu pelayanan yang kurang bersahabat dengan remaja, akseptabilitas keluarga yang belum sepenuhnya menerima keberadaan pelayanan kespro

remaja dan 4) faktor kebutuhan, yaitu kebutuhan remaja yang masih kurang memerlukan pemanfaatan pelayanan kespro (WHO, 2004).

Beberapa masalah yang dialami dalam pelaksanaan program kesehatan reproduksi adalah sebagai berikut (Santosa dan Affandi, 2013):

1. Tingkat pengambil keputusan program kesehatan reproduksi pada saat ini belum merupakan prioritas program pemerintah.

Anggaran pembangunan untuk kesehatan reproduksi belum bertambah. Hal ini sangat berpengaruh terhadap anggaran yang tersedia untuk program kesehatan reproduksi.

2. Koordinasi

Koordinasi program antar sektor masih belum berjalan seperti yang diharapkan. Untuk itu perlu dibentuk wadah koordinasi program kesehatan reproduksi di semua tingkat administrasi pemerintah seperti pembentukan Komisi Kesehatan Reproduksi di tingkat nasional.

3. Kebijakan otonomi daerah

Dengan diberlakukannya kebijakan otonomi daerah, BKKBN kabupaten/kota digabungkan dengan dinas lain seperti dengan dinas kependudukan dan catatan sipil, dinas pemberdayaan masyarakat, dinas pemberdayaan perempuan, dan lain-lain. Hal ini mengakibatkan kewenangan, fungsi dan dukungan sumber daya akan semakin berkurang.

4. Tingkat pelaksanaan

Program dan kegiatan kesehatan reproduksi dengan pendekatan komprehensif masih belum diketahui oleh para pelaksana di fasilitas pelayanan kesehatan dasar, walaupun pelayanan konvensional yang dilaksanakan berbagai sektor sudah dijalankan oleh pelaksana lapangan. Di masa yang akan datang, diharapkan fasilitas pelayanan dasar mampu melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi secara komprehensif, terintegrasi dan terkoordinasi sehingga masyarakat dapat merasakan manfaatnya.

5. Pencapaian indikator

Jumlah indikator yang ingin ditangani oleh setiap sektor cukup banyak dan tingkat pencapaiannya

berbeda-beda. Keadaan ini kurang menguntungkan untuk pencapaian program Kesehatan Reproduksi secara nasional.

BAB X

KAJIAN MASALAH BERKAITAN DENGAN PERMASALAHAN PENYAKIT TIDAK MENULAR PADA ASPEK MANAJEMEN KESEHATAN

Penyakit Tidak Menular (PTM) telah menjadi penyebab utama kematian secara global sebesar 36 juta (36%) dari seluruh kasus kematian yang terjadi di seluruh dunia, sekitar 29 juta (80%) justru terjadi di negara yang sedang berkembang (Primiyani Y dkk, 2019). Peningkatan kematian yang diakibatkan oleh penyakit tidak menular dimasa yang akan datang diprediksikan akan terus bertambah sebesar 44 juta kematian (15%) dengan rentang waktu antara tahun 2010-2020 (Ambarwati dan Ferianto, 2019). Kondisi ini timbul diakibatkan dengan adanya perubahan perilaku yang mempengaruhi serta lingkungan yang cenderung tidak sehat terutama pada negara-negara berkembang (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Indonesia saat ini menghadapi beban ganda penyakit, yaitu penyakit menular dan Penyakit Tidak Menular. Perubahan pola penyakit tersebut sangat dipengaruhi antara lain oleh perubahan lingkungan, perilaku masyarakat, transisi demografi, teknologi,

ekonomi dan sosial budaya. Fasilitas pelayanan kesehatan menghadapi tantangan dalam penyediaan pelayanan bagi penyakit akut dan juga penyakit kronis yang membutuhkan pelayanan untuk jangka waktu yang lama dan mahal. Oleh karena itu, upaya pencegahan dan pengendaliannya memerlukan upaya bersama secara lisan sektor didukung dengan keterlibatan masyarakat, termasuk akademisi, profesional dan dunia usaha, dengan dukungan politis. Penanggulangan masalah ini perlu dilakukan secara komprehensif mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk paliatif.

A. Permasalahan Penyakit Tidak Menular (PTM)

Secara universal, patogenesis suatu penyakit atau kejadian penyakit (*disease occurrences*) merupakan inti permasalahan kesehatan masyarakat. Masyarakat sehat adalah masyarakat yang bebas dari kejadian penyakit menampilkan wilayah yang sehat dan negara yang kuat.

Meningkatnya kasus Penyakit Tidak Menular (PTM) secara signifikan akan menambah beban masyarakat dan pemerintah, karena penanganannya

membutuhkan waktu yang tidak sebentar, biaya yang besar dan teknologi tinggi. Kasus PTM memang tidak ditularkan namun mematikan dan mengakibatkan individu menjadi tidak atau kurang produktif namun PTM dapat dicegah dengan mengendalikan faktor risiko melalui deteksi dini. Dalam menurunkan kasus PTM melalui pengendalian faktor risiko PTM di masyarakat maka diperlukan upaya dan pemahaman yang sama terhadap pembagian peran dan dukungan manajemen program pengendalian PTM.

Dari beberapa studi dibuktikan terdapat hubungan yang erat antara penyakit tidak menular dengan kemiskinan. Kelompok miskin mengalami exposure (paparan) yang lebih besar terhadap *pollutant* termasuk asap rokok dan lingkungan yang tidak higienis. Kemiskinan juga berpengaruh terhadap akses terhadap layanan baik deteksi dini maupun pengobatan dan upaya promosi kesehatan. Karakteristik penyakit tidak menular yang kronis membuat mereka lebih sering sakit sehingga mengurangi kesempatan untuk mendapat

penghasilan yang layak dan memberikan risiko finansial yang besar bila jatuh sakit.

Peningkatan beban akibat PTM ini juga sejalan dengan meningkatnya faktor risiko yang meliputi meningkatnya tekanan darah, gula darah, indeks massa tubuh atau obesitas, pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, dan merokok serta alcohol (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Dalam upaya Pencegahan dan Pengendalian PTM di Indonesia maka perlu di kelola dengan baik sehingga dipandang perlu program pencegahan dan pengendalian PTM yang berkesinambungan sehingga upaya yang dilakukan kepada masyarakat lebih tepat dan berhasil guna (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Masuknya penyakit tidak menular ke dalam SDGs 2030 mengisyaratkan penyakit tidak menular harus menjadi prioritas nasional yang memerlukan penanganan secara lintas sector (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Penyakit tidak menular sebagai salah satu target dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2030 khususnya pada Goal 3: *Ensure healthy lives and well-*

being. SDGs 2030 telah disepakati secara formal oleh 193 pemimpin negara pada UN Summit yang diselenggarakan di New York pada 25-27 September 2015. Hal ini didasari pada fakta yang terjadi di banyak negara bahwa meningkatnya usia harapan hidup dan perubahan gaya hidup juga diiringi dengan meningkatnya prevalensi obesitas, kanker, penyakit jantung, diabetes, gangguan indera dan fungsional, serta penyakit kronis lainnya. Penanganan penyakit tidak menular memerlukan waktu yang lama dan teknologi yang mahal, dengan demikian penyakit tidak menular memerlukan biaya yang tinggi dalam pencegahan dan penanggulangannya (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Pada tahun 2016, sekitar 71 % penyebab kematian di dunia adalah penyakit tidak menular (PTM) yang membunuh 36 juta jiwa per tahun. Sekitar 80 persen kematian tersebut terjadi di negara berpenghasilan menengah dan rendah. 73% kematian saat ini disebabkan oleh penyakit tidak menular, 35% diantaranya karena penyakit jantung dan pembuluh darah, 12% oleh penyakit kanker, 6% oleh penyakit pernapasan kronis,

6% karena diabetes, dan 15% disebabkan oleh PTM lainnya (WHO, 2018).

Risikedas tahun 2018 menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pada indikator-indikator kunci PTM yang tercantum dalam RPJMN 2015-2019, sebagai berikut:

1. Prevalensi tekanan darah tinggi pada penduduk usia 18 tahun keatas meningkat dari 25,8% menjadi 34,1%;
2. Prevalensi obesitas penduduk usia 18 tahun ke atas meningkat dari 14,8 % menjadi 21,8%;
3. Prevalensi merokok penduduk usia ≤ 18 tahun meningkat dari 7,2%. menjadi 9,1%; Prevalensi Asma pada penduduk semua umur menurun dari 4,5% menjadi 2,4%;
4. Prevalensi Kanker meningkat dari 1,4 per menjadi 1,8 per mil;
5. Prevalensi Stroke pada penduduk umur ≥ 15 tahun meningkat dari 7 menjadi 10,9 per mil;
6. Prevalensi penyakit ginjal kronis ≥ 15 tahun meningkat dari 2,0 per mil menjadi 3,8 per mil;

7. Prevalensi Diabetes Melitus pada penduduk umur \geq 15 tahun meningkat dari 6,9 % menjadi 10,9%;
8. Prevalensi aktivitas fisik kurang pada penduduk umur \geq 10 tahun meningkat dari 26,1% menjadi 33,5%;
9. Prevalensi konsumsi buah/sayur kurang pada penduduk umur \geq 5 tahun meningkat dari 93,5% menjadi 95,5%.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular, sejalan dengan pendekatan WHO terhadap penyakit tidak menular utama yang terkait dengan faktor risiko bersama (*Common Risk Factors*). Di tingkat komunitas telah diinisiasi pembentukan Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) penyakit tidak menular dimana dilakukan deteksi dini faktor risiko, penyuluhan dan kegiatan bersama komunitas untuk menuju Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Pada tingkat pelayanan kesehatan juga telah dilakukan penguatan dari puskesmas selaku kontak pertama masyarakat ke sistem kesehatan. Disadari bahwa pada saat ini sistem rujukan belum tertata dengan baik

dan akan terus disempurnakan sejalan dengan penyempurnaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan bentuk implementasi dari *Universal Health Coverage* (UHC) dan diterapkan sejak 1 Januari 2014.

Namun demikian hal di atas belum cukup karena keterlibatan multi-sektor masih terbatas. Dikenali bahwa penyakit tidak menular amat terkait kepada Social Determinants for Health, khususnya dalam faktor risiko terkait perilaku dan lingkungan. Penyakit tidak menular merupakan sekelompok penyakit yang bersifat kronis, tidak menular, dimana diagnosis dan terapinya pada umumnya lama dan mahal. Penyakit tidak menular sendiri dapat terkena pada semua organ, sehingga jenis penyakitnya juga banyak sekali. Berkaitan dengan itu, pendekatan yang digunakan adalah pendekatan kesehatan masyarakat (*public health*). Untuk itu perhatian difokuskan kepada penyakit tidak menular yang mempunyai dampak besar baik dari segi morbiditas maupun mortalitasnya sehingga menjadi isu kesehatan masyarakat (*public health issue*). Dikenali bahwa

penyakit tidak menular tersebut yang kemudian dinamakan penyakit tidak menular Utama, mempunyai faktor risiko perilaku yang sama yaitu merokok, kurang berolah raga, diet tidak sehat dan mengonsumsi alkohol. Bila prevalensi faktor risiko menurun, maka diharapkan prevalensi penyakit tidak menular utama juga akan menurun. Sedangkan dalam pendekatan klinis, setiap penyakit ini akan mempunyai pendekatan yang berbeda-beda. Namun demikian, tidak semua penyakit tidak menular dengan prevalensi tinggi mempunyai faktor risiko yang sama misalnya kanker hati dan kanker serviks dimana peran infeksi virus sangat besar, juga prevalensi kasus gangguan indera dan fungsional sangat di pengaruhi oleh faktor usia dan lingkungan. Untuk kondisi ini diperlukan intervensi spesifik (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

B. Strategi Nasional Penanggulangan Penyakit Tidak Menular di Indonesia

Mengacu pada strategi yang dianjurkan oleh WHO, maka strategi nasional penanggulangan penyakit tidak menular terdiri dari 4 pilar, yaitu: 1) Advokasi dan

Kemitraan; 2) Promosi Kesehatan dan Penurunan Faktor Risiko; 3) Penguatan Sistem Pelayanan Kesehatan; dan 4) Penguatan Surveilans, *Monev* dan Riset.

Implementasi Strategi Nasional Penanggulangan Penyakit Tidak Menular akan dipengaruhi oleh arah kebijakan dan strategi pembangunan nasional, arah kebijakan pembangunan nasional, kerangka regulasi, kerangka kelembagaan, dan kerangka pendanaan, serta lingkungan strategis global, regional dan nasional.

Pengendalian PTM di Indonesia terdapat dalam UU RI No.36 tahun 2009 tentang penyakit tidak menular yang berisi upaya yang dilakukan dalam pengendalian penyakit tidak menular, yaitu pencegahan, pengendalian, penanganan, dan akibat yang ditimbulkan dari suatu penyakit. Upaya ini dimaksudkan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran masyarakat, kemauan berperilaku sehat, dan mencegah terjadinya PTM beserta komplikasinya (Umayana dan Cahyati, 2015).

Masyarakat mempunyai peran penting dalam pencegahan penyakit tidak menular, antara lain dalam menumbuhkan budaya perilaku hidup bersih dan sehat

(PHBS) pada komunitas. PHBS pada pencegahan penyakit tidak menular diterapkan melalui kegiatan "CERDIK" yang merupakan akronim dari "Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktivitas fisik, Diet sehat dengan kalori seimbang, Istirahat yang cukup dan Kelola stres". Upaya-upaya kesehatan berbasis masyarakat seperti Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) PTM sangat penting untuk mengendalikan faktor-faktor risiko penyakit tidak menular. Masyarakat harus di dorong untuk bertanggung jawab atas perilakunya, termasuk penerapan perilaku CERDIK.

Lingkungan seharusnya dibangun untuk memberikan ruang bagi publik untuk membuat pilihan yang sehat dan menghindari faktor-faktor penyebab timbulnya masalah kesehatan, termasuk penyakit tidak menular. Di samping itu, pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular seharusnya diterapkan berbasis siklus tahapan kehidupan (*life course approach*). Oleh karena itu, upaya tersebut dianjurkan untuk dilakukan sejak usia dini, usia remaja, usia kerja hingga usia lanjut.

Dengan demikian, sekolah merupakan lembaga yang penting dalam pencegahan penyakit tidak menular pada usia anak dan remaja.

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang antara lain menumbuhkan budaya PHBS atau penerapan CERDIK pada komunitas sekolah termasuk guru, administrator dan peserta didik. Tenaga-tenaga Pembina UKS di sekolah, Puskesmas dan pemerintah daerah setempat mempunyai peran besar terhadap kegiatan ini, termasuk menjadi role model. Diusulkan agar komponen upaya penanggulangan penyakit tidak menular pada program UKS menjadi program wajib Puskesmas agar pengendalian faktor risiko dan deteksi dini dapat dilakukan sejak usia dini. Sementara untuk target sasaran usia produktif dan usia lanjut, penanggulangan penyakit tidak menular dapat dilakukan melalui program "Posbindu PTM" di tempat kerja dan di kelompok-kelompok masyarakat, serta integrasi kegiatan Posbindu PTM dan Posyandu Lansia.

Di samping itu, kemitraan antara pemerintah dan LSM/CSO dapat memberikan kontribusi besar dalam

peningkatan kesehatan masyarakat. Kam panye dalam bidang kesehatan dapat dilakukan bersama antara pemerintah dan LSM/CSO. CSO dapat mengorganisir dan memberdayakan masyarakat dengan edukasi sehingga masyarakat dapat membuat pilihan yang tepat. Kemitraan dengan lintas sektor perlu diawali dengan penyusunan dokumen perencanaan terintegrasi lintas sektor yang akan menjadi peta jalan dan acuan penetapan kegiatan atau aksi nyata dari setiap sektor/lembaga terkait dalam periode tertentu. Untuk memfasilitasi upaya ini, diperlukan revitalisasi terhadap Tim Jejaring Kerja Nasional Pengendalian Penyakit Tidak Menular (Tim JKN PPTM) yang telah dibentuk melalui Kepmenkes Nomor 853 tahun 2009.

C. Manajemen Pelayanan Penyakit Tidak Menular

Penanggulangan penyakit tidak menular yang efektif membutuhkan interaksi efektif antar fasilitas pelayanan kesehatan dari tingkat primer hingga tingkat rujukan, yang meliputi pelayanan promotif, pre ventif, kuratif dan paliatif terhadap kasus-kasus penyakit tidak menular. Pelayanan kesehatan primer yang efektif

merupakan kunci keberhasilan pengendalian penyakit kronik. Dengan demikian, seluruh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat primer secara bertahap harus diupayakan mampu melakukan pelayanan kesehatan bagi kasus-kasus penyakit tidak menular secara terintegrasi. Mengingat beragamnya penyakit tidak menular dan prioritas yang harus dikerjakan, WHO telah mengembangkan panduan untuk penguatan layanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang dikenal sebagai *Package Essential for Non-communicable Disease Interventions (PEN) for Primary Health Care in low resource setting* (2010). Panduan ini mengidentifikasi jenis layanan yang diharapkan dapat dilayani di FKTP secara cost effective dan standar sarana prasarana yang dibutuhkan, khususnya ketersediaan obat dan peralatan minimal agar layanan tersebut dapat dilaksanakan. Mengacu kepada pedoman ini, Kementerian Kesehatan telah mengembangkan Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular untuk fasilitas kesehatan tingkat primer, khususnya di Puskesmas.

Penguatan layanan kesehatan primer akan menjamin dilakukannya deteksi dini, diagnosa dini serta pengobatan dini, termasuk penguatan tata-laksana faktor risiko. Pada area strategis ini, sistem rujukan juga perlu diperkuat untuk menjamin penanganan kegawatdaruratan dan kasus-kasus yang perlu dirujuk. Agar upaya penguatan menjadi lebih optimal, diperlukan sinkronisasi dengan pola pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Secara keseluruhan diperlukan reorientasi sistem pelayanan kesehatan untuk meningkatkan outcome pelayanan kesehatan bagi kasus-kasus kronis, yang dapat dilakukan antara lain melalui: (i) peningkatan kompetensi tenaga kesehatan; (ii) peningkatan efisiensi dan efektifitas operasional fasilitas yankes primer; (iii) penguatan sistem rujukan; (iv) mendorong masyarakat, keluarga dan pasien untuk upaya pencegahan dan perawatan mandiri; dan (v) pemanfaatan teknologi informasi.

Keberhasilan upaya penanggulangan penyakit tidak menular membutuhkan komitmen politik dan ketersediaan sumber daya yang cukup secara

berkesinambungan. Di samping itu, program lintas sektor pemerintah ini perlu mendapatkan dukungan masyarakat, akademisi, dunia usaha serta para pemangku kepentingan lain. Untuk dapat memberi dampak bermakna dalam upaya tersebut, diperlukan identifikasi peran dalam program kemitraan ini. Dalam matriks berikut diidentifikasi sektor, kementerian/lembaga serta komponen masyarakat lain dalam yang mempunyai peran dalam pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Pencegahan PTM merupakan salah satu fokus pemerintah, karena di Indonesia angka penderita diabetes dan jantung cukup tinggi. Berdasarkan kutipan artikel di laman Pusat Komunikasi Publik Kementerian Kesehatan website www.depkes.go.id dan alamat e-mail kontak@depkes.go.id., pemerintah mengeluarkan beberapa kebijakan berikut: a) Mengutamakan preventif, promotif melalui berbagai kegiatan edukasi dan promotif preventif, dengan tidak mengesampingkan aspek kuratif-rehabilitatif melalui peningkatan jangkauan dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan. b) Melaksanakan

pengecegan pada seluruh siklus hidup manusia, sejak dalam kandungan, hingga bayi, balita, anak sekolah, remaja, dewasa, diikuti perbaikan budaya hidup bersih dan sehat. c) Menerapkan Pedoman Gizi Seimbang, yang difokuskan pada peningkatan konsumsi sayur dan buah, pangan hewani, dengan mengurangi lemak serta minyak dan membatasi gula dan garam. d) Menggerakkan masyarakat untuk melakukan aktivitas fisik dan menimbang berat badan secara teratur. e) Melibatkan semua sektor, Pemerintah maupun masyarakat, untuk melakukan sinergi dalam Pencegahan PTM.

BAB XI

PERMASALAHAN PENYAKIT MENULAR PADA ASPEK MANAJEMEN KESEHATAN

Penyakit Menular adalah penyakit yang disebut juga infeksi; yang dapat menular ke manusia dimana disebabkan oleh agen biologi, antara lain virus, bakteri, jamur, dan parasit; bukan disebabkan faktor fisik atau kimia; penularan bisa langsung atau melalui media atau vektor dan binatang pembawa penyakit. Penyakit menular masih menjadi masalah besar kesehatan masyarakat yang dapat menimbulkan kesakitan, kematian, dan kecacatan yang tinggi sehingga perlu dilakukan penyelenggaraan penanggulangan melalui upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan yang efektif dan efisien.

Penyakit menular bisa menjadi wabah; adalah kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi dari pada keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka. COVID-19 yang disebabkan

oleh penularan dan infeksi Virus SARSCoV2 merupakan contoh penyakit menular yang telah menjadi wabah bahkan pandemi yang melanda hampir seluruh penjuru dunia.

Gambaran kondisi umum, potensi dan permasalahan pencegahan dan pengendalian penyakit dipaparkan berdasarkan hasil pencapaian program, kondisi lingkungan strategis, kependudukan, sumber daya, dan perkembangan baru lainnya. Potensi dan permasalahan pencegahan dan pengendalian penyakit menjadi input dalam menentukan arah kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan dalam bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Dilihat dari beban penyakit (diseases burden) yang diukur dengan Disability Adjusted Life Years (DALYs), telah terjadi transisi epidemiologi dalam tiga dekade terakhir; penyakit menular/KIA/gizi telah menurun dari 51,3% pada tahun 1990 menjadi 23,6% pada tahun 2017, penyakit tidak menular (PTM) naik dari 39,8% pada tahun 1990 menjadi 69,9% pada tahun 2017, serta cedera turun dari 8,9% pada tahun 1990 menjadi 6,5% pada

tahun 2017. Indonesia mengalami beban ganda, di satu sisi PTM naik dengan signifikan, namun masih dihadapkan pada penyakit menular yang belum tuntas. Ancaman kesehatan masyarakat lainnya yang tidak dapat diabaikan adalah ancaman dalam bentuk risiko biologi, kimia, terorisme, radio-nuklir, penyakit zoonosis (penyakit tular hewan), kedaruratan kesehatan masyarakat, dan ancaman penyakit yang baru muncul (new emerging diseases). Adanya pandemi Covid-19 di tahun 2020 harus dipergunakan sebagai pembelajaran terkait kesiapsiagaan menghadapi penyakit baru muncul (new emerging diseases), khususnya dalam menyiapkan sistem kesehatan yang mampu merespon kegawatdaruratan kesehatan masyarakat. Sekitar 70% dari penyakit infeksi pada manusia yang baru adalah penyakit zoonosis, yang sangat dipengaruhi oleh interaksi antara manusia dan lingkungannya. Penduduk Indonesia yang padat dengan geografis yang luas menyebabkan terbukanya transportasi di dalam negeri maupun antar negara yang dapat menyebabkan masuknya agen penyakit baru.

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*).

Dalam medis, penyakit menular atau penyakit infeksi adalah sebuah penyakit yang disebabkan oleh sebuah agen biologi (seperti virus, bakteri atau parasit), bukan disebabkan faktor fisik (seperti luka bakar) atau kimia (seperti keracunan). Penyakit ini masalah kesehatan yang besar di hampir semua negara berkembang karena angka kesakitan dan kematiannya yang relatif tinggi dalam kurun waktu yang relatif singkat. Penyakit umum bersifat akut (mendadak) dan menyerang semua lapisan masyarakat. Penyakit ini

diprioritaskan mengingat penyakitnya yang dapat menyebabkan wabah dan menimbulkan kerugian yang besar. Penyakit menular hasil perpaduan berbagai faktor yang saling mempengaruhi. (Widoyono, 2011: 3).

Berdasarkan cara penularannya, Penyakit Menular dikelompokkan menjadi:

a. Penyakit Menular Langsung;

Beberapa penyakit menular langsung, antara lain: Difteri; Pertusis; Tetanus; Polio; Campak; *Typhoid*; Kolera; Rubella; *Yellow Fever*; Influenza; Meningitis; Tuberkulosis; Hepatitis; penyakit akibat Pneumokokus; penyakit akibat Rotavirus; penyakit akibat Human Papiloma Virus (HPV); penyakit virus ebola; MERS-CoV; Infeksi Saluran Pencernaan; Infeksi Menular Seksual; Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV); Infeksi Saluran Pernafasan; Kusta; dan Frambusia

b. Penyakit Tular Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit

1) Melalui Media Udara Penyakit yang dapat ditularkan dan menyebar secara langsung

maupun tidak melalui udara pernapasan disebut sebagai *penyakit yang ditularkan melalui udara* .

Jenis penyakit yang ditularkan antara lain:

1. TBC Paru
2. Varicella
3. Difteri
4. Influenza
5. Cacar
6. Morbili
7. Meningitis
8. Skarlet demam
9. Penyakit gondok
10. Rubella
11. Pertusis

2) Melalui Media Air Penyakit dapat menular dan menyebar secara langsung maupun tidak melalui udara. Penyakit-penyakit yang ditularkan melalui air disebut sebagai *water borne disease* atau *penyakit yang berhubungan dengan air* . Agen Penyakit:

1. Virus: virus hepatitis, poliomielitis
2. Bakteri: kolera, disentri, tifoid, diare

3. Protozoa: amubiasis, giardiasis
 4. Helmintik: askariasis, penyakit cacing cambuk, penyakit hidatid
 5. Leptospira: penyakit Weil Pejamu akuatik:
 - a) Bermultiplikasi di udara: skistosomiasis (vektor keong)
 - b) Tidak bermultiplikasi: Guinea's worm dan fish tape worm (vektor cyclop)
- 3) Penyakit-penyakit yang berhubungan dengan air , dapat dibagi dalam 4 kelompok menurut cara penularannya, yaitu :
1. *Mekanisme yang ditularkan melalui air*
Kuman patogen yang berada di dalam udara dapat menyebabkan penyakit pada manusia, ditularkan melalui mulut atau sistem pencernaan. Contoh kolera, tifoid, hepatitis virus, disentri basiler dan poliomielitis.
 2. *Mekanisme pencucian air*
Jenis penyakit *mekanisme pencucian air* yang berkaitan dengan kebersihan individu dan umum dapat berupa:

- a) Infeksi melalui sistem pencernaan, seperti diare pada anak-anak.
- b) Infeksi melalui kulit dan mata, seperti skabies dan trakoma.
- c) Penyakit melalui gigitan binatang pengerat, seperti leptospirosis.

3. *Mekanisme berbasis air*

Jenis penyakit dengan agen penyakit yang menjalani sebagian siklus hidupnya di dalam vektor tubuh atau sebagai pejamu perantara yang hidup di dalam udara. Contoh skistosomiasis, *Dracunculus medinensis*.

4. *Mekanisme vektor serangga terkait air*

Jenis penyakit yang ditularkan melalui gigitan serangga yang berkembang biak di dalam udara. Contoh filariasis, dengue, malaria, *demam kuning (yellow fever)*.

Penanggulangan Penyakit Menular adalah upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif yang ditujukan untuk menurunkan dan menghilangkan angka kesakitan, kecacatan, dan

kematian, membatasi penularan, serta penyebaran penyakit agar tidak meluas antar daerah maupun antar negara serta berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa/wabah.

1) Upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan dilakukan melalui beberapa kegiatan :

- a. promosi kesehatan;
- b. surveilans kesehatan;
- c. pengendalian faktor risiko;
- d. penemuan kasus;
- e. penanganan kasus;
- f. pemberian kekebalan (imunisasi)
- g. pemberian obat pencegahan secara massal;

2) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat;(PHBS); paling sedikit berupa:

- a. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS);
- b. pemberantasan jentik nyamuk;
- c. menggunakan air bersih untuk keperluan rumah tangga;
- d. mengkonsumsi makanan Gizi Seimbang;
- e. melakukan Aktivitas Fisik setiap hari;

- f. menggunakan jamban sehat;
- g. menjaga dan memperhatikan kesehatan reproduksi; dan
- h. mengupayakan kondisi lingkungan yang sehat.

3) Mengurangi Kontak.

Pencegahan penyakit menular dapat diupayakan melalui perilaku mengurangi kontak; yaitu mengurangi kontak dengan orang yang sakit dan mengurangi kontak dengan binatang pembawa penyakit. Perilaku mengurangi kontak anatara lain : mengenakan masker, menjaga jarak, dan tidak mengunjungi tempat yang sedang terdapat wabah.

Pengendalian faktor risiko ditujukan untuk memutus rantai penularan dengan cara: perbaikan kualitas media lingkungan; pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit; rekayasa lingkungan. Sedangkan pemberian vaksin untuk mencegah dan menangkal terjadinya penyakit tertentu. Suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang terhadap suatu antigen, sehingga jika terpapar olen antigen yang sama tidak terjadi infeksi.

Pencegahan dengan vaksin relatif lebih baik; namun proses pembuatan vaksin sejak munculnya penularan atau infeksi; cukup lama dan punya perjalanan panjang dengan berbagai tahapan. Pembuatan vaksin selain memakan waktu yang lama juga memerlukan biaya tinggi, dimulai dengan identifikasi virus atau mikroorganisme, pembuatan, percobaan pada hewan, percobaan pada manusia, sampai dinyatakan aman untuk digunakan sebagai vaksin.

Untuk mengendalikan penyakit menular maka strategi dan permasalahan yang harus diselesaikan adalah sebagai berikut :

- a. Perluasan cakupan akses masyarakat (termasuk skrining cepat bila ada dugaan potensi meningkatnya kejadian penyakit menular seperti Mass Blood Survey untuk malaria) dalam memperoleh pelayanan kesehatan terkait penyakit menular terutama di daerah-daerah yang berada di perbatasan, kepulauan dan terpencil untuk menjamin upaya memutus mata rantai penularan.
- b. Untuk meningkatkan mutu penyelenggaraan penanggulangan penyakit menular, dibutuhkan strategi

innovative dengan memberikan otoritas pada petugas kesehatan masyarakat (Public Health Officers), terutama hak akses pengamatan faktor risiko dan penyakit dan penentuan langkah penanggulangannya.^[11]

c. Mendorong keterlibatan masyarakat dalam membantu upaya pengendalian penyakit melalui community base surveillance berbasis masyarakat untuk melakukan pengamatan terhadap hal-hal yang dapat menyebabkan masalah kesehatan dan melaporkannya kepada petugas kesehatan agar dapat dilakukan respon dini sehingga permasalahan kesehatan tidak terjadi.

d. Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam pengendalian penyakit menular seperti tenaga epidemiologi, sanitasi dan laboratorium.

e. Peningkatan peran daerah khususnya kabupaten/kota yang menjadi daerah pintu masuk negara dalam mendukung implementasi pelaksanaan International Health Regulation (IHR) untuk upaya cegah tangkal terhadap masuk dan keluarnya penyakit yang berpotensi menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat.

f. Menjamin ketersediaan obat dan vaksin serta alat diagnostik cepat untuk pengendalian penyakit menular secara cepat.

BAB XII

KAJIAN MASALAH BERKAITAN DENGAN MASALAH KESEHATAN LINGKUNGAN PADA ASPEK MANAJEMEN KESEHATAN

Kesehatan lingkungan pada hakikatnya adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan optimum sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimal pula. Masalah kesehatan lingkungan di Indonesia umumnya terjadi pada wilayah perkotaan akibat menurunnya kualitas sumberdaya akibat dari degradasi hutan, kegiatan industry, atau eksplorasi secara berlebihan yang berakibat pada polusi udara perkotaan (Fajar, 2019).

Kesehatan lingkungan adalah ilmu multidisipliner yang mempelajari dinamika hubungan interaktif antara sekelompok umat manusia atau masyarakat dengan berbagai perubahan komponen lingkungan hidup manusia yang diduga dapat menimbulkan gangguan kesehatan pada masyarakat dan mempelajari upaya untuk penanggulangan dan pencegahannya. Pencemaran lingkungan adalah masuk atau dimasukkannya makhluk hidup, zat, energi, atau komponen lain ke dalam

lingkungan atau berubahnya tatanan lingkungan akibat kegiatan manusia atau akibat proses alam sehingga kualitas lingkungan menurun sampai ke tingkat tertentu yang menyebabkan lingkungan menjadi kurang atau tidak dapat berfungsi lagi sesuai dengan peruntukannya (Fajar, 2019).

Kesehatan lingkungan adalah cabang ilmu kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan semua aspek dari alam dan lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan manusia. Kesehatan lingkungan didefinisikan oleh World Health Organization sebagai: aspek-aspek kesehatan manusia dan penyakit yang disebabkan oleh faktor-faktor dalam lingkungan. Hal ini juga mencakup pada teori dan praktek dalam menilai dan mengendalikan faktor-faktor dalam lingkungan yang dapat berpotensi mempengaruhi kesehatan. Kesehatan lingkungan mencakup efek patologis langsung bahan kimia, radiasi dan beberapa agen biologis, dan dampak (sering tidak langsung) di bidang kesehatan dan kesejahteraan fisik yang luas, psikologis, sosial dan

estetika lingkungan termasuk perumahan, pembangunan perkotaan, penggunaan lahan dan transportasi. (Pirenangingtyas, 2007).

Kontribusi lingkungan dalam mewujudkan derajat kesehatan merupakan hal yang essential di samping masalah perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan dan faktor keturunan. Lingkungan memberikan kontribusi terbesar terhadap timbulnya masalah kesehatan masyarakat (Pirenangingtyas, 2007).

Dalam bidang kesehatan masyarakat, manajemen kesehatan adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan non petugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Dengan kata lain manajemen kesehatan masyarakat adalah penerapan manajemen umum dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat sehingga yang menjadi objek dan sasaran manajemen adalah sistem pelayanan kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

Pengelolaan lingkungan termasuk pencegahan, penanggulangan kerusakan, pencemaran, dan pemulihan

kualitas lingkungan. Hal tersebut telah menuntut dikembangkannya berbagai perangkat kebijakan dan program kegiatan yang didukung oleh sistem pendukung pengelolaan lingkungan lainnya. Sistem tersebut mencakup kemantapan kelembagaan, sumber daya manusia, dan kemitraan lingkungan disamping itu perangkat hukum dan perundangan, informasi serta pendanaan. Sifat keterkaitan (interdependensi) dan keseluruhan (holistik) dari esensi lingkungan telah membawa konsekuensi bahwa pengelolaan lingkungan, termasuk sistem pendukungnya tidak dapat berdiri sendiri, akan tetapi terintegrasikan dengan seluruh pelaksanaan pembangunan sektor dan daerah (Meuthia Geumala, 2018).

A. Permasalahan kesehatan lingkungan di Indonesia

Masalah kesehatan adalah suatu masalah yang sangat kompleks, yang saling berkaitan dengan masalah-masalah lain di luar kesehatan itu sendiri. Demikian pula pemecahan masalah kesehatan masyarakat, tidak hanya dilihat dari segi kesehatannya sendiri tetapi harus

dilihat dari seluruh segi yang ada pengaruhnya terhadap “sehat-sakit” atau kesehatan tersebut.

Sebagai salah satu negara berkembang dengan jumlah penduduk yang lebih dari 200 jiwa, masalah kesehatan lingkungan di Indonesia menjadi begitu kompleks terutama di kota-kota besar. Adapun hal-hal yang menyebabkan itu terjadi antara lain:

1. Urbanisasi penduduk

Di Indonesia sudah lumrah terjadi perpindahan penduduk dalam jumlah besar dari desa ke kota. Hal ini menyebabkan lahan pertanian menjadi berkurang dan terbatasnya lapangan pekerjaan mengakibatkan penduduk berbondong-bondong mencari pekerjaan di daerah perkotaan. Mulai dari pekerja kasar seperti pembantu rumah tangga, kuli bangunan dan pelabuhan, pemulung bahkan menjadi pengemis dan pengamen jalanan yang secara tidak langsung membawa dampak sosial dan dampak kesehatan lingkungan, seperti munculnya pemukiman kumuh dimana-mana.

2. Tempat pembuangan sampah

Di hampir setiap tempat di Indonesia, sistem pembuangan sampah dilakukan secara dumping tanpa ada pengelolaan lebih lanjut. Sistem pembuangan semacam itu selain memerlukan bahan yang cukup luas juga menyebabkan pencemaran udara, tanah dan air selain lahannya juga dapat menjadi tempat berkembang biaknya agen dan vektor penyakit menular.

3. Penyediaan sarana air bersih

Berdasarkan survei yang pernah dilakukan, hanya 60% masyarakat Indonesia mendapatkan air bersih dari PDAM, terutama untuk penduduk perkotaan, selebihnya menggunakan sumur atau sumber air lain. Bila datang musim kemarau, krisis air dapat terjadi dan banyak penyakit mulai muncul. Ketika musim penghujan datang pun dapat menjadi permasalahan baru saat banjir datang dan air bersih pun sulit didapatkan.

4. Pencemaran udara

Sudah menjadi rahasia umum bahwa Indonesia memiliki beberapa kota yang tingkat pencemaran

udaranya melebihi ambang batas normal. Terutama di kota-kota besar akibat gas buangan kendaraan bermotor. Selain itu, setiap tahun masih menjadi momok besar kebakaran lahan dan hutan untuk pertanian dan perkebunan yang mengakibatkan asap tebal yang menyebar ke seluruh Nusantara bahkan hingga ke negara tetangga.

5. Pembuangan limbah industri dan rumah tangga

Hampir semua limbah padat maupun cair yang berasal dari rumah tangga dan industri dibuang langsung dan bercampur menjadi satu ke tanah, sungai hingga laut, ditambahkan lagi dengan banyaknya penduduk yang masih memiliki kebiasaan melakukan MCK di sungai. Hal-hal tersebut mengakibatkan kualitas tanah, air sungai dan air laut menurun dan berdampak bagi kesehatan penduduk yang memanfaatkan sumberdaya dari sumber tersebut.

6. Bencana alam/pengungsian

Gempa bumi, tanah longsor, gunung meletus atau banjir yang sering terjadi di Indonesia

mengakibatkan penduduk mengungsi dan tentunya menambah banyak permasalahan kesehatan lingkungan.

7. Perencanaan tata kota dan kebijakan pemerintah pada pengelolaan Lingkungan

Perencanaan tata kota dan kebijakan pemerintah sering kali menimbulkan masalah baru bagi kesehatan lingkungan. Contoh, pemberian izin tempat pemukiman, gedung atau tempat industri baru tanpa didahului dengan studi kelayakan yang berwawasan lingkungan dapat menyebabkan terjadinya banjir, pencemaran udara, air, tanah serta masalah sosial lain (Sumantri, 2017).

B. Tujuan dan Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan

Berkaitan dengan kajian terkait masalah kesehatan lingkungan pada aspek manajemen kesehatan, maka kita perlu mengetahui terlebih dahulu apa yang menjadi tujuan serta ruang lingkup dari kesehatan lingkungan itu sendiri. Menurut Arif Sumantri (2017), tujuan dan ruang lingkup kesehatan lingkungan dapat dibagi menjadi dua,

secara umum dan secara khusus. Tujuan dan ruang lingkup secara umum, antara lain (Sumantri, 2017):

1. Melakukan koreksi atau perbaikan terhadap segala bahaya dan ancaman pada kesehatan dan kesejahteraan hidup manusia.
2. Melakukan usaha pencegahan dengan cara mengatur sumber-sumber lingkungan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan hidup manusia.
3. Melakukan kerjasama dan menerapkan program terpadu diantara masyarakat dan institusi pemerintah serta lembaga non-pemerintah dalam menghadapi bencana atau wabah penyakit.

Berdasarkan tujuan tersebut kesehatan lingkungan memiliki tiga misi yaitu:

1. Meningkatkan kemampuan hidup manusia untuk hidup serasi dengan lingkungannya dan mewujudkan hak asasinya untuk mencapai kualitas hidup yang optimal yang memiliki kesalehan sosial dan kesalehan lingkungan.

2. Memengaruhi cara interaksi manusia dengan lingkungannya sehingga dapat melindungi dan meningkatkan kesehatan mereka.
3. Mengendalikan dan mengubah unsur lingkungan sedemikian rupa sehingga baik untuk perlindungan dan peningkatan kesejahteraan manusia dan keseimbangan ekologis, baik untuk saat ini maupun untuk generasi yang akan datang (*biocentris*)

Adapun tujuan dan ruang lingkup secara khusus meliputi usaha-usaha perbaikan atau pengendalian terhadap lingkungan hidup manusia, yang diantaranya berupa (Sumantri, 2017):

1. Penyediaan air bersih yang cukup dan memenuhi persyaratan kesehatan.
2. Makanan dan minuman yang diproduksi dalam skala besar dan dikonsumsi secara luas oleh masyarakat.
3. Pencemaran udara akibat sisa pembakaran BBM, batubara, kebakaran hutan, dan gas beracun yang berbahaya bagi kesehatan dan makhluk hidup lain dan menjadi penyebab terjadinya perubahan ekosistem.

4. Limbah cair dan padat yang berasal dari rumah tangga, pertanian, peternakan, industri, rumah sakit, dan lain-lain.
5. Kontrol terhadap arthropoda dan rodent yang menjadi vektor penyakit dan cara memutuskan rantai penularan penyakitnya.
6. Perumahan dan bangunan layak huni dan memenuhi syarat kesehatan.
7. Survei sanitasi untuk perencanaan, pemantauan, dan evaluasi program kesehatan lingkungan.

C. Kesehatan Lingkungan pada Aspek Manajemen Kesehatan

1. Manajemen Kesehatan Lingkungan

Secara etimologis kata manajemen berasal dari bahasa Perancis Kuno *ménagement*, yang berarti seni melaksanakan dan mengatur. Sedangkan secara terminologis para pakar mendefinisikan manajemen secara beragam, diantaranya:

1. Ricky W. Griffin mendefinisikan manajemen sebagai sebuah proses perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, dan

pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran secara efektif dan efisien

2. Manajemen adalah Suatu Proses dalam rangka mencapai tujuan dengan bekerja bersama melalui orang-orang dan sumber daya organisasi lainnya.
3. Follet yang dikutip oleh Wijayanti (2008: 1) mengartikan manajemen sebagai seni dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain.
4. Menurut Stoner yang dikutip oleh Wijayanti (2008:1) manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan usaha-usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumber daya-sumber daya manusia organisasi lainnya agar mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan

2. Kesehatan Lingkungan

Definisi kesehatan lingkungan menurut beberapa pendapat :

1. WHO, Kesehatan lingkungan merupakan terwujudnya keseimbangan ekologis antara

manusia dan lingkungan harus ada, agar masyarakat menjadi sehat dan sejahtera.

2. Soekidjo Notoadmojo, kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimum pula
3. Mooler (1992) kesehatan lingkungan adalah bagian dari kesehatan masyarakat yang memberi pengertian pada penilaian, pemahaman, dan pengendalian dampak pada manusia pada lingkungan dan dampak lingkungan pada manusia.
4. Menurut HAKLI (himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia) Kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologi yang dinamis antara manusia dan lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat dan bahagia.
5. Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 pasal 22
 - a. Kesehatan lingkungan diselenggarakan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat.

- b. Kesehatan lingkungan diselenggarakan ditempat umum, lingkungan pemukiman, lingkungan kerja, angkutan umum dan lingkungan lainnya
- c. Kesehatan lingkungan meliputi penyehatan air dan udara, pengamanan limbah padat, limbah cair, limbah gas, radiasi dan kebisingan pengendalian vector penyakit, dan penyehatan atau pengamanan lainnya
- d. Setiap tempat atau sarana pelayanan umum wajib memelihara dan meningkatkan lingkungan yang sehat sesuai dengan standard dan persyaratan.
- e. Ketentuan mengenai penyelenggaraan kesehatan lingkungan sebagaimana dimaksud diatas ditetapkan dengan peraturan pemerintah.

Dari kedua definisi terkait kesehatan lingkungan dan manajemen kesehatan lingkungan tersebut antara manajemen dan kesehatan lingkungan maka dapat ditarik sebuah kesimpulan manajemen kesehatan lingkungan adalah suatu seni yang melaksanakan dan mengatur

system dari bagian kesehatan masyarakat untuk menopang keseimbangan ekologis antara manusia dan lingkungannya (biotic dan abiotik) guna tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat dan bahagia.

3. Fungsi Manajemen Kesehatan Lingkungan

a. Fungsi Perencanaan

Fungsi perencanaan lingkungan adalah fungsi terpenting dalam manajemen kesehatan lingkungan, oleh karena itu fungsi ini akan menentukan fungsi-fungsi manajemen lainnya. Fungsi perencanaan lingkungan merupakan landasan dasar dari fungsi manajemen kesehatan lingkungan secara keseluruhan. Tanpa ada fungsi perencanaan tidak mungkin fungsi manajemen lainnya akan dapat dilaksanakan dengan baik. Perencanaan manajerial akan memberikan pola pandang secara menyeluruh terhadap semua pekerjaan yang akan dijalankan, siapa yang akan melakukan dan kapan akan dilakukan. Perencanaan merupakan tuntunan terhadap proses pencapaian tujuan secara efisien dan efektif. Perencanaan manajerial terdiri dari dua bagian utama yaitu perumusan strategi dan penerapan strategi.

Pada fase perumusan strategi ditetapkan tujuan dan kebijaksanaan umum organisasi. Di sini dibutuhkan keterampilan manajerial yang bersifat konseptual. Untuk fase penerapan strategi ditentukan upaya pencapaian tujuan. Dalam hal ini dibutuhkan keterampilan manajerial yang bersifat teknis. Perumusan strategi biasanya dikerjakan oleh pimpinan puncak suatu organisasi sedangkan implementasinya dikerjakan sepenuhnya oleh para manajer pelaksana dikordinir oleh manajer tingkat menenga.

b. Fungsi pengorganisasian

Menjelaskan pengorganisasian merupakan suatu proses untuk merancang struktur formal, mengelompokkan dan mengatur serta membagi tugas-tugas atau pekerjaan di antara para anggota organisasi, agar tujuan organisasi dapat dicapai dengan efisien.

Pengorganisasian merupakan proses penyusunan struktur organisasi yang sesuai dengan tujuan organisasi, sumber daya-sumber daya yang dimilikinya, dan lingkungan yang melingkupinya. Fungsi penggerakan dan Pelaksanaan Menurut Nawawi (2000) pelaksanaan

atau penggerakan (actuating) yang dilakukan setelah organisasi memiliki perencanaan dan melakukan pengorganisasian dengan memiliki struktur organisasi termasuk tersedianya personil sebagai pelaksana sesuai dengan kebutuhan unit atau satuan kerja yang dibentuk. Di antara kegiatan pelaksanaan adalah melakukan pengarahan, bimbingan dan komunikasi termasuk koordinasi. Koordinasi sebagai proses pengintegrasian tujuan dan kegiatan pada satuan kerja yang terpisah suatu organisasi untuk mencapai tujuan organisasi secara efisien. Tanpa koordinasi, individu dan departemen-departemen akan kehilangan pegangan atas peranan mereka dalam organisasi. Mereka mulai mengejar kepentingan diri sendiri yang sering merugikan pencapaian tujuan organisasi secara keseluruhan.

c. Fungsi pengawasan dan pengendalian

Upaya penerapan standar pelaksanaan, merancang sistem informasi umpan balik, membandingkan kegiatan nyata dengan standar yang ada, menentukan dan mengukur penyimpangan-penyimpangan serta mengambil tindakan koreksi yang diperlukan untuk

menjamin bahwa usaha atau kegiatan telah dilaksanakan secara baik dalam mencapai tujuan (Handoko, 1984).

D. Konsep dasar Peran manajemen Kesehatan Lingkungan

Tanpa pembahasan yang ketat dan komprehensif tentang lingkungan, konsep dan prinsip dasar pengelolaan lingkungan tidak dapat dilaksanakan. Konsep dan interpretasi lingkungan cenderung menjadi kompleks dan dinamis, yang berkembang dari konsep tradisional sempit. Konsep sempit mendefinisikan lingkungan hanya sebagai satu kesatuan sistem ekologi alam, yang menjadi sangat diperlukan antara manusia dan sistem lingkungan.

Untuk mengkaji lingkungan harus dilihat secara komprehensif sebagai satu kesatuan yang saling berhubungan (*interaction*) dan saling ketergantungan (*interdependency*). Arti dan cakupan yang terkandung dalam kajian lingkungan menekankan pada integrasi dinamik dan kompleks antara lingkungan fisik-alami dengan manusia dan sistem sosialnya. Hal ini mempunyai konsekuensi, bahwa memahami lingkungan

harus secara holistic tidak terbatas pada aspek fisik-alami semata, tetapi juga aspek sosial, ekonomi, budaya, serta, politik masyarakat dalam suatu sistem waktu dan tempat yang khusus. Saat ini banyak dipakai konsepsi ABC untuk menjelaskan tiga komponen lingkungan yang tak terpisahkan yakni "Abiotik", "Biotik", serta "*Culture*" (Meuthia Geumala, 2018).

Suatu daerah akan selalu mengalami interaksi antara makhluk hidup dan lingkungannya. Lingkungan menyediakan materi dan energi bagi makhluk hidup, sehingga makhluk hidup dapat tumbuh dan berkembang secara optimal. Sebaliknya jika tidak memenuhi kebutuhan energinya akan beradaptasi, jika tidak memenuhi kebutuhan energinya akan bermutasi/berpindah atau hilang/mati. Pengelolaan lingkungan memiliki dua dimensi, yaitu "konsistensi" dan "konflik". Idealnya, berbagai perangkat pengelolaan lingkungan dapat dirumuskan secara terintegrasi sehingga dapat disesuaikan dengan berbagai kepentingan kelompok.

Padahal, pengelolaan lingkungan tidak terlepas dari konflik. Oleh karena itu, pengelola lingkungan harus

memiliki kemampuan menangani berbagai benturan kepentingan.

BAB XIII

KAJIAN MASALAH BERKAITAN DENGAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) PADA ASPEK MANAJEMEN KESEHATAN

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (UU RI No 36). Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah. Untuk mewujudkan pembangunan kesehatan tersebut maka diselenggarakan upaya kesehatan dalam bentuk pencegahan, peningkatan kesehatan, pengobatan dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan masyarakat yang mana dilaksanakan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan. Salah satu hambatan utama bagi masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan adalah ketidak mampuan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan terutama keterbatasan biaya (Putri, 2014). Hal tersebut dikarenakan masih rendahnya pendapatan masyarakat dan diperparah dengan tingginya

biaya pelayanan kesehatan terutama obat-obatan dan alat kesehatan. Apabila tidak dilakukan pengendalian biaya maka semakin sulit masyarakat untuk memperoleh pekayaan kesehatan. Upaya yang tepat dalam pengendalian tersebut adalah dengan asuransi/jaminan kesehatan. Asuransi/jaminan kesehatan adalah suatu sistem pembiayaan yang memberikan perlindungan dalam mengatasi resiko gangguan kesehatan serta implementasi yang diakibatkan. Manfaat yang diperoleh adalah untuk mengatasi kerugian akibat perawatan dan pengobatan dipelayanan kesehatan (Kemenkes, 2018).

Menurut WHO, *Universal Health Coverage* (UHC) merupakan isu penting bagi negara maju dan berkembang saat ini sehingga penting suatu negara mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan dengan tujuan menjamin kesehatan bagi seluruh rakyat. Ketentuan ini penting untuk memastikan akses yang adil untuk semua warga negara, untuk tindakan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif pelayanan kesehatan dengan biaya yang terjangkau. Setiap negara harus mengembangkan sistem *Universal Health*

Coverage (UHC) melalui mekanisme asuransi. Di Indonesia, dalam mencapai UHC maka pemerintah menerapkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program jaminan sosial yang diperuntukkan untuk menjamin biaya pemenuhan dan pemeliharaan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional yang wajib diikuti oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran sesuai tingkatan secara berkala atau ditanggung oleh pemerintah kepada badan penyelenggaranya, yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Tujuan diselenggarakannya program JKN yang tercantum di dalam UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pasal 19 ayat 2 adalah agar peserta mendapatkan manfaat dan perlindungan dalam memelihara kesehatan dan perlindungan dalam upaya pemenuhan kebutuhan kesehatan (UU No 40 Tahun 2004). Manfaat yang diperoleh dari penyelenggaraan program JKN bersifat pelayanan perseorangan yang terdiri dari pelayanan

kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Putri, 2014).

JKN merupakan perwujudan dari komitmen pemerintah dalam upaya pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat yang mengacu pada *Universal Health Coverage* (UHC). Pemerintah telah melakukan berbagai macam upaya untuk mewujudkan jaminan kesehatan yang dapat meringankan beban masyarakat Indonesia terutama mengenai biaya untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pemerintah telah menyelenggarakan jaminan kesehatan melalui PT. Askes dan PT. Jamsostek bagi pekerja seperti Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan pegawai swasta serta bagi penduduk yang sudah pensiun dan veteran Indonesia. Pemerintah juga memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu yang dilaksanakan melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Dalam penyelenggaraannya, terdapat banyak kendala yang disebabkan oleh banyaknya jenis jaminan kesehatan tersebut yang mengakibatkan sistem jaminan kesehatan

di Indonesia terbagi-bagi sehingga sulit untuk dilakukan pengendalian terutama dalam hal pembiayaan serta kualitas pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh pengguna jaminan kesehatan tersebut (Kemenkes, 2018).

A. Dasar Hukum Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Penyelenggaraan JKN oleh BPJS Kesehatan dimulai pada tanggal 1 Januari 2014 (17). Untuk dapat menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional sesuai dengan kondisi yang ditetapkan, maka telah diterbitkan berbagai peraturan sebagai berikut (Thabrany, 2015):

1. UU No 40 tahun 2004 tentang SJSN
2. UU No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
3. UU No.24 Tahun 2011 tentang BPJS
4. PP No.101 Tahun 2012 tentang PBI
5. Perpres No 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan
6. Roadmap JKN, Rencana Aksi Pengembangan Pelayanan Kesehatan, Permenkes, Peraturan BPJS
7. Jaminan Kesehatan merupakan bagian dari prioritas reformasi pembangunan kesehatan

Adapun dasar hukum dari pelaksanaan JKN yaitu (BPJS, 2013):

1. Deklarasi Hak Asasi Manusia (HAM) atau Universal Independent of Human Right

Deklarasi HAM dicetuskan pada tanggal 10 Desember 1948 yang terdiri dari 30 pasal. Pasal 25 ayat 1 menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta pelayanan sosial yang diperlukan, dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkan kekurangan nafkah, yang berada di luar kekuasaannya. Atas dasar inilah maka dibentuk program JKN.

2. Resolusi WHA ke 58 Thn 2005 di Jenewa:

Resolusi ini menyatakan bahwa setiap negara perlu mengembangkan UHC melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial untuk menjamin pembiayaan kesehatan yg berkelanjutan.

3. Pancasila Sila ke-5 “Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia”

Pencapaian Universal Health Coverage (UHC) melalui mekanisme asuransi sosial agar pembiayaan kesehatan dapat dikendalikan sehingga keterjaminan pembiayaan kesehatan menjadi pasti dan terus menerus tersedia, hal ini juga dalam rangka mewujudkan sila ke-5 pancasila yaitu keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

4. Undang-undang 1945 pasal 28 H

Berdasarkan UUD 1945 pada Pasal 28 H ayat (1) (2) (3) UUD 45 disebutkan bahwa: (1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. (2) Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan. (3) Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Berdasarkan 3 ayat di pasal 28 H UUD

1945, dapat disimpulkan bahwa setiap orang di Indonesia berhak hidup sejahtera, tinggal di lingkungan yang baik dan sehat, berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial dengan perlakuan adil dan persamaan. Hal ini yang mendasari terbentuknya JKN.

5. Undang-undang dasar pasal 34 ayat 1,2,3

Berdasarkan UUD 1945 pasal 34 ayat (1), (2), (3) UUD 1945 disebutkan bahwa: (1) Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara. (2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Berdasarkan 3 ayat di pasal 34 UUD 1945, dapat disimpulkan bahwa negara bertanggung jawab untuk mengembangkan sistem jaminan sosial serta menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Hal ini yang mendasari terbentuknya JKN.

B. Masalah JKN Berkaitan Dengan Manajemen

Kesehatan

Program JKN di Indonesia masih menghadapi beberapa tantangan dalam implementasinya. JKN pada beberapa kondisi masih dianggap kurang dapat mengakomodir secara penuh maksud pelaksanaannya. Peserta, pemberi pelayanan kesehatan dan bahkan BPJS sendiri merasa konsep yang berjalan saat ini belum baik. Berdasarkan penelitian Khariza HA pada tahun 2015 menyatakan bahwa masalah yang timbul dari pelaksanaan program JKN didominasi oleh permasalahan manajemen di bidang kesehatan berupa (Khariza, 2015):

1. Sosialisasi:

Masih banyak masyarakat yang belum mengetahui prosedur jaminan kesehatan walaupun kepesertaan JKN selalu meningkat setiap tahunnya. Tetapi, dampak dari kurangnya sosialisasi ini menyebabkan masih banyak yang belum terdaftar JKN, sehingga tidak sedikit kasus dimana ketika terjadi kasus dimana saat seseorang memerlukan perawatan dari fasilitas kesehatan

secepatnya, akan memerlukan untuk mengeluarkan dana secara *out of pocket* atau tergesa-gesa untuk mendaftar JKN (Khariza, 2015).

2. Fasilitas kesehatan

Pelayanan fasilitas kesehatan yang ditunjuk sebagai penyedia JKN belum memadai, Fasilitas banyak yang belum memenuhi standar dan Jumlah dokter terhadap pasien masih kurang ideal (Kurniawati dan Rachmayanti, 2018).

3. Pembayaran

Belum terjadi kesepakatan iuran pekerja formal antara pemerintah, asosiasi pengusaha, dan serikat pekerja, Masih ada kekhawatiran rumah sakit jika BPJS tidak akan membayar tunggakan dari pasien (Nuryati dkk, 2016).

4. Pemberian obat

Pemberian obat yang belum maksimal karena untuk mendapatkan obat di beberapa kasus harus menunggu waktu tunggu yang lama (Khariza, 2015).

5. Alur dan mekanisme

Mekanisme rujukan dan antrian yang panjang di rumah sakit. Hal ini juga mengandung masalah kelembagaan dimana faktor birokrasi mempengaruhi prosedur rujukan pasien. Sehingga pasien dirugikan dengan aturan yang seharusnya mendapat kemudahan mendapatkan pelayanan malah sebaliknya (Nuryati dkk, 2016).

6. Petugas

Berdasarkan beberapa kasus didapatkan bahwa terdapat petugas yang ketus dan tidak siap di tempat. Masalah lain adalah tentang standar operasional prosedur (SOP), sumber daya manusia (SDM), dan komitmen petugas medis yang melayani pasien peserta BPJS Kesehatan. Sebagai contoh; penulisan diagnosis dan tindakan pasien terkait dengan kebijakan BPJS Kesehatan tidak sesuai dengan standar pelayanan medis. SOP pengkodean diagnosa penyakit sebagai panduan bekerja belum ada di unit pelayanan pasien sehingga dokter menulis diagnosis dan tindakannya tidak lengkap, dokter tidak mengisi resume pemeriksaann secara lengkap, dan tulisan dokter ada yang tidak bisa terbaca.

SOP tentang petugas pengkodean INA CBGs juga belum ada. Petugas pengkodean masih ada yang belum menguasai tugasnya, juga sering mengalami perbedaan dalam menentukan kode penyakit (Budiono dkk, 2016).

7. Prosedur yang rumit

Dalam beberapa kasus, pasien merasa dipersulit untuk mendapat perawatan. Hal ini sejalan dengan penelitian Agus dkk pada tahun 2016 di Semarang bahwa pasien enggan untuk menggunakan kartu peserta BPJS-nya karena menganggap untuk mendapatkan rujukan dari Puskesmas/dokter keluarga prosedurnya terlalu panjang (Budiono dkk, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Aditianata. 2015. Dampak pembangunan kota pada kesehatan dan pengaruhnya terhadap kebijakan kesehatan perkotaan. *Jurnal Planesa*, 6(2):89–94.
- Alisjahbana AS, Murniningtyas E. 2018. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan di Indonesia: Konsep, Target dan Strategi Implementasi. 2 ed. Unpad Press. Bandung: Unpad Press.
- Alyas. 2011. Implementasi kebijakan kesehatan reproduksi. *Jurnal AL-FIKR*; 15(1): 195-214.
- Ambarwati, Ferianto. Evaluasi Pelaksanaan Pos Pembinaan Terpadu. *Jurnal Profesi Keperawatan*, 2019; 6(1): 30–44.
- Amin, M., Sari, S. P. dan Rachman, A. 2019. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Disiplin Kerja Karyawan Penunjang Medis dan Non Medis. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 1(1): 35–44. doi: 10.31539/jka.v1i1.519.
- Anisa AF, Darozat A, Aliyudin A, Maharani A, Fauzan AI, Fahmi BA, et al. 2017. Permasalahan Gizi Masyarakat Dan Upaya Perbaikannya. *Gizi Masyarakat*, 40(1):1–22.
- Arifin S, Rahman F, Wulandari A dan Anhar Y 2016. Buku Ajar Dasar Manajemen Kesehatan. Pustaka Banua, Banjarmasin.
- Astuti NFW, Emy HS. 2020. Prevalensi dan Faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Beban Gizi Ganda pada Keluarga di Indonesia. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 16(1):100–15.

- Ayu D, Rosyida C, Latifah A. 2020. Gambaran Faktor Yang Memengaruhi Pelaksanaan Imunisasi TT Pada Ibu Hamil. *J Ilm Kesehat*, 13(2):172–9.
- Aziza TN. 2020. Upaya Penguatan Kelembagaan Pangan (Effort of Strengthening Food Institutions). *Jurnal Ekonomi Pertanian dan Agribisnis*, 3(1):204–17.
- Azwar, Azrul. 2010. Pengantar Administrasi Kesehatan. Tangerang: Binarupa Aksara
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). 2020. Rencana strategis: Program peningkatan kualitas kesehatan reproduksi tahun 2020-2024. Jakarta: Direktorat Kesehatan Reproduksi.
- Badan Pusat Statistik. 2020. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Tahun 2020. Berita Resmi Statistik. Jakarta: BPS Indonesia.
- Bahriyah F, Jaelani AK, Putri M. 2017. Hubungan Pekerjaan Ibu Terhadap Pemberian Asi
- Bappenas. 2017. Metadata indikator tujuan pembangunan berkelanjutan (tpb)/ sustainable development goals (sdgs) Indonesia. Jakarta: Kementerian PPN / Bappenas.
- Bastian I dan Irma. 2021. Modul 1 Paradigma Baru Manajemen Kesehatan. Universitas Terbuka, diakses 30 Mei 2021.
- Bastian, I dan Irma. 2021. Modul 1 Paradigma Baru Manajemen Kesehatan. Universitas Terbuka, diakses 30 Mei 2021.

- Basuki R. dan Sari RP. 2018. Pengaruh kepemimpinan, disiplin kerja dan kompensasi terhadap kinerja karyawan non medis RSIA YK Madira Palembang. *Jurnal Ecoment Global*, 3(1): 1–11. doi: 10.35908/jeg.v3i1.352.
- Betan Y, Hemcahayat M, Wetasin K. 2018. Hubungan Antara Penyakit Infeksi Dan Malnutrisi Pada Anak 2-5 Tahun. *Jurnal Ners Lentera*, 6(1):1–2.
- Boli EB. 2020. Analisis Kebijakan Gizi Dalam Upaya Penanganan Masalah Gizi di Provinsi Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Komunitas Kesehatan Masyarakat*, 2(1):23–30.
- BPJS. 2013. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan.
- BPS Indonesia. 2010. Angka Kematian Bayi dan Angka Harapan Hidup Penduduk Indonesia. Hasil Sensus Penduduk. Jakarta: BPS Indonesia.
- BPS Indonesia. 2015. Indeks Pembangunan Manusia Metode Baru. Jakarta: Badan Pusat Statistik, 107 hal.
- BPS Indonesia. 2020. Usia Harapan Hidup Penduduk Indonesia [Internet]. Jakarta: Badan Pusat Statistik. Tersedia pada: <https://www.bps.go.id/QuickMap>
- Budiono A, Jati SP, Suryawati C. 2016. Evaluasi Implementasi Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional pada Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Wilayah Semarang Terikat Kerjasama Dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 4(1):74–82.

- Departemen Kesehatan RI. 2003. Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan. Jakarta: Depkes RI.
http://perpustakaan.kemkes.go.id/inlislite3_kemkes/opac/detail-opac?id=4280
- Desvita Anggraini Wulandari IHUP. 2021. Responsivitas Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Karanganyar. *J Wacana Publik*, 1(1):117–27.
- Direktorat Jenderal Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit (2018) Rencana Aksi Program Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit 2015-2019.
- Djauhari T. 2017. Gizi Dan 1000 Hpk. *Saintika Medika*, 13(2):125.
- Eksklusif Pada Bayi Di Wilayah Kerja Puskesmas Sipayung. *Jurnal Endurance*, 2(2):113.
- Elisanti AD. 2017. Pemetaan Status Gizi Balita di Indonesia. *Indonesian Journal for Health Sciences*.1(1):37.
- Ernawati A. 2019. Analisis Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk Pada Anak Balita Di Puskesmas Jakenan Kabupaten Pati. *Jurnal Litbang: Media Informasi Penelitian, Pengembangan dan IPTEK*, 15(1):39–50.
- Evicenna Naftuchah Riani DA. 2020. Persepsi Ibu Hamil dalam pemeriksaan HIV/AIDS di Banyumas. *Medsains*, 6(1):12–5.

- Fajar SJH. 2019. Kajian Kesehatan Lingkungan Perkotaan Menurut Aspek Daya Dukung Kawasan Jalur Hijau Jalan Dalam Pengendalian Cemaran Gasbuang Kendaraanbermotor di Kota Raha. *Jurnal AKRAB JUARA*, 4(4), 159-177.
- Fatimah D, Chondro F. 2020. Hubungan pemberian kapsul vitamin A dan pengetahuan caregiver dengan stunting pada anak usia 24-59 bulan. *Jurnal Biomedika dan Kesehatan*, 3(4):176–82.
- Helmy Apreliasari AA. 2018. Kepuasan Akseptor KB terhadap Pelayanan KB di Klinik Bersalin Nelly Padangsidempuan. *J Kesehat Ilm Indones*, 3(2):22–8.
- Hendarmin H, Kartika M. 2019. The Relationship Between Human Capital and the Regional Economy Productivity. *JEJAK*, 12(1):138–52.
- Kamidah K. 2018. Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K) Sebagai Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu. *Gaster | J Ilmu Kesehat*, 16(1):24.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. Kementrian Kesehatan. p. 1–497.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Kemenkes RI. Jakarta; 2018.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. Rencana Aksi Strategis Nasional Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular 2015-2019. Jakarta:

- Direktorat Jenderal Pencehahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular.
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. Buku pedoman manajemen penyakit tidak menular. Jakarta: Direktorat Jenderal Pencehahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular.
- Kementerian Kesehatan RI. Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS. Jakarta: Balitbang, 2018.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2019. Penguatan Tata Kelola Pembangunan Kesehatan. Jakarta: Kementerian PPN/Bappenas.
https://www.bappenas.go.id/files/6415/9339/2471/FA_Preview_HSR_Book10.pdf
- Kementerian PPN/Bappenas. 2019. Kajian Sektor Kesehatan Pembangunan Gizi di Indonesia. Kementerian PPN/Bappenas.
- Khariza HA. 2015. Program Jaminan Kesehatan Nasional: studi deskriptif tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Kebijakan dan Manajemen Publik, 3(1):1–7.
- Kurniati A dan Efendi F. 2012. Kajian SDM Kesehatan di Indonesia. Jakarta: Salemba Medika.

- Kurniawati W, Rachmayanti RD. 2018. Identifikasi penyebab rendahnya kepesertaan JKN pada pekerja sektor informal di kawasan pedesaan. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6(1):33–9.
- Kusuma RM, Hasanah RA. 2018. Antropometri Pengukuran Status Gizi Anak Usia 24-60 Bulan di Kelurahan Bener Kota Yogyakarta. *Jurnal Medika Respati*, 13(e):1970–3887.
- Lestari TRP. 2019. Pencapaian Status Kesehatan Ibu Dan Bayi Sebagai Salah Satu Perwujudan Keberhasilan Program Kesehatan Ibu Dan Anak. *Kajian*, 25(1):75–89.
- Lisang AG. 2017. Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk Pada Anak Bawah Lima Tahun Pada Dinas Kesehatan. *e Journal Katalogis*, 5:14–25.
- Lisang AG. 2017. Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk Pada Anak Bawah Lima Tahun Pada Dinas Kesehatan. *e J Katalogis*, 5:14–25.
- Meuthia GAP. 2018. Manajemen Lingkungan Kesehatan Perkotaan. *OSF Preprints*.
- Misnaniarti. 2010. Aspek Penting Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (Sdm) Kesehatan Di Era Desentralisasi. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 1(1): 12–19.

- Mujiati M. dan Yuniar Y. 2017. Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional di Delapan Kabupaten-Kota di Indonesia. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 26(4): 201–210. doi: 10.22435/mpk.v26i4.4827.201-210.
- Ningsih SL, Widanti S A, Suwandi S. 2018. Peran Bidan Dalam Pelaksanaan Permenkes Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Pada Bayi Baru Lahir Di Puskesmas Kaleroang Sulawesi Tengah. *Soepra*, 4(1):73.
- Noerjoedianto D, Putri FE. 2020. Analisis capaian indeks pembangunan kesehatan masyarakat pada indikator pelayanan kesehatan di Kabupaten Tanjung Jabung. *An-Nadaa: Jurnal Kesehatan*, 7(1):10–7.
- Novitasari NI, Suharno S, Arintoko A. 2021. Pengaruh Keluhan kesehatan terhadap indeks pembangunan manusia di Provinsi Jawa Timur. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 21(1):239–44.
- Nuryati, Budi SC, Rokhman N. 2016. Kendala pelaksanaan program JKN terkait penerimaan pasien, pengolahan data medis, pelaporan, dan pendanaan JKN di Puskesmas Gondokusuman II Yogyakarta. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 4(1):40–54.

- Nuryawati LS, Budiasih S. 2017. Hubungan Kelas Ibu Hamil dengan Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Tanda-tanda Bahaya Kehamilan di Desa Surawangi Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Jatiwangi Kabupaten Majalengka Tahun 2016. *J Bidan "Midwife Journal."*, 3(01):60–6.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas.
- Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah
- Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.
- Presiden Republik Indonesia. Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. 2004.
- Presiden RI. UU RI No 36 Tentang Kesehatan. 2009. Pemerintah Republik Indonesia
- Prijatni dan Rahayu. 2016. Kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Primiyani Y, Masrul, Hardisman. 2019. Analisis pelaksanaan program pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular di Kota Solok. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(2): 399–406.

- Pudjiraharjo WJ dan Sopacua E. 2006. Kebijakan, Sebuah Kebutuhan dalam Desentralisasi Kesehatan. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan; 9(4): 171-177.
<https://media.neliti.com/media/publications/21131-ID-kebijakan-sebuah-kebutuhan-dalam-desentralisasi-kesehatan.pdf>
- Putri A. 2017. Kesiapan Sumber Daya Manusia Kesehatan dalam Menghadapi Masyarakat Ekonomi Asean (MEA). Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit, 6(1): 55–60. doi: 10.18196/jmmr.6127.
- Putri AE. Pahami JKN Jaminan Kesehatan Nasional. 2014. Jaminan Kesehatan Nasional.
- Putri ASR, Mahmudiono T. 2020. Efektivitas Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan Pada Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Simomulyo, Surabaya. Amerta Nutrition, 4(1):58.
- Rachmawati AI, Puspitasari RD, Cania E. 2017. Faktor-faktor yang Memengaruhi Kunjungan Antenatal Care (ANC) Ibu Hamil. Majority, 7(November):72–6.
- Rahayu A, dkk. 2017. Buku ajar kesehatan reproduksi remaja dan lansia. Surabaya: Airlangga University Press.
- Russiska R, Herwandar FR, Mayadiningsih I. 2020. Determinan Rendahnya Cakupan Penimbangan Balita Di Posyandu Mawar Desa Kertayuga Kecamatan Nusaherang Kabupaten Kuningan Tahun 2018. Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti

Husada: Health Sciences Journal, 11(2):204–16.

- Salla ST, Zuklifli A, Palutturi S. 2019. Kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Mamberamo Tengah Pada Program Kesehatan Ibu Dan Anak. *J Kesehat Masy Marit*, 1(1):63–72.
- Santosa dan Affandi. 2013. Komunikasi, Informasi, edukasi kesehatan reproduksi. Modul Field Lab. Universitas Sebelas Maret.
- Septiani W. 2017. Pelaksanaan Program Pemberian Tablet Zat Besi (Fe) pada Ibu Hamil. *Journal of midwifery science*, 1(2):86–92.
- Septiani W. 2017. Pelaksanaan Program Pemberian Tablet Zat Besi (Fe) pada Ibu Hamil. *J midwifery Sci*, 1(2):86–92.
- Setiawan MB, Hakim A. 2013. Indeks Pembangunan Manusia Indonesia. *Jurnal Economia*, 9(1):18–26.
- Soekarson. 2007. Manajemen: Paradigma Baru Dalam Menghadapi Perubahan. *Journal The WINNERS*, 8 (2); 184-196.
- Suharidewi IGAT, Pinatih GI. 2017. Gambaran Status Gizi Pada Anak TK Di Wilayah Kerja UPT Kesmas Blahbatuh II Kabupaten Gianyar Tahun 2015. *E-Jurnal Medika*, 6(6):1–6.
- Sumantri A. 2017. Kesehatan Lingkungan. Depok: KENCANA.
- Sumarmi S. 2017. Model sosio ekologi perilaku kesehatan dan pendekatan continuum of care untuk menurunkan angka kematian ibu. *The Indonesian Journal of Public Health*, 12(1):129–41.
- Sumarmi S. 2017. Model Sosio Ekologi Perilaku

- Kesehatan Dan Pendekatan Continuum of Care Untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu. *Indones J Public Heal*, 12(1):129.
- Sumiarsih M. dan Nurlinawati I. 2019. Permasalahan dalam Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Kabupaten/Kota. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 3(3): 182–192. doi: 10.22435/jpppk.v3i3.2657.
- Suryani L. 2017. Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Payung Sekaki Pekanbaru. *Journal Of Midwifery Science*, 1(2):47–53.
- Suwarlan E, Suwaryo U dan Mulyawan R. 2019. Penyelenggaraan Desentralisasi Kesehatan Oleh Pemerintah Kabupaten Tasikmalaya Provinsi Jawa Barat 2011-2017. *Jurnal Agregasi*; 7(2): 123-147. <https://search.unikom.ac.id/index.php/agregasi/article/download/2316/1775>
- Thabrany. 2015. *Jaminan Kesehatan Nasional*. 2 ed. Jakarta: Rajawaly Press.
- Trisantoro L. Riyanto S. 2010. Ideologi apa yang dianut oleh kebijakan kesehatan di Indonesia. *JMPK*, 13 (04): 167 – 168.
- Umayana HT dan Cahyati WH. 2015. Dukungan keluarga dan tokoh masyarakat terhadap keaktifan penduduk ke posbindu penyakit tidak menular. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(1); 96-101.
- Undang Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.

- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Uni S, Harianto, Falatehan AF. 2016. Strategi meningkatkan Angka Harapan Hidup (AHH) melalui alokasi anggaran kesehatan di Provinsi Jawa Barat. *Jurnal Manajemen Pembangunan Daerah*, 8(1):29–41.
- WHO. 2004. Adolescent-friendly health services in the South-East Asia Region. Report of a Regional Consultation, Bali, Indonesia. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia.
- Widoyono. *Penyakit Tropis : Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan Pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga; 2011.



Prof. Dr. dr. Syamsul Arifin, M.Pd

Lahir di Daha Utara 18 Februari 1975. Tahun 1993 memulai pendidikan dokter di Fakultas Kedokteran ULM dan mendapatkan gelar dokter tahun 2000. Tahun 2006 melanjutkan pendidikan Pasca Sarjana manajemen Pendidikan ULM dan mendapatkan gelar magister pendidikan tahun 2008. Pada tahun 2011 oleh Kolegium Dokter Indonesia mendapatkan sertifikasi sebagai Dokter Layanan Primer (DLP). Pada tahun 2018 mendapatkan gelar Doktor Ilmu Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Bulan Juli 2020 dikukuhkan sebagai Guru Besar Bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran ULM. Pengalaman pekerjaan pada tahun 2001, menjabat sebagai Kepala Puskesmas Pasungkan. Tahun 2002 menjabat sebagai kepala Puskesmas Rawat Inap Negara. Sejak tahun 2003 menjadi staf pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. khususnya pada bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat. Tahun 2009-2012 dipercaya sebagai Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan FK ULM., Tahun 2012-2016 dipercaya sebagai Pembantu Dekan II FK ULM. Tahun 2014-2015 dipercaya juga dipercaya sebagai Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat FK ULM. Tahun 2018 sampai sekarang dipercaya sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Palangka Raya. Tidak hanya di institusi pendidikan, juga aktif di organisasi Koalisi Kependudukan Kalimantan Selatan sebagai Ketua Seksi Kesehatan sejak 2012, dipercaya pula sebagai Direktur Klinik IDI Pangeran Antasari dari tahun 2007-2012. Selanjutnya, pada tahun 2017-2019 dipercaya sebagai Ketua bidang pengembangan organisasi pada IDI Cabang Banjarmasin dan sebagai anggota

Dewan Riset Daerah Provinsi Kalimantan Tengah tahun 2019 sampai sekarang. Juga sebagai Pengurus Pusat Perhimpunan Dokter Kedokteran Komunitas dan Kesehatan Masyarakat Indonesia masa Bakti 2019-2022. Beberapa penghargaan yang pernah diterima, tahun 2001 telah mengantarkan puskesmas Pasungkan sebagai Puskesmas berprestasi juara III tingkat Propinsi Kalimantan Selatan. Tahun 2002 sebagai dokter Teladan II tingkat Kabupaten Hulu Sungai Selatan. Tahun 2011 sebagai Ketua Program Studi berprestasi I tingkat Universitas Lambung Mangkurat.



Prof. Dr. Husaini, SKM, M.Kes

Lahir di Tanjung-Tabalong, 16 Juni 1966 dari enam saudara. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Hasanuddin Makassar Bidang Ilmu Kesehatan Lingkungan/Kesehatan kerja (1995), S2 di Universitas Airlangga Surabaya Bidang Ilmu Kesehatan Kerja (2000), dan S3 di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta Bidang Ilmu Kesehatan Kerja (2000), dan sekarang menjadi pengajar tetap di Prodi S1 dan S2 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Provinsi Kalimantan Selatan, juga aktif mengajar di beberapa Perguruan Tinggi Swasta. Dikukuhkan menjadi Guru Besar dalam bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat oleh rektor Universitas Lambung Mangkurat pada tanggal 18 Agustus 2017 di Banjarmasin.



Prof. Dr. drg. Rosihan Adhani, S.Sos, M.S.

Lahir di Yogyakarta 8 Juli 1957. Lulus Program Pasca Sarjana Doktor Ilmu Administrasi Universitas 17 Agustus 1945 (UNTAG) Surabaya pada tahun 2012. Kemudian dikukuhkan menjadi guru besar pertama Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Lambung Mangkurat pada tanggal 31 Januari 2019 dengan orasi ilmiah mengenai “Pendidikan dan Layanan Kedokteran Gigi Era Revolusi Industri 4.0”. Pernah menjabat sebagai Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2006 dan Kemudian menjadi Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Lambung Mangkurat pada tahun 2016-2019.



Dr. dr. Meitria Syahadatina Noor, M.Kes

Lahir di Surabaya 19 Mei 1979, lulus S1 Pendidikan Dokter tahun 2005 di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Banjarmasin, kemudian melanjutkan Program Magister Ilmu Kesehatan Reproduksi di Fakultas Kedokteran Unair Surabaya tahun 2008- 2010. Meitria menyelesaikan Pendidikan Program Doktor di Fakultas Kedokteran Unair Surabaya lulus tahun 2017 dengan prediket cumlaude. Bidang disertasinya adalah kesehatan reproduksi. Meitria pernah menjadi dokter di RS Islam Banjarmasin dan RSUD Ulin Banjarmasin tahun 2005- 2008, kemudian memulai karir sebagai dosen di Fakultas Kedokteran Univ. Lambung Mangkurat sejak tahun 2006 hingga sekarang. Konsentrasi bidangnya adalah kesehatan reproduksi, kesehatan ibu dan anak dan keluarga berencana, terlibat dalam beberapa penelitian yang didanai Kementerian Ristekdikti, Kementerian Kesehatan, Fakultas Kedokteran ULM, dan sumber lain, dan telah mempublikasikan penelitian di jurnal nasional dan internasional. Meitria juga menulis buku tentang konsentrasi bidangnya. Meitria juga menjadi narasumber terkait tema konsentrasi bidangnya. Saat ini, Meitria adalah Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat di FK ULM sejak tahun 2018- sekarang. Dia pernah mendapatkan penghargaan makalah terbaik di Seminar Internasional Fisiologi di Fakultas Kedokteran, Universitas Airlangga dan konferensi

Internasional Sriwijaya tentang ilmu kedokteran di Fakultas Kedokteran, Universitas Sriwijaya. Dia juga pernah mendapatkan nominasi makalah terbaik ke- 6 Konferensi Internasional Multidisiplin Penelitian dan Praktek (ICMRP) di Singapura.



Fauzie Rahman, SKM, M.Kes

Beliau lahir di Amuntai 21 April 1986. Pada tahun 2004, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada tahun 2008. Pada Tahun 2009 pernah menjadi Verifikator Independen Program Jamkesmas Kota Banjarbaru. Pada tahun 2010 melanjutkan pendidikan pada Peminatan Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada dan mendapatkan gelar Master of Public Health (MPH) pada tahun 2013. Selama menjalani Pendidikan Magister juga dipercaya menjadi Asisten Konsultan pada Divisi Manajemen Bencana, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) FK UGM. Saat ini, selain sebagai staf pengajar di FK ULM, juga dipercaya sebagai Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan dan Alumni FK ULM, Anggota Senat di FK ULM, Senat Universitas Lambung Mangkurat serta Auditor pada Lembaga Penjamin Mutu ULM. Tidak hanya di institusi pendidikan, ia juga aktif di organisasi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), serta Perhimpunan Promosi Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPKMI). Dibidang kegiatan kemahasiswaan, Ia juga berperan sebagai pembina di salah satu organisasi mahasiswa FK ULM, dosen pembimbing mahasiswa berprestasi, dan dosen

pembimbing kegiatan Pekan Ilmiah Mahasiswa tingkat Nasional serta Reviewer Program Kreativitas Mahasiswa (PKM) 5 Bidang. Selain itu, Ia aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim penulis jurnal nasional maupun internasional, penulisan makalah dan poster. Ia juga aktif sebagai reviewer Artikel pada Berkala Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia (BIMKMI), Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia (JAKI) dan International Conference on Family Planning.



Lenie Marlinae, SKM, MKL

Lahir di Manup, 12 April 1977. Pendidikan terakhir lulusan Pasca sarjana Kesehatan Masyarakat- UNAIR lulus tahun 2002, dan sekarang menjadi pengajar tetap di Prodi S1 dan S2 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran UNLAM Kalimantan Selatan. Pengalaman penelitian pengabdian di bidang Kesling, Gizi dan AKK. Penelitian bidang kesling terkait pengolahan air bersih di lahan basah, penelitian di bidang Gizi terkait stunting, BBLR dan pembuatan program 1000 Hari Pertama Kehidupan dalam upaya menanggulangi masalah stunting. Penelitian AKK terkait program manajemen rumah tinggal untuk penderita TB dan penderita stunting. Sekarang penulis menjabat sebagai dosen pengajar di program studi S1 Kesehatan Masyarakat dan program studi S2 IKM Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Selain itu penulis juga menjabat sebagai lektor kepala pada Fakultas Kedokteran di Universitas Lambung Mangkurat. Penulis juga aktif melakukan penelitian di bidang Kesmas melalui hibah penelitian DIKTI, Litbangkes dan aktif dalam kegiatan RISKESDAS. Penulis juga aktif menghasilkan karya publikasi ilmiah di berbagai jurnal internasional dan nasional. Penulis merupakan anggota aktif dari organisasi profesi AIPTKMI Pusat dan IAKMI KalSel, PERMI, Perhimpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia.



Ayu Riana Sari, SKM, M.Kes

Lahir di Banjarmasin pada tanggal 30 Desember 1989 sebagai anak ke-1 dari dua bersaudara dari pasangan H. Riza Azwari dan Hj. Nurhayati. Saat ini bertempat tinggal di Jln. Jahri Saleh Gg. Keluarga Banjarmasin. Pendidikan sarjana di tempuh di Program Studi Kesehatan Masyarakat, lulus tahun 2011. Pada tahun 2014, diterima di Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya, dan menamatkan pada tahun 2018. Dia bekerja sebagai tenaga pengajar pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Lambung Mangkurat pada awal tahun 2012. Dia pernah menjadi enumerator *preparation plan (master plan) survey of health care needs of Banjarbaru City 2011-2015* dan pernah menjadi enumerator survey nasional pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba (pada kelompok pekerja) di 33 provinsi tahun 2012. Pengalaman penelitian adalah faktor risiko penyakit chikungunya di Desa Mandikapau Timur Kabupaten Banjar 2010 dan analisis pengaruh koordinasi intraorganizational terhadap kinerja puskesmas dalam program pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita (studi di Puskesmas Kabupaten Banjar). Tata Kelola Riset Fasilitas Kesehatan Integrasi dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan 2019/2020, studi akseptabilitas penggunaan aplikasi 'GAP' pada ponsel sebagai pendukung pengobatan dan monitoring pola hidup bagi orang yang hidup dengan HIV 2019/2020, youth river cadres as an efforts to improve clean and healthy behavior in the floating market

environment 2019, tim pendampingan tata kelola program kesehatan di daerah kerjasama antara biro perencanaan dan anggaran kementerian kesehatan dengan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat 2019/2020, partisipasi pedagang di pasar terapung dalam manajemen sampah 2020/2021, tim pelaksana kegiatan upaya perbaikan gizi masyarakat dalam rangka pemulihan pelayanan gizi dari dampak pandemi COVID-19 Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada 2020, perilaku pencegahan covid-19 ditinjau dari karakteristik individu dan sikap masyarakat 2020.



Nur Laily, SKM, M.Kes

Lahir di Martapura pada 15 April 1993. Memulai pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat pada tahun 2011 dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada Januari 2015. Kemudian ditahun yang sama melanjutkan pendidikan pasca sarjana di Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan lulus tahun 2017. Saat ini diamanahkan sebagai Kepala Departemen Administasi Kebijakan Kesehatan pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat.