

Laporan Penelitian

Foresight untuk Menata Masa Depan Layanan Kesehatan Primer Indonesia

Convener:

**Prof. Dr. Dr. Med
Akmal Taher SpU(K), dr**

Tim Penulis:

Diah S. Saminarsih
Yurdhina Meilissa
Olivia Herlinda
Nadhira Febianisari
Reyhan Alemario
Rina Chomawati



© 2022 Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives / CISDI
Jalan Probolinggo No.40C RT.01/02, Kelurahan Gondangdia Menteng
Kecamatan Menteng, Jakarta Pusat, 10350
Telephone: (+62) 21 3917590
Website: www.cisdi.org
Email: secretariat@cisdi.org

Suggested citation:

Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia - Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. (2022). ***Foresight* untuk Menata Masa Depan Layanan Kesehatan Primer Indonesia**. Jakarta: CISDI.

Daftar Isi

Laporan Penelitian	1
Daftar Isi	3
Daftar Bagan	5
Daftar Gambar	5
Daftar Tabel	6
Daftar Singkatan	7
Kata Pengantar	9
Ringkasan Eksekutif	11
Bab 1 Konteks Primary Health Care: Apa, Mengapa, dan Kapan Saat yang Tepat untuk Transformasi	16
1.1 Urgensi transformasi layanan kesehatan primer dalam pandemi dan kronologi situasi	17
1.2 Mengapa PHC penting?	18
1.3 Konteks Global	19
1.3.1 Sejarah PHC (1930–1978)	19
1.3.2 Evolusi PHC (1979–2018)	20
1.3.3 <i>Primary Health Care dan Primary Care</i>	22
1.3.4 Hubungan antara <i>Primary Health Care</i> dan <i>Primary Care</i>	24
1.4 Konteks global dan <i>Low Middle–Income Countries</i>	26
1.5 Konteks Indonesia	32
Bab 2 Metodologi Foresight untuk Kebijakan Transformasi Layanan Kesehatan Primer	34
2.1 <i>Apa itu Foresight?</i>	35
2.2 Metodologi <i>Foresight</i>	36
2.3 <i>Mengapa melakukan foresight untuk Layanan Kesehatan Primer?</i>	40
Bab 3 Pemindaian Cakrawala (<i>Horizon Scanning</i>)	43
3.1 Media Online	44

3.2 Twitter	50
Bab 4 Tantangan Struktural Layanan Kesehatan Primer di Indonesia	66
4.1 Pengungkit Strategis	68
4.1.1 Komitmen Politik dan Kepemimpinan	68
4.1.2 Tata Kelola dan Kerangka Kebijakan	69
4.1.3 Dukungan anggaran dan sumber daya	72
4.1.4 Keterlibatan masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya	74
4.2 Pengungkit Operasional	76
4.2.1 Model Penyampaian Layanan	76
4.2.2 Sumber Daya Manusia untuk Kesehatan	77
4.2.3 <i>Physical Infrastructure</i>	79
4.2.4 Obat-obatan dan alat kesehatan lainnya	83
4.2.5 Kemitraan antara sektor publik dan swasta	84
4.2.6 <i>Strategic Purchasing</i>	86
4.2.7 <i>Digital Technologies for health</i>	91
4.2.8 Sistem untuk meningkatkan kualitas layanan	95
4.2.9 <i>Primary health care-oriented research</i>	96
4.2.10 <i>Monitoring and evaluation</i>	96
Bab 5 Interkoneksi Antar Sektor: Menuju <i>Health in All Policies</i>	98
5.1 Sosial	99
5.2 Teknologi	100
5.3 Ekonomi	101
5.4 Lingkungan	102
5.5 Politik	102
5.6 Nilai	103
Bab 6 <i>How and What to Deliver?</i> Rekomendasi Kebijakan dan Operasionalisasi Skenari	105
6.1 Memahami <i>plausible scenarios</i> dalam Primary Health Care	106
6.2. <i>Plausible Scenarios</i> – Skenario yang mungkin terjadi	107
6.2.1 Poros Ekonomi Politik – Indonesia dan <i>Health in All Policies</i>	108

6.2.2 Poros Nilai – Pemahaman Fungsi Kesehatan Masyarakat	109
Bab 7 Pengembangan Skenario: Memetakan Kemungkinan Masa Depan Layanan Kesehatan Primer	122
Bab 8 <i>What is Needed to Deliver?</i> Penutup	129
References	133
Lampiran	146

Daftar Bagan

- Bagan 1. *Framework* pemberian rekomendasi kebijakan transformasi PHC
- Bagan 2. Perjalanan Kebijakan PHC di Indonesia
- Bagan 3. Metodologi riset yang digunakan
- Bagan 4. Komponen Belanja Kesehatan Indonesia menurut Sumber Pembiayaan Tahun 2019
- Bagan 5. Komponen Belanja Kesehatan Indonesia menurut Provider Tahun 2019
- Bagan 6. Fragmentasi pada sistem informasi kesehatan di Indonesia
- Bagan 7. Kuadran Skenario *Foresight PHC*

Daftar Gambar

- Gambar 1. Proses Foresight
- Gambar 2. Jumlah pemberitaan media online dengan keyword layanan kesehatan primer, rumah sakit dan BPJS Kesehatan
- Gambar 3. Perbandingan jumlah berita online tahun 2009
- Gambar 4. Perbandingan jumlah berita online tahun 2010
- Gambar 5. Perbandingan jumlah berita online tahun 2020
- Gambar 6. Perbandingan jumlah berita online tahun 2021
- Gambar 7. Word cloud online media 2009 (n=2)
- Gambar 8. Word cloud online media 2010 (n=1)
- Gambar 9. Word cloud online media 2011 (n=6)
- Gambar 10. Word cloud media online 2012 (n=5)
- Gambar 11. Word cloud media online 2013 (n=52)
- Gambar 12. Word cloud media online 2014 (n=56)
- Gambar 13. Word cloud media online 2015 (n=148)
- Gambar 14. Word cloud media online 2016 (n=241)
- Gambar 15. Word cloud media online 2017 (n=469)

Gambar 16. Word cloud media online 2018 (n=728)

Gambar 17. Word cloud media online 2019 (n=1.276)

Gambar 18. Word cloud media online 2020 (n=2.351)

Gambar 19. Word cloud media online 2021 (n=2.424)

Gambar 20. Frekuensi tweet setiap tahun mengenai Pelayanan Kesehatan Primer dibandingkan dengan rumah sakit dan BPJS Kesehatan

Gambar 21. Peta DNA kenaikan iuran BPJS

Gambar 22. Peta Analisa Sentimen JKN

Gambar 23. Kerangka Operasional Layanan Kesehatan Primer WHO

Daftar Tabel

Tabel 1. Perbedaan SPHC dan CPHC

Tabel 2. Bukti dari Dampak Positif Penerapan PHC

Tabel 3. Kejadian/drivers utama yang diperbincangkan di twitter menurut 100 tweet terpopuler

Tabel 4. Kerangka kebijakan pelayanan kesehatan primer di Indonesia

Tabel 5. Kondisi Ruang di Puskesmas

Tabel 6. Kondisi Ruang di Puskesmas Rawat Inap

Tabel 7. Kondisi Bangunan Puskesmas Rawat Inap Berdasarkan Kategori

Tabel 8. Matriks *Plausible Scenarios*

Daftar Singkatan

AAUPB	Asas-Asas Umum Pemerintahan yang Baik
AKI	Angka Kematian Ibu
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional
BLUD	Badan Layanan Umum Daerah
Bappenas	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPP	Badan Penyantun Puskesmas
BPS	Badan Pusat Statistik
COVID	<i>Coronavirus Disease</i>
CSO	<i>Civil Society Organization</i>
DAK	Dana Alokasi Khusus
DAU	Dana Alokasi Umum
DBD	Demam Berdarah Dengue
DID	Dana Insentif Daerah
DPR	Dewan Perwakilan Rakyat
DTPK	Daerah Tertinggal, Perbatasan dan kepulauan
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
HKPD	Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KBK	Kapitasi Berbasis Kinerja
KBKR	Keluarga Berencana dan Kesehatan reproduksi
KEK	Kekurangan energi Kronis
Kemendagri	Kementerian Dalam Negeri
Kemenkes	Kementerian Kesehatan
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KPI	<i>Key Performance Index</i>
KPK	Komisi Pemberantasan Korupsi
LMIC	<i>Low-to-Middle-Income Country</i>
OOP	<i>Out-of-pocket</i>
PAD	Pendapatan Asli Daerah
PDB	Produk Domestik Bruto

Perpres	Peraturan Presiden
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PHC	<i>Primary Health Care</i>
PIS-PK	Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
PMK	Peraturan Menteri Kesehatan
PMT	Pemberian Makanan Tambahan
PNS	Pegawai Negeri Sipil
Posbindu	Pos Binaan Terpadu
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
Prolanis	Program Pengelolaan Penyakit Kronis
PTM	Penyakit Tidak Menular
PUSKAPA	Pusat Kajian dan Advokasi Perlindungan dan Kualitas Hidup Anak
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
PPP	<i>Purchasing Power Parity</i>
PPPK	Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja
RPJMD	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
RPJMN	Rencana pembangunan Jangka Menengah Nasional
RPPT	Rasio Peserta Prolanis Terkendali
RRNS	Rasio Rujukan rawat jalan kasus Non Spesialistik
SDM	Sumber Daya Manusia
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SPM	Standar Pelayanan Minimal
TKDD	Transfer ke Daerah dan Dana Desa
UKBM	Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat
UKM	Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	Upaya Kesehatan Perorangan
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

Kata Pengantar

Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI) dan Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) bekerja sama melaksanakan kajian dan menerbitkan laporan berjudul **"Foresight untuk Menata Masa Depan Layanan Kesehatan Primer Indonesia"**. Kajian dikerjakan dengan tujuan untuk memberi rekomendasi arah kebijakan bagi Pemerintah dan sebagai referensi bagi pemangku kepentingan lainnya. Kajian ini mengupas kondisi kebijakan kesehatan Indonesia, khususnya pada sistem kesehatan nasional dan layanan kesehatan primer, sejak sebelum pandemi hingga pandemi berlangsung dan konsekuensi perbaikan kebijakan yang dibutuhkan di masa datang.

Kajian merumuskan rekomendasi untuk perbaikan kebijakan memasuki tahun ketiga pandemi. Rekomendasi tersebut disusun berdasarkan *scientific evidence* global maupun regional serta pengetahuan eksplisit dan implisit yang diperoleh dari pengalaman bekerja di tingkat nasional, sub-nasional hingga akar rumput.

Prof. Dr. Dr. Med Akmal Taher SpU(K), dr; anggota Komisi Ilmu Kedokteran Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (KIK-AIPI), bertindak sebagai *convener* kajian. Proses penelitian dilaksanakan sejak April hingga November 2021 serta melalui proses analisa dan penulisan sejak Desember 2021 – Maret 2022. Penelitian, analisa dan penulisan laporan dikerjakan oleh tim yang dipimpin Diah Satyani Saminarsih dan terdiri dari Yurdhina Meilissa, Nadhira Febianisari, Olivia Herlinda, Reyhan Alemario dan Rina Chomawati. Rudra Ardiyase dan Dedi Suhendi mengatur desain dan tata letak laporan. Konsep diseminasi dokumen dirancang dan diimplementasikan oleh Sadika Hamid, Iman Mahaputra Zein, Stella Yovita Arya Putri, Bagus Fachrudi, Naufal Randhika, Amru Sebayang, Zenithesa Gifita, dan Tim Komunikasi CISDI.

Hasil kajian ini melalui proses *review* sesuai standar dan prosedur yang berlaku di Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI). AIPI bertanggung jawab penuh atas temuan, kesimpulan, dan rekomendasi yang tertulis dalam kajian ini.

Daftar Narasumber Ahli

Convener :

Prof. Dr. Dr. Med. Akmal Taher, Sp.U(K), dr

1. Prof. dr. Adi Utarini, M.Sc., MPH., PhD
2. dr. Ahmad Fuady, PhD
3. Prof. dr. Ali Ghufron Mukti, M.Sc., Ph.D
4. Dr. dr. Andreasta Meliala, DPH. MKes
5. Dr. Anis Fuad
6. Prof. Dr. Ir. Antonius Suwanto, MSc
7. dr. Ari Dwi Aryani, MKM
8. Prof. drh. Aris Junaidi, Ph.D
9. dr. Bacht Alisjahbana, Sp.PD-KPTI, Ph.D
10. Dr. Brian Sri Prahastuti
11. Prof. Dr. dr. Budi Wiweko, Sp.OG, MPH
12. dr. Dante Saksono Harbuwono, Sp.PD-KEMD, Ph.D
13. dr. Darius Erlangga, MPH
14. Prof. David Handojo Mulyono, SpPPD, FINASIM, Ph.D
15. Dewi Amila Solikha, SKM. MSc
16. Dewi Bramono, BS, MS, MBA
17. dr. Donald Pardede, MPPM
18. dr. Elvina Karyadi, , MSc., SpGK, Ph.D
19. Dr. Emi Nurjasmu, M.Kes
20. Prof. Dr. Endang Sukara
21. Faisal Basri, S.E.,M.A
22. Gita Putri Damayana, S.H., LL.M
23. Gita Syahrani, S.H., LL.M
24. Dr. RM Sri Hananto Seno, drg., Sp.BM(K), MM.
25. Dr. Harif Fadhillah, S.Kp.,S.H.,M.Kep.,M.H
26. Henny Supolo Sitepu, S.S,
27. Prof . dr. Herawati Sudoyo, Ph.D
28. Ir. Heru Prasetyo
29. dr. Irvan Afriandi Grad.Dipl, OEH, MPH, Dr.Ph
30. dr. Isti Ilmiati Fujiati, MSc.CM-FM, M.Pd.Ked
31. dr. Kalsum Komaryani, MPPM
32. Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc., Ph.D.
33. dr. M. Subuh, MPPM
34. Prof. Mayling Oey-Gardiner, Ph.D
35. Dr. Pandu Harimurti, MPPM
36. Prastuti Soewondo, Ph.D
37. Prof. dr. Pratiwi Pujilestari Sudarmono, Ph.D., SpMK(k)
38. Pungkas Bahjuri Ali, S.TP, MS, Ph.D
39. dr. Putu Moda Arsana, Sp.PD-KEMD., FINASIM
40. Prof. Dr. dr. Ratna Sitompul, SpM(k)
41. Rimawan Pradiptyo, SE, M.Sc., Ph.D
42. Prof. Dr. Satryo Soemantri Brodjonegoro
43. Prof. Dr. dr. Sofia Mubarika Haryana, M.Med., Sc Ph.D
44. Prof. dr. Sultana Muhammad Hussein Faradz, Ph.D
45. drg. Usman Sumantri, MSc
46. dr. Yodi Mahendradhata, MSc., Ph.D, FRSPH
47. dr. Yudhi Prayudha Ishak Djuarsa, MPH
48. Prof. Dr. Yunita Triwardani Winarto

Ringkasan Eksekutif



*Still, I shall be claiming with a sigh
Somewhere ages and ages hence:
Two roads diverged in a wood, and I—
I took the one less traveled by.
And that has made all the difference*

— **Robert Frost**

Setidaknya sejak 1978, dunia telah mengidentifikasi peran strategis layanan kesehatan primer dalam sistem kesehatan. Namun sayangnya, banyak negara tetap belum berhasil atau setidaknya harus melalui proses yang panjang untuk mampu dengan utuh menetapkan arah kebijakan dan meletakkan komitmen yang kokoh untuk layanan kesehatan primer. *Delivery Primary Health Care* (PHC) yang mumpuni kerap gagal, walau *evidence* tentang keunggulannya telah terkumpul puluhan tahun dari berbagai negara di dunia. Pandemi COVID-19 memberi kesadaran bahwa sejatinya kita tidak pernah benar-benar berhasil membangun suatu sistem kesehatan dengan fundamental PHC yang kuat. Padahal, sistem kesehatan yang tangguh dan fungsinya sebagai benteng pertahanan terdepan untuk menjamin status kesehatan masyarakat amat dibutuhkan; terutama saat ini.

Dibutuhkan perubahan struktural dan transformatif mempunyai tujuan jangka panjang. Bukan hanya untuk menyelesaikan pandemi tapi juga untuk memastikan agar setelah pandemi berlalu; sistem kesehatan khususnya layanan kesehatan primer berada dalam “normal baru” yang jauh lebih baik daripada kondisi sebelum pandemi.

Kajian dilakukan dengan menggunakan metodologi *foresight* dengan tujuan untuk secara ekstensif, strategis dan obyektif menghimpun berbagai *evidence* yang tersedia; mengumpulkan – mencatat – memetakan sebanyak mungkin masukan publik dan para narasumber ahli; serta melihat keterkaitan antar sektor sebagai faktor-faktor yang memungkinkan tim peneliti untuk secara utuh memahami serta menganalisa keadaan di masa lalu. *Foresight* kemudian secara strategis mengarahkan tim peneliti untuk memetakan

berbagai kejadian dan merefleksikan penggerak – kecenderungan – tantangan utama yang secara signifikan menandai kebijakan layanan kesehatan primer Indonesia. Selanjutnya dikembangkan empat skenario yang mempunyai kemungkinan sama untuk terjadi (*equally plausible scenarios*). Skenario bertujuan untuk memberi kemungkinan-kemungkinan kejadian, memetakan berbagai pendekatan dan pada akhirnya memberi arah yang tepat untuk kebijakan layanan kesehatan primer kepada para pemangku kebijakan di tingkat nasional maupun sub-nasional; dan berbagai aktor pembangunan, termasuk para pegiat, dan organisasi masyarakat sipil. Dengan menggunakan metode *foresight*, rekomendasi kebijakan yang dihasilkan oleh kajian ini dapat dengan tepat menjawab tantangan struktural yang selama ini menjadi penghalang terjadinya *delivery* PHC dengan transformatif.

Keunggulan PHC tidak lagi dipertanyakan. Namun, apa yang harus disesuaikan agar PHC dapat menjawab *demand* publik untuk layanan kesehatan yang *accessible* sekaligus berkualitas?

Ada tiga pergeseran transformatif yang harus terjadi:

1. Pergeseran dari sudut pandang pemenuhan akses menjadi pemenuhan akses dan kualitas

Tuntutan publik untuk layanan kesehatan berkualitas terus meningkat, sesuai dengan perkembangan sistem kesehatan yang berpusat pada kebutuhan perorangan (*people-centered*). PHC transformatif termasuk di dalamnya adalah kemampuannya untuk bisa memberikan layanan kesehatan tanpa batasan akses, berkualitas, dengan dilengkapi teknologi kesehatan terkini namun tetap ekonomis (*affordable*).

2. Pergeseran dari fragmentasi menjadi integrasi

Publik seringkali mengalami layanan kesehatan yang terfragmentasi, seperti misalnya sistem rujukan yang tidak berjalan, pembedaan antara layanan di fasilitas yang dimiliki pemerintah dengan swasta. Seringkali juga, di dalam PHC sendiri terjadi pengkotakan antara layanan promotif preventif dengan layanan kuratif. PHC masa depan harus mampu mengintegrasikan semua elemen di dalamnya. Cara terbaiknya adalah melalui penempatan tenaga kesehatan yang bekerja dengan konsep tim dan juga bekerja bersama dengan kader kesehatan wilayah untuk menjawab semua kebutuhan publik yang berhubungan dengan kesehatan.

3. Pergeseran dari perspektif jangka pendek dan reaktif (*cost-based perspective*) menjadi perspektif jangka panjang dan berkelanjutan (*long term investment-based perspective*)

PHC yang transformatif membutuhkan pergeseran cara pandang pembuat kebijakan dari melihat PHC sebagai *cost-center* dalam jangka pendek atau inkremental menjadi

PHC sebagai sebuah tempat investasi jangka panjang. Investasi pada PHC memastikan biaya yang harus dikeluarkan untuk mengobati angka kesakitan masyarakat dalam waktu lama menjadi jauh lebih rendah. Karena semua tindakan pencegahan maupun pengobatan yang dilakukan di tingkat primer jauh lebih murah dibandingkan dengan pengobatan di tingkat rujukan. Selain itu, dalam jangka panjang, investasi pada PHC memastikan tercapainya keadilan dan menunjukkan keberpihakan pemerintah pada kelompok rentan.

Agar ketiga pergeseran di atas bisa terjadi, kajian ini memberikan penjelasan serta analisis tentang lima reformasi mendasar yang harus terjadi, yaitu:

1. Reformasi kepemimpinan dan tata kelola

Dibutuhkan regulasi untuk sistem kesehatan nasional yang lebih tinggi/mengikat seperti misalnya Undang-Undang, mengingat reformasi sistem kesehatan nasional dan transformasi PHC membutuhkan waktu yang panjang dan diikuti dengan komitmen anggaran.

2. Reformasi kebijakan publik

Dibutuhkan reformasi kebijakan, tidak hanya yang berkaitan langsung dengan kesehatan namun juga pada kebijakan yang berhubungan dengan determinan sosial, ekonomi, komersial dan lingkungan yang mempunyai keterkaitan tidak langsung dengan sektor kesehatan.

3. Reformasi model layanan

Reformasi ini dibutuhkan agar publik menjangkau fasilitas kesehatan tingkat primer dengan layanan berkualitas. Untuk itu perbaikan sistem akreditasi untuk fasilitas kesehatan tingkat primer yang secara objektif bisa memastikan kualitas layanan yang diberikan, mutlak diperlukan. Reformasi ini juga sudah mengantisipasi dan mengakomodasi dampak perubahan lingkungan di sektor kesehatan.

4. Reformasi jaminan kesehatan

Reformasi dalam aspek keempat ini mencakup redistribusi kepesertaan agar peserta JKN tidak terpusat di puskesmas saja. Selain itu, *strategic purchasing* terutama dalam kaitannya dengan kapitasi; akreditasi terutama dalam kaitannya dengan *credentialing*; dan pengembangan *clinical pathways*

5. Reformasi SDM Kesehatan

Reformasi ini mencakup tidak hanya tenaga kesehatan tetapi juga kader kesehatan. Negara-negara yang mempunyai sistem PHC yang kuat, memiliki kader kesehatan

tidak hanya dalam jumlah banyak namun juga berdaya dengan kapasitas tinggi. Khusus untuk dokter yang bekerja dalam PHC, berbagai praktik baik dan *evidence* dari banyak negara telah menunjukkan bahwa standar dokter Primary Care yang bekerja di dalam PHC setara dengan dokter spesialis. Melihat infrastruktur yang ada saat ini, kondisi ini bisa dicapai dalam kurun 15–20 tahun. Di Indonesia sebenarnya hal ini telah diatur dalam UU Pendidikan Kedokteran, yaitu dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer (Sp KKL), di mana para dokter bisa mencapainya melalui *Recognized Prior Learning* maupun melalui program reguler.

Berdasarkan keempat opsi skenario yang semuanya mempunyai kemungkinan sama untuk terjadi, kajian ini menawarkan rekomendasi kebijakan yang dibagi dalam kelompok strategis dan kelompok operasional. Kesesuaian yang baik antara kedua tingkatan ini, memastikan keberhasilan *delivery* PHC dapat terukur dengan tepat.

Level pengungkit strategis (OECD, 2019):

1. Komitmen politik dan arah kebijakan

Transformasi harus dimulai dari perubahan cara pandang. Transformasi PHC adalah investasi jangka panjang. Karena perspektif inilah, diperlukan kesesuaian kebijakan dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) hingga Rencana Strategis dan Rencana Kegiatan dan Anggaran Kementerian.

2. Komitmen anggaran

Pertumbuhan Puskesmas dalam 5 tahun terakhir hanya tumbuh 4,5% dari 9.767 puskesmas di 2016 menjadi 10.203. Sedangkan Rumah sakit tumbuh hingga 19.7% dari 2.045 di 2016 menjadi 2449 di 2020 (Kemenkes RI, 2021b). Alokasi APBN untuk PHC adalah 0,05% dari GDP. Sementara, berdasarkan rekomendasi WHO, dibutuhkan alokasi anggaran sebanyak 1% dari GDP agar transformasi PHC berhasil.

3. Pelibatan masyarakat

Integrasi upaya pemenuhan tenaga kesehatan berkualitas dengan kader kesehatan masyarakat yang bergerak aktif menjadi sebuah kesatuan bernama SDM Kesehatan atau *health workforce*, adalah kunci dalam penataan masa depan PHC.

Level pengungkit operasional (OECD, 2019):

1. Penggunaan *big data* dan *digital health*

Teknologi digital kesehatan atau *digital health* digunakan juga untuk memastikan rantai pasokan logistik termasuk untuk distribusi vaksin, kesiapan dan manajemen fasilitas kesehatan hingga rujukan antar tingkatan pelayanan dalam sistem kesehatan.

2. Pengembangan penelitian dengan orientasi pada PHC

Transformasi PHC memerlukan dukungan riset dan yang ekstensif dan pengembangan *body of knowledge* yang secara signifikan jauh melebihi apa yang tersedia saat ini. Hingga kini, setidaknya di Indonesia, PHC dan riset tentang sistem kesehatan belum menjadi bidang yang terlalu diminati oleh para peneliti. Untuk kebutuhan ini, harus melibatkan kementerian lain di luar sektor kesehatan, universitas, dan lembaga-lembaga penelitian.

3. Pembangunan sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas dengan prioritas pada PHC

Peran strategis sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas merupakan indikator keberhasilan dioperasionalkannya skenario ideal yang mempunyai kesetimbangan antara *Primary Care* dan Fungsi Kesehatan Masyarakat. Dalam konteks penataan masa depan, komite ini harus mendapatkan *buy in* lebih luas dalam mengembangkan kebijakan Sistem Kesehatan Akademik (*Academic Health System*) agar perkembangan serta inovasinya tidak hanya sesuai tapi juga membawa inovasi yang sesungguhnya telah inheren di dalam sistem tersebut. Melalui sistem ini diharapkan terjadi peningkatan jumlah, kualitas dan pemerataan tenaga kesehatan.



Bab 1

Konteks *Primary Health Care*: Apa, Mengapa, dan Kapan Saat yang Tepat untuk Transformasi

 *With the Declaration of Independence on August 17, 1945 the formation of a Government with its machine power (police and army), its territories and population, the Republic of Indonesia came into being. The Red-White flag was hoisted and the national anthem was heard in the smallest and most isolated places of Indonesia. It was previously gauged that this nation was going to face various difficulties if it was going to maintain its independence. These difficulties were felt in all fields of work, including Public Health, especially before the transfer of sovereignty on December 27, 1949. Yet, it may be said that the Indonesians during its early stage of independence showed a strong will to maintain its freedom amidst hardships and difficulties and no less did it show its courage to surmount the barriers during the transition period, also in the field of health.*

— *Johannes Leimena*

1.1 Urgensi transformasi layanan kesehatan primer dalam pandemi dan kronologi situasi

Pandemi COVID-19 telah berdampak berat pada terguncangnya sistem kesehatan bersamaan dengan kerugian ekonomi yang amat besar – jauh di atas ambang batas normal. Pada situasi krisis maupun dalam keadaan biasa, *Primary Health Care* telah terbukti memberikan solusi yang ekonomis sekaligus menyelamatkan nyawa manusia. Namun, keberhasilan membangun kembali dan bangkit dari krisis yang disebabkan oleh pandemi COVID-19 membutuhkan perubahan struktural dan mendasar pada sistem kesehatan (World Bank, 2021).

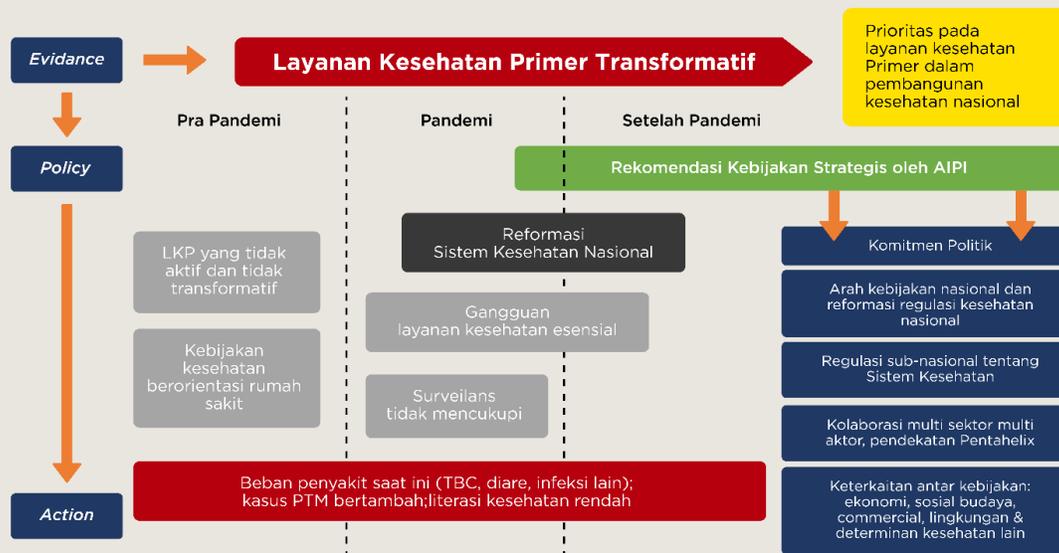
Dampak pandemi dirasakan di seluruh dunia, termasuk di Indonesia. Berangkat dari keprihatinan melihat dampak pandemi, Komisi Ilmu Kedokteran Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (KIK-AIPI) tergerak untuk melakukan kajian agar bisa memberikan rekomendasi kebijakan kepada Pemerintah, sesuai dengan mandatnya. Namun, AIPI menyadari bahwa situasi yang luar biasa seperti pandemi membutuhkan kerangka pendekatan dan metodologi yang berbeda agar rekomendasi yang diberikan mempunyai kemampuan untuk memetakan perubahan yang mungkin terjadi, di tengah situasi penuh ketidakpastian yang disebabkan oleh pandemi.

Sebelum kajian dilakukan, KIK-AIPI menyepakati kerangka dan cakupan kajian yang akan dikerjakan. KIK-AIPI berpendapat bahwa kajian untuk transformasi PHC harus tetap setia pada pakem *evidence-based policy making* yang menjadi DNA AIPI. Selain itu, KIK-AIPI berkeinginan

untuk memberikan rekomendasi kebijakan yang tidak hanya digunakan dalam konteks respon pandemi, namun lebih jauh dari itu, untuk perbaikan menyeluruh arah kebijakan kesehatan dengan perspektif jangka panjang. Kondisi kebijakan kesehatan sebelum pandemi dan selama pandemi mempengaruhi keadaan di masa setelah pandemi berakhir nanti. Reformasi sistem kesehatan nasional yang dipicu oleh pandemi sejatinya berdasarkan hal-hal yang telah terjadi sebelum pandemi dimulai. Sejalan dengan itu, reformasi tersebut juga tidak berhenti saat pandemi usai, melainkan terus dikerjakan hingga indikator-indikator kualitas serta kesiapan sistem kesehatan berada pada titik yang lebih baik dibandingkan dengan kondisi saat awal pandemi.

Rekomendasi kebijakan yang diberikan oleh AIPI mempunyai target untuk bisa secara tepat menjawab tantangan struktural yang dihadapi oleh sistem kesehatan nasional khususnya dalam PHC. Namun di luar sektor kesehatan, rekomendasi ini dapat dengan jitu juga memberikan arah kebijakan yang tepat serta menjawab komitmen investasi ekonomi yang dibutuhkan agar sistem kesehatan nasional berhasil untuk lebih tangguh, siap menghadapi pandemi berikut; dengan layanan kesehatan primer transformatif sebagai ujung tombaknya.

Bagan 1. Framework pemberian rekomendasi kebijakan transformasi PHC



1.2 Mengapa PHC penting?

Dalam bab pertama ini, tim peneliti akan memberikan latar belakang dan pemahaman tentang konsep *Primary Health Care/PHC*. Dalam kebijakan kesehatan termasuk di dalamnya tentang pemberian layanan kesehatan berkualitas, pertanyaan tentang keterjangkauan (*affordability*) selalu mengusik. Dengan desakan dan kemajuan teknologi kesehatan, layanan

kesehatan di tingkat rujukan (sekunder dan tersier), terus menelan biaya yang semakin besar. Efisiensi dan keberhasilan dalam *medical sciences* berjalan seiring dengan peningkatan biaya. Aksesibilitas terhadap teknologi menjadi isu, ketidakadilan dan keberpihakan pada masyarakat luas yang tidak diuntungkan dari sudut sosial ekonomi menjadi tantangan terbesar. Karenanya, layanan kesehatan mudah diakses namun berkualitas menjadi keunggulan utama dari PHC. Tentu PHC tidak serta-merta lahir sebagai sebuah sistem yang transformatif, inovatif, dan sekaligus *equitable*. Pada awalnya, PHC hanya berbicara mengenai pemerataan akses layanan kesehatan. Namun seiring dengan perkembangan kemajuan dalam kebijakan kesehatan, di mana sektor kesehatan bergeser menjadi sentral dari keseluruhan pembangunan; PHC yang transformatif (berkualitas namun *affordable*) menjadi jawaban dari kebutuhan publik untuk layanan kesehatan.

1.3 Konteks Global

Konsep PHC

Kelahiran konsep *Primary Health Care* (PHC) berangkat dari kesadaran bahwa kesehatan adalah keadaan fisik yang utuh, kesejahteraan mental dan sosial, dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Selain itu, kesehatan adalah hak asasi manusia yang mendasar dan bahwa pencapaian tingkat kesehatan yang setinggi mungkin dapat dicapai melalui upaya kolektif, bukan hanya dari sektor kesehatan, tapi juga sosial dan ekonomi (WHO, 2022a). Ini menandakan peralihan konsep PHC dari perspektif tradisional bahwa kesehatan hanya merupakan ketiadaan dari penyakit, ke perspektif lebih luas bahwa kesehatan dipengaruhi oleh banyak determinan lain.

PHC merupakan level pelayanan pertama dan terdekat di tingkat masyarakat. PHC menyediakan pelayanan kesehatan esensial yang didasarkan pada prinsip praktis, ilmiah, metode dan teknologi yang dapat diterima secara sosial serta diakses secara universal oleh individu dan masyarakat melalui partisipasi penuh mereka dan tanpa hambatan biaya (WHO, 1978). Ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem kesehatan, yang merupakan fungsi sentral dan fokus utama dalam pembangunan sumber daya manusia. Konsep ini pun lahir melalui proses yang panjang.

1.3.1 Sejarah PHC (1930-1978)

1900-1930-an - Konsep kajian PHC dipengaruhi oleh banyak individu, proses pertemuan, dan juga publikasi (Litsios, 2015). Disinyalir banyak pengaruh yang mundur jauh ke dekade awal di abad ke-20. Program kesehatan rural di China dikembangkan dengan asistensi Yayasan Rockefeller dan *League of Nations Health Organization* di tahun 1930-an dan kemudian beberapa konferensi yang kemudian dilakukan dalam proses selanjutnya.

1937 - Konferensi Liga Kesehatan Negara (*League of Nations Health Organization*) yang diadakan di Bandung, Indonesia, dianggap merupakan salah satu tonggak pencapaian kesehatan masyarakat. Konferensi tersebut menggunakan pendekatan permasalahan kesehatan rural dari perspektif intersektoral dan interagensi yang berfokus tidak hanya pada kebutuhan untuk meningkatkan akses ke pengobatan modern dan kesehatan masyarakat, tapi juga tantangan fundamental dari pendidikan, pembangunan ekonomi dan sosial (Brown & Fee, 2008).

1975 - Konsep PHC diusulkan pertama kali dalam sebuah kajian kepada Dewan Eksekutif WHO pada Januari 1975 dalam bentuk tujuh prinsip untuk diikuti oleh pemerintah agar dapat meningkatkan layanan kesehatannya. Pendekatan program UNICEF dalam layanan dasar; ILO untuk kebutuhan dasar; dan UNRISD untuk masyarakat sipil menyediakan model untuk kerangka kerja pembangunan yang sejalan dengan fokus komunitas dalam PHC (Freire, 1970; Ivan, 1973; Schumacher, 1973).

1978 - Layanan kesehatan primer (PHC) dideklarasikan secara resmi melalui deklarasi Alma Ata tahun 1978 di Kazakhstan, dimana 134 anggota WHA dari WHO meratifikasi Deklarasi tersebut (Litsios, 2015). Untuk pertama kalinya, dunia melalui WHO mengakui adanya ketimpangan dalam akses kesehatan, dan untuk itu menempatkan prinsip "Kesehatan Untuk Semua" sebagai tujuan utama.

1.3.2 Evolusi PHC (1979–2018)

Ottawa Charter for Health Promotion (1986)

Konsep PHC terus berevolusi dan berkembang dalam tahun-tahun selanjutnya. Deklarasi di tahun 1978, diikuti dengan sebuah konferensi internasional untuk promosi kesehatan di Ottawa tahun 1986. Konferensi ini menekankan pada cara dan upaya pencapaian Kesehatan Untuk Semua (*Health for All*) melalui upaya promosi kesehatan. Promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kontrol atas, dan untuk meningkatkan, kesehatan mereka (WHO, 2022b). Untuk mencapai keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh, individu atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan mewujudkan aspirasi, memenuhi kebutuhan, dan mengubah lingkungan.

Peralihan ke PHC yang selektif (1993–2000)

Dalam perjalanannya, konsep PHC tidak terlepas dari pertanyaan dan tantangan mengingat PHC membutuhkan upaya perubahan yang radikal. Meski PHC sudah merevolusi bagaimana kesehatan diinterpretasikan dan bagaimana layanan serta sistem kesehatan seharusnya

berjalan, Deklarasi Alma Ata banyak dikritik karena dianggap terlalu idealistik untuk dicapai dalam waktu yang tidak realistis, yaitu memberikan akses kesehatan untuk semua sebelum tahun 2000. Banyak yang berpendapat bahwa PHC lebih realistis dilakukan dengan pendekatan vertikal, dimana berfokus pada penyakit di negara berkembang yang paling prevalen dan mungkin untuk dikontrol (Rifkin, 2018).

Selain itu, dunia kesehatan global beralih ke konsep neoliberalisme sebagai struktur pembiayaan dominan yang didukung secara kuat oleh laporan Bank Dunia yang berjudul *Investing in Health* (World Bank, 1993). Laporan ini merekomendasikan restrukturisasi sektor kesehatan untuk fokus pada layanan yang efektif dan hemat dengan peran negara yang minimal. Bergerak ke arah yang sama, WHO meluncurkan laporan berjudul *The World Health Report 2000: Health Systems; Improving Performance* (WHO, 2000).

Millennium Development Goals (2000)

Pada tahun yang sama, tujuan pembangunan milenium atau *Millennium Development Goals* (MDGs) diluncurkan. Kebijakan kesehatan global melalui MDGs juga menunjukkan peralihan dari pendekatan komprehensif PHC ke agenda yang lebih berfokus pada penyakit (*vertical diseases-focused*) (WHO, 2000), meski banyak dari tujuan tersebut dapat dicapai melalui penguatan di tingkat PHC.

Determinan Sosial Kesehatan (2000–2008)

Di tahun 2000, laporan *the World Development Report* menekankan kembali pada upaya aleviasi kemiskinan dan meletakkan fokus pada manusia dan determinan sosial (World Bank, 2000). Beberapa tahun kemudian, WHO menunjukkan komitmennya melalui peresmian Komisi Determinan Sosial untuk Kesehatan pada tahun 2005 yang bertujuan menelusuri hubungan antara status kesehatan dengan determinan sosial. Laporan tersebut menemukan bahwa ketimpangan akses pada layanan kesehatan terjadi akibat berbagai aspek sosial dan ekonomi dan berdampak pada status kesehatan. Pada ulang tahun ke-30 Deklarasi Alma-Ata di 2008, WHO juga mempublikasikan *the World Health Report. Primary Health Care; Now More Than Ever* (WHO, 2008a), yang mendorong reformasi yang mencakup (a) cakupan kesehatan semesta untuk memastikan akses kesehatan yang setara, (b) layanan kesehatan untuk memastikan sistem kesehatan yang lebih berfokus pada manusia; (c) kepemimpinan untuk meningkatkan akuntabilitas ke otoritas kesehatan; dan (d) kebijakan publik untuk mempromosikan dan melindungi kesehatan masyarakat.

Cakupan Kesehatan Semesta (2010)

Dalam situasi keterbatasan pembiayaan untuk kesehatan di tengah banyaknya permasalahan kesehatan, pada 2010 WHO mengeluarkan laporan *World Health Report: Health System Financing; The Path to Universal Coverage*, yang menempatkan PHC sebagai komponen penting untuk memastikan semua memiliki akses yang sama untuk layanan kesehatan yang berkualitas tanpa hambatan biaya (WHO, 2010).

Sustainable Development Goals (2015)

Pada tahun 2015, Tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals* (SDGs) menggantikan MDGs, khususnya target 3 yang mencakup target capaian untuk kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara komprehensif. SDGs juga menempatkan UHC sebagai indikator yang harus dicapai oleh negara-negara (United Nations, 2022). Relevansi keberadaan PHC semakin kuat didorong untuk semua negara agar dapat mencapai tujuan-tujuan tersebut.

Deklarasi Astana (2018)

Memperingati 40 tahun upaya PHC dan Deklarasi Alma Ata, Konferensi Global untuk PHC Deklarasi Astana di 2018 bertujuan untuk menekankan kembali fokus negara pada PHC. Hal tersebut untuk memastikan semua dimanapun mendapatkan kesempatan yang sama untuk standar kesehatan tertinggi yang dimungkinkan. Bila Deklarasi Alma Ata masih berfokus pada pembangunan sistem PHC, maka Deklarasi Astana ini mengadopsi lingkup yang lebih luas yang juga mengakui dan menekankan pentingnya komitmen politik untuk PHC dari multi pihak, mulai dari pemerintah, NGO, akademisi, dan organisasi lainnya (Jungo, et al., 2020).

1.3.3 Primary Health Care dan Primary Care

Sejarah dan evolusi konsep PHC tersebut merupakan pembelajaran dan berbagai percobaan yang dilakukan sebagai bentuk penerjemahan dari definisi kesehatan oleh WHO menjadi aksi. PHC telah merubah paradigma kesehatan dari definisi kesehatan yang terbatas pada riset biomedik, penyediaan layanan kesehatan oleh professional dan rumah sakit, juga pusat kesehatan ke fokus yang lebih luas yang mencakup determinan sosial kesehatan (Bhatia and Rifkin, 2013). Meskipun terdapat kritik untuk definisi tersebut yang dianggap kurang memiliki panduan konkrit mengenai bagaimana melakukan implementasi kebijakan tersebut (Rifkin, 2018).

Pada perjalanannya, definisi PHC pun sempat mengalami penyempitan makna, dan untuk beberapa pemangku kepentingan dalam konteks sistem kesehatannya, sepakat untuk definisi yang lebih sempit seperti *Primary Care* (PC).

Kedua terminologi PHC dan PC sering digunakan bergantian, namun tidak jarang juga menyebabkan kebingungan.

Primary Health Care (PHC)

Konsep PHC oleh WHO menekankan pada kebutuhan membentuk PHC dalam kehidupan komunitas dengan partisipasi aktif mereka; bergantung terutama pada sumber daya masyarakat yang tersedia secara efisien; tersedianya pendekatan terpadu pelayanan preventif, kuratif, dan promotif bagi masyarakat dan individu; Intervensi yang paling praktis dilakukan oleh pekerja yang paling terlatih untuk kegiatan ini; sistem rujukan yang terintegrasi; dan agar layanan Puskesmas terintegrasi dengan layanan sektor lain yang terlibat dalam pengembangan masyarakat.

Deklarasi Alma Ata (WHO, 1978) menegaskan PHC memiliki mandat untuk:

1. Merefleksikan dan berevolusi sesuai kebutuhan dan kondisi karakteristik ekonomi, sosiokultural, dan politik di negara dan komunitas tersebut berbasis bukti,
2. Menyediakan layanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif,
3. Mencakup edukasi, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit; suplai air bersih dan sanitasi dasar; kesehatan ibu dan anak, termasuk keluarga berencana; imunisasi untuk penyakit menular; pencegahan dan kontrol penyakit endemik; pengobatan yang sesuai untuk penyakit dasar; dan ketersediaan obat-obatan esensial.
4. Multi sektor, terutama yang terkait dengan kesehatan dan pembangunan masyarakat,
5. Membutuhkan dan mempromosikan kemandirian komunitas dan individu serta partisipasi mereka dalam perencanaan, implementasi dan pengawasan PHC,
6. Keberlanjutannya dijaga melalui sistem rujukan terpadu, fungsional, dan suportif,
7. Bergantung pada tingkat lokal dan rujukan, seperti pada tenaga kesehatan, termasuk dokter, perawat, bidan, jejaring serta kader terlatih yang dapat bekerja sama sebagai tim kesehatan yang secara responsif merespon kebutuhan kesehatan komunitas.

Dalam konteks Indonesia sendiri, definisi yang paling mendekati dengan konsep PHC merupakan definisi puskesmas berdasarkan Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas, yaitu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat¹ (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih

¹ UKM terdiri dari UKM esensial dan UKM pengembangan. UKM esensial terdiri dari pelayanan promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan keluarga, gizi, pencegahan dan pengendalian penyakit; UKM pengembangan merupakan kegiatan inovatif yang disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan di wilayahnya.

mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Payung kebijakan di Indonesia belum memiliki kebijakan yang spesifik.

Primary Care (PC)

Primary care dalam definisinya memiliki cakupan yang lebih sempit dibanding PHC dan cenderung terbatas pada penyediaan layanan tingkat pertama saja. Definisinya sendiri bervariasi tergantung konteks dan situasi yang berbeda di tiap negara. WHO mendefinisikan PC sebagai berikut:

“PC adalah proses kunci dalam sistem kesehatan yang menyediakan layanan promotif, protektif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif untuk masyarakat. PC merupakan model layanan yang mendukung perawatan yang berfokus pada kontak pertama, dapat diakses, berkelanjutan, komprehensif dan terkoordinasi. PC bertujuan untuk mengoptimalkan kesehatan populasi dan mengurangi kesenjangan antar populasi dengan memastikan bahwa subkelompok memiliki akses yang sama ke layanan” (WHO, 2022c).

Dalam konteks Indonesia, PC merupakan pelayanan kesehatan primer (PKP), yang menurut Permenkes No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, merupakan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non-spesialistik (primer), meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Yang termasuk dalam PKP adalah puskesmas, klinik pratama, praktik dokter atau dokter gigi, klinik praktik bidan, beserta jejaringnya (i.e. lab dan apotek, dll).

1.3.4 Hubungan antara *Primary Health Care* dan *Primary Care*

Untuk mengklarifikasi hubungan PHC dengan PC, Komisi Determinan Sosial untuk Kesehatan mencantumkan pernyataan berikut:

Deklarasi Alma Ata mempromosikan PHC sebagai upaya penting menuju kesehatan global yang adil dan baik - bukan hanya layanan kesehatan pada tingkat layanan primer, tapi lebih pada model sistem kesehatan yang juga menysasar penyebab sosial, ekonomi dan politik terkait kesehatan. (Commission on the Social Determinants of Health, 2008, p.33).

Menurut definisi WHO, PC merupakan salah satu komponen penting PHC. PHC merupakan pendekatan masyarakat yang menyeluruh dengan tiga komponen utama: (a) PC dan fungsi kesehatan masyarakat esensial sebagai kunci dari layanan kesehatan terintegrasi; (b) kebijakan dan aksi multisektor; dan (c) pemberdayaan manusia dan komunitas (WHO, 2022c).

Comprehensive PHC (CPHC) vs Selective PHC (SPHC)

Layaknya perdebatan PHC versus PC, perbedaan dalam definisi ini ada pada perbedaan cakupan pandangan, yaitu pendekatan komprehensif mengenai kesehatan dan satunya fokus pada penyampaian layanan kesehatan. Debat mengenai SPHC versus CPHC merupakan tema yang kerap muncul dalam menerjemahkan PHC secara operasional. Konsep *Selective Primary Health Care* (SPHC) berfokus pada penerapan kebijakan untuk penyakit yang memiliki prevalensi dan morbiditas tertinggi, risiko kematian tertinggi, dan kemungkinan pengendalian terbesar dalam hal biaya dan efektivitas intervensi. Konsep ini tidak melihat kesehatan sebagai holistik serta cerminan dalam keadilan dan determinan sosial. Sebaliknya, SPHC berpandangan bahwa kesehatan terbatas pada pemberian layanan kesehatan secara vertikal. Sangat berbeda dengan pendekatan PHC komprehensif (CPHC) yang menekankan pada perbaikan kesehatan, yang mencakup partisipasi masyarakat, kolaborasi lintas sektoral, dan teknologi tepat guna (Rifkin & Walt, 1986).

Perbedaan mendasar antara SPHC dan CPHC dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 1. Perbedaan SPHC dan CPHC

Pendekatan	SPHC	CPHC
Nilai	Efektivitas, efisiensi, cost-effectiveness	Kesetaraan, partisipasi komunitas, kolaborasi intersektor
Konsep	Kesehatan sebagai ketiadaan penyakit	Kesehatan sebagai kesejahteraan
Orientasi dan akuntabilitas	Vertikal, kesehatan bergantung pada manajemen dan dukungan vertikal	Sukses bergantung pada hubungan antara kesehatan dan sektor lain, dukungan komunitas dan pembangunan kapasitas
Cakupan waktu	Jangka pendek, bergantung pada donor dan program	Jangka panjang, bergantung pada populasi dan kesehatan masyarakat

1.4 Konteks global dan *Low Middle-Income Countries*

Dalam beberapa dekade terakhir, kondisi kesehatan negara-negara dalam kelompok *low middle income countries* sudah berubah. Kebutuhan kesehatan meningkat, ekspektasi publik bertambah besar, dan banyak tujuan pembangunan kesehatan baru sehingga tidak lagi mungkin dicukupi dengan upaya dalam lintasan (*trajectory*) saat ini (Kruk, et al., 2010; Kruk, et al., 2018). Lebih luas dari sektor kesehatan, negara-negara di dunia telah berkomitmen mencapai *Sustainable Development Goals* pada tahun 2030 dan kesehatan sentral dalam pencapaian tujuan pembangunan dunia tersebut.

Sistem PHC yang transformatif sekali lagi menjadi jawaban dari pertanyaan tentang *tool* yang bisa mempercepat pencapaian SDGs. Penelitian yang dilakukan oleh Kruk menyebutkan bahwa 8 juta kematian yang terjadi di negara-negara LMICs bersumber dari kualitas buruk dari sistem kesehatan. Pemberi layanan kesehatan juga sering tidak mungkin memberikan layanan dengan kualitas kurang dari setengah dari kualitas yang direkomendasikan. Sebagai contoh, hanya dua dari lima orang ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan diperiksa dalam satu jam setelah melahirkan. Akibat dari kegagalan sistemik ini, kurang dari seperempat populasi LMICs berpendapat mereka mempunyai sistem kesehatan yang bagus. Sementara di negara-negara maju, lima puluh persen populasinya percaya bahwa mereka mempunyai sistem kesehatan yang mumpuni.

Beberapa kajian sistematis menunjukkan manfaat dari PHC yang berfungsi dengan baik untuk dapat meningkatkan kesehatan masyarakat, memperbaiki efisiensi sistem kesehatan, dan ketimpangan akses kesehatan seperti ditunjukkan pada Tabel 2. (WHO, 2018b). Bukti tersebut menunjukkan investasi dan komitmen yang tinggi untuk PHC akan berdampak positif pada berbagai capaian pembangunan kesehatan masyarakat.

Tabel 2. Bukti dari Dampak Positif Penerapan PHC

PHC dapat memperbaiki kualitas kesehatan masyarakat		
Indikator	Temuan	Referensi
Kematian akibat segala penyebab (<i>all-cause</i>) dan kematian dengan penyebab spesifik (<i>cause-specific mortality</i>) (kanker, penyakit jantung, dan stroke)	bukti kuat bahwa suplai dokter layanan primer (atau <i>Primary Care Physicians (PCPs)</i>) akan menurunkan kematian akibat segala penyebab (<i>all-cause</i>) dan penyebab spesifik (<i>cause-specific</i>)	4 systematic review (Harrold, et al., 1999; Engström, et. al., 2001; Machinko, et al., 2007; Gray, et al., 2018)
	bukti kuat bahwa model pelayanan berkelanjutan berkontribusi ke penurunan kematian akibat segala penyebab (<i>all-cause mortality</i>)	1 non systematic review (Starfield, et al., 2005)
Kematian ibu, anak, dan neonatal	Bukti kuat bahwa layanan primer berkaitan dengan penurunan signifikan pada kematian ibu, anak, dan neonatal di LMIC	7 systematic review (Perry, et al., 2017; Machinko, et al., 2009; Black, et al., 2017; Bhutta, et al., 2008; Christopher et al., 2011; Kruk, et al., 2009; Nkonki, et al., 2017)
Peningkatan kesehatan mental (kegelisahan, depresi, bunuh diri)	Bukti kuat bahwa intervensi layanan primer dapat memberikan dampak positif pada ukuran keparahan depresi, kegelisahan, dan bunuh diri	5 systematic review (Conejo-Cerón, et al., 2017; Fernandez, et al., 2015; Smith, et al., 2016; Smith, et al., 2018; Muntingh, et al., 2016) 1 non-systematic review (Dueweke, et al., 2018)

PHC dapat meningkatkan efisiensi layanan		
Indikator	Temuan	Referensi
Total hospitalisasi	Bukti kuat bahwa modal pelayanan berkelanjutan dapat menurunkan total hospitalisasi Beberapa bukti menunjukkan bahwa program manajemen kasus di layanan primer berkaitan dengan reduksi total hospitalisasi (menurunkan beban negara dalam cover biaya kesehatan yang di cover oleh negara)	4 systematic review (Huntley, et l., 2016; Cabana & Jee, 2004; Worrall & Knight, 2006; Sans-Corrales, et al., 2006)

Hospitalisasi yang dihindarkan	Bukti kuat bahwa suplai dokter layanan primer dan akses yang lebih baik pada DLP dapat menurunkan jumlah hospitalisasi	3 systematic review (Wolters, et al., 2017; Rosano, et al., 2013; van Loenen, et al., 2014)
Hospital readmissions	Beberapa bukti menunjukkan program manajemen kasus dan kasus transisional dapat menurunkan hospital readmissions	3 systematic review (Jones, et al., 2016; Joo & Liu, 2017; Verhaegh, et al. 2014)
Kasus kegawatdaruratan	Bukti kuat menunjukkan penurunan akses ke layanan primer berhubungan dengan kenaikan kasus kegawatdaruratan Bukti kuat bahwa layanan berkelanjutan berkaitan dengan penurunan kasus kegawatdaruratan	6 systematic review (Cabana & Jee, 2004; Worrall & Knight, 2006; Huntley, et al., 2017; Caret, et al., 2009; Kirkland, et al., 2018; O'Malley, 2004)
Biaya perawatan kesehatan	Beberapa bukti bahwa suplai DLP, penyedia spesialisasi, keberlanjutan layanan, dan peningkatan akses ke layanan kesehatan dapat menurunkan total biaya kesehatan	5 systematic review (Harrold, et al., 1999; Sans-Corrales, et al., 2006; Kirkland, et al., 2018; Stokes, et al. 2015; Jackson, et al., 2013)

PHC dapat memperbaiki ketimpangan akses ke layanan kesehatan

Indikator	Temuan	Referensi
Akses yang setara	Beberapa bukti menunjukkan bahwa layanan primer dapat meningkatkan kesetaraan akses, terutama untuk kelompok dewasa rentan Bukti internasional lain mengatakan akses ke layanan primer terdistribusi secara merata dibanding akses ke layanan spesialis biasanya lebih memihak kelompok ekonomi atas	2 systematic review (Tao, et al., 2016; Batista, et al., 2018) 4 individual studies (van Doorslaer, et al., 2006; Richard, et al., 2016; Sweeney, & Mulou, 2012; Ferrer, 2007)
Status kesehatan yang setara	Bukti kuat dari USA bahwa layanan primer meningkatkan banyak indikator kesehatan	3 nonsystematic review (Starfield, 2012; Amiri & Gerdtham, 2013; Shi, 2012)

Secara spesifik, dalam situasi negara berpenghasilan menengah (*middle income-*) dan rendah (*low income-*), PHC yang berfungsi baik menunjukkan kontribusinya pada peningkatan akses ke layanan kesehatan, termasuk di antara populasi miskin, pada biaya rendah, perbaikan luaran kesehatan, cakupan layanan, kualitas layanan, layanan yang lebih responsif ke pasien dan komunitas, juga kesetaraan dan efisiensi, penurunan kematian pada anak, dan pada beberapa kasus, disparitas dalam kematian berdasarkan kekayaan (Kruk, 2010).

Meskipun studi yang mengukur efektivitas layanan kesehatan primer masih terbatas akibat tantangan keterbatasan sumber daya dan kapasitas sehingga sulit untuk mengukur dampak melalui *counterfactual*/kontrol, namun beberapa kajian sistematis menunjukkan dampak dari layanan primer pada kesehatan di beberapa negara berkembang (Macinko, Starfield, & Erinosh, 2009; Rohde et al., 2008). Tantangan penerapan PHC juga ada pada keterbatasan jumlah dana yang digunakan untuk kesehatan. Di tahun 2019 contohnya, rerata pengeluaran kesehatan per kapita di negara berpenghasilan tinggi adalah sekitar Rp 42 juta; dan hanya sekitar Rp 586 ribu untuk negara berpenghasilan rendah (WHO, 2019). Perbedaan yang cukup signifikan antar negara, yaitu sebesar 70 kali.

Temuan studi (Kruk, 2010) menunjukkan bahwa mayoritas program PHC di *low-* and *middle-income* selama lebih dari 30 tahun mengalami evolusi dan perkembangan untuk tidak hanya fokus pada layanan kesehatan, namun juga pada program intervensi, termasuk reformasi pembiayaan serta pelibatan komunitas. Lebih lanjut, bukti menunjukkan PHC yang berfungsi dengan baik memberikan dampak positif di negara *low-* and *middle-income* sebagai berikut:

Efektivitas

Banyak negara ekonomi rendah dan menengah telah menempatkan PHC sebagai komponen penting dari sistem kesehatan mereka dan telah berhasil memperluas cakupan dari layanan kuratif, hingga preventif, promotif dan rehabilitatif (REF). Beberapa negara (i.e. Kuba, Iran, Sri Lanka, dan Kerala, India) menunjukkan pentingnya komitmen kuat untuk memberikan akses, dimana perluasan layanan kesehatan primer menghasilkan akses universal ke layanan kesehatan (Kruk, 2010). Di Iran, fasilitas kesehatan tingkat pertama meningkatkan cakupan hingga 85% populasi rural dalam 20 tahun (Nasseri et al., 1991). Di Brazil dalam periode 1994 hingga 2008 melalui PHC berhasil memperluas cakupan layanan untuk lebih dari setengah populasinya, atau sekitar 86 juta orang (MoH of Brazil Department of Primary Care, 2007).

Perbaiki kesehatan

Perbaikan status kesehatan, dan khususnya penurunan pada kematian prematur dan yang dapat dicegah telah terdokumentasikan dalam reformasi besar pada level nasional PHC di Amerika Latin dan Asia. Perbaikan kesehatan terutama pada mortalitas anak dan penyakit infeksius. Di Brazil, kematian bayi dan balita turun hingga 13% seiring dengan peningkatan cakupan layanan kesehatan primer dari 14% ke 60% (Macinko, Guanais, de Fatima & de Souza, 2006). Thailand menurunkan laju kematian anak di bawah lima tahun hingga 32%, dimana separuhnya dianggap karena perluasan agresif layanan kesehatan primer di rural (Vapattanawong et al., 2007). Beberapa negara lain juga melaporkan dampak positif dari berbagai program layanan kesehatan primer, umumnya pada kematian anak di bawah lima tahun (Brockhoff & Derose, 1996; Dugbatey, 1999; Hill, MacLeod, Joof, Gomez, & Walraven, 2000; Magnani et al., 1996; Pence, Nyarko, Phillips, & Debpuur, 2007; Perry, Shanklin, & Schroeder, 2003; Perry et al., 1998; Velema, Alihonou, Gandaho, & Hounye, 1991).

Layanan yang responsif

Studi yang mengukur dimensi responsif pada performa layanan kesehatan di negara berkembang masih terbatas. Satu studi di Haiti menunjukkan bahwa layanan kesehatan tingkat lokal meningkatkan kemudahan, kenyamanan dan kepercayaan diri populasi dalam sistem kesehatan, seperti dalam contoh kasus layanan HIV berbasis komunitas (Farmer et al., 2001; Walton et al., 2004). Pendekatan dokter keluarga di Polandia dan Estonia juga berkaitan dengan level kepuasan pasien yang tinggi (Kalda, Polluste, Maaros, & Lember, 2004; Polluste, Kalda, & Lember, 2000, 2004, 2007).

Penguatan sistem kesehatan

Kasus reformasi PHC di Amerika Latin merupakan gambaran peluang untuk memperluas dan merasionalisasi kesehatan. Penyampaian layanan yang dilakukan hingga daerah pedesaan menunjukkan perluasan jangkauan layanan kesehatan primer. Penguatan PHC secara keseluruhan memerlukan pengembangan kapasitas dalam bidang perencanaan, penganggaran, dan manajemen di tingkat nasional dan subnasional, yang mungkin bermanfaat bagi keseluruhan sistem pelayanan kesehatan (Frenk, Gonzalez-Pier, Gomez-Dantes, Lezana, & Knaul, 2006; Gakidou et al., 2006).

Kesetaraan

Ketimpangan akses untuk mencapai layanan kesehatan dasar yang berkualitas berdampak pada status kesehatan yang buruk antar kelompok sosial dan ekonomi. Di Kerala, keterbatasan fasilitas dan tenaga kesehatan terlatih di daerah pedesaan mendorong orang miskin untuk beralih dari perawatan primer yang didanai publik ke perawatan kesehatan

swasta dengan biaya yang jauh lebih tinggi (Nair, 2004). Pada contoh Kosta Rika dan Brasil yang memilih daerah yang kurang beruntung secara ekonomi, implementasi inisiatif PHC berhasil mengurangi kesenjangan dalam akses ke layanan antara kaya dan miskin (Rosero-Bixby, 2004). Serupa dengan Iran, Amerika Latin, dan Sri Lanka yang berfokus pada daerah pedesaan untuk mengurangi ketidakadilan akses ke layanan kesehatan. Thailand juga secara eksplisit memfokuskan upaya perawatan primernya di daerah pedesaan, misalnya, melalui penambahan jumlah pasokan dokter umum ke pedesaan, menyediakan asuransi kesehatan pedesaan, dan memperluas klinik pedesaan. Pendekatan tersebut terbukti menurunkan kematian relatif di antara anak-anak termiskin lebih cepat daripada di antara anak-anak terkaya dan ketimpangan angka kematian berdasarkan pendapatan miskin-kaya menurun lebih dari setengahnya antara tahun 1990 dan 2000 (Vapattanawong et al., 2007).

Proteksi finansial

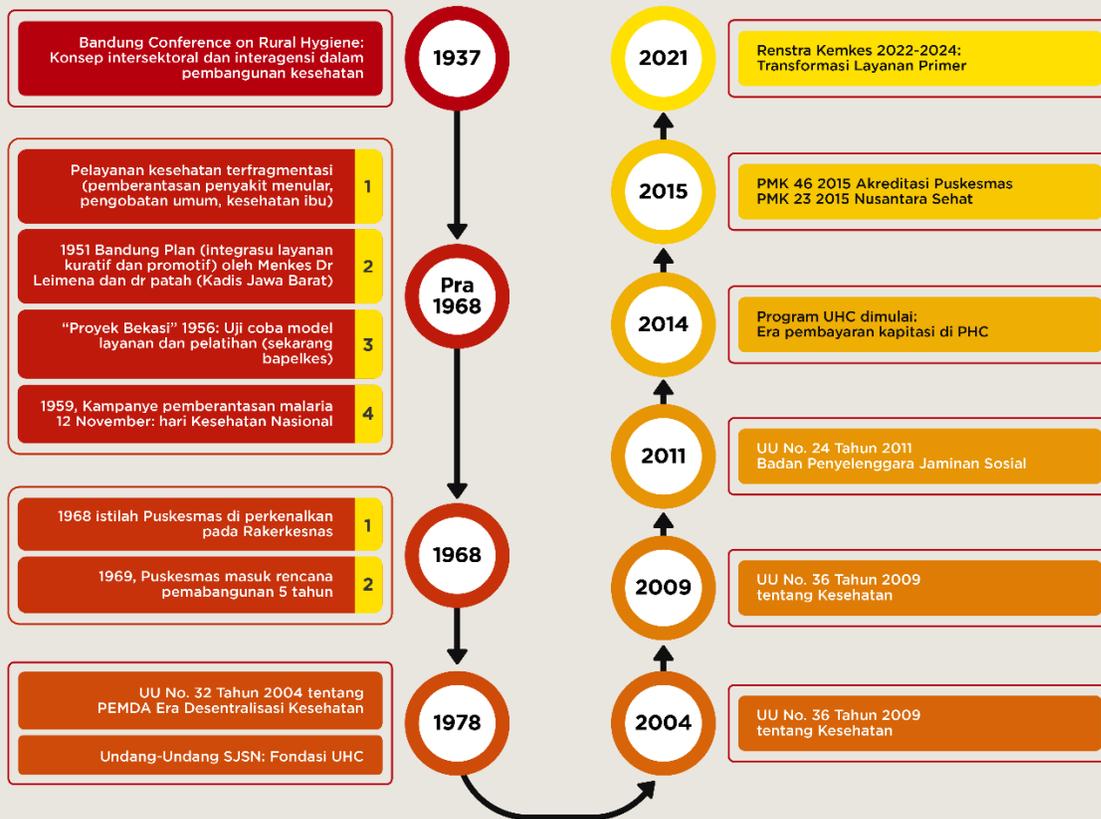
Pembiayaan menjadi komponen penting untuk memastikan tersedianya layanan kesehatan primer yang terjangkau dan berkualitas. Pembiayaan yang adil dan memadai sangat penting untuk melindungi individu dan masyarakat dari hambatan biaya untuk mengakses kebutuhan layanan esensial. Dalam banyak kasus, hambatan biaya untuk pengobatan di daerah pedesaan meningkatkan biaya *out-of-pocket* pada kelompok ekonomi bawah yang terpaksa menggunakan penyedia swasta/berbayar atau melakukan perjalanan lebih jauh untuk mendapatkan perawatan kesehatan yang berkualitas (Varatharajan, Thankappan, & Jayapalan, 2004; Withanachchi & Uchida, 2006).

Efisiensi

Studi yang mengukur efisiensi biaya layanan cenderung berasal dari negara berpenghasilan menengah daripada berpenghasilan rendah. Studi di Brazil menunjukkan kisaran biaya untuk Program Kesehatan Keluarga (Family Health Program) diperkirakan menelan biaya hanya sekitar Rp 420 ribu per kapita di wilayah yang dicakup. Penggunaan tenaga kesehatan non dokter juga berkaitan dengan kebutuhan pelatihan dan biaya yang lebih rendah dibanding penggunaan dokter di Afrika (Dovlo, 2004). Komisi Makroekonomi dan Kesehatan menghitung bahwa dibutuhkan biaya sebesar Rp 500 ribu - 570 ribu per kapita untuk menyediakan berbagai kebutuhan esensial layanan kesehatan (WHO, 2001). Dengan besaran angka tersebut pun, masih banyak masyarakat di negara berpenghasilan menengah ke bawah yang tidak dapat menjangkau layanan kesehatan dasar.

1.5 Konteks Indonesia

Bagan 2. Perjalanan Kebijakan PHC di Indonesia



Dalam konteks Indonesia, Sistem Kesehatan Nasional tidak mengalami evolusi yang berarti hingga terbitnya UU Jaminan Kesehatan Nasional yang kemudian diikuti dengan UU No 24/2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Disayangkan bahwa UU ini terbit tanpa diikuti penyesuaian dalam UU Kesehatan. Akibatnya operasionalisasi UU BPJS dilakukan tanpa perbaikan regulasi nasional pada sistem kesehatan nasional dan secara khusus tanpa perbaikan pada layanan kesehatan primer. Padahal, pada tahun 2014 terbit UU Pemerintahan Daerah yang mengatur peran, tugas dan tanggung pemerintah pusat dan daerah yang mengatur tentang desentralisasi. Tiadanya UU Sistem Kesehatan Nasional membuat tiadanya juga UU Sistem Kesehatan Daerah. *Gap* pada regulasi ini ikut mempengaruhi kondisi PHC Indonesia yang tidak kunjung berhasil untuk bertransformasi, walaupun dalam situasi bernegara yang aman dan dengan peningkatan inkremental pada alokasi anggaran negara untuk sektor kesehatan. Berdasarkan National Health Account 2019, *health expenditure* masih sangat rendah yaitu 3,8% dari GDP. Akibatnya, dengan pembagian anggaran pada kepentingan kesehatan lain, alokasi anggaran untuk PHC amat kecil (0,05% dari GDP).

Dalam diskursus publik, perbincangan mengenai isu layanan kesehatan primer seringkali terbatas pada peristiwa-peristiwa di sisi operasionalnya saja. Sedangkan isu-isu mengenai hal yang lebih substantif dan soal kebijakan hanya menjadi diskursus tertentu di antara para pemangku kebijakan. Kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai kebijakan kesehatan yang ada, menjadi salah satu alasan isu yang ada di dalam layanan kesehatan khususnya kesehatan primer menjadi tidak terdefiniskan dengan baik oleh berbagai kalangan. Lain halnya dengan isu JKN, baik di media berita maupun sosial media. Jaminan kesehatan nasional ini begitu dekat dan sering dibahas oleh khalayak umum. Kebermanfaatannya terdefinisi dengan jelas dan praktis pada tatanan masyarakat sekalipun. Sehingga memudahkan para pemangku kebijakan dan peneliti mengakses *feedback* atau masalah yang tergambar di masyarakat.

Dapat dikatakan bahwa belum adanya pembicaraan publik mengenai layanan kesehatan primer pada level kebijakan artinya tidak pernah ada upaya *demand generation* publik. Padahal puskesmas sebagai ujung tombak layanan kesehatan primer bila dilakukan transformasi dengan tata kelola yang baik, fungsi-fungsinya sebagai *primary care and essential public health function* akan dapat diutilisasi oleh masyarakat dengan optimal. Puskesmas dipandang sebagai urusan kelas menengah kebawah dimana kebijakan pemerintah pusat maupun daerah lebih condong untuk mendukung rumah sakit. Khusus untuk pemerintah daerah, kebijakan yang mengutamakan rumah sakit terjadi karena berhubungan dengan pendapatan asli daerahnya.

Hospital centric ini menjadi semakin mendalam dengan beredarnya wacana penambahan rumah sakit internasional dengan didasari pengeluaran masyarakat yang mencapai puluhan triliun apabila di total hanya untuk mengakses layanan kesehatan di luar negeri.



Bab 2

Metodologi *Foresight* untuk Kebijakan Transformasi Layanan Kesehatan Primer



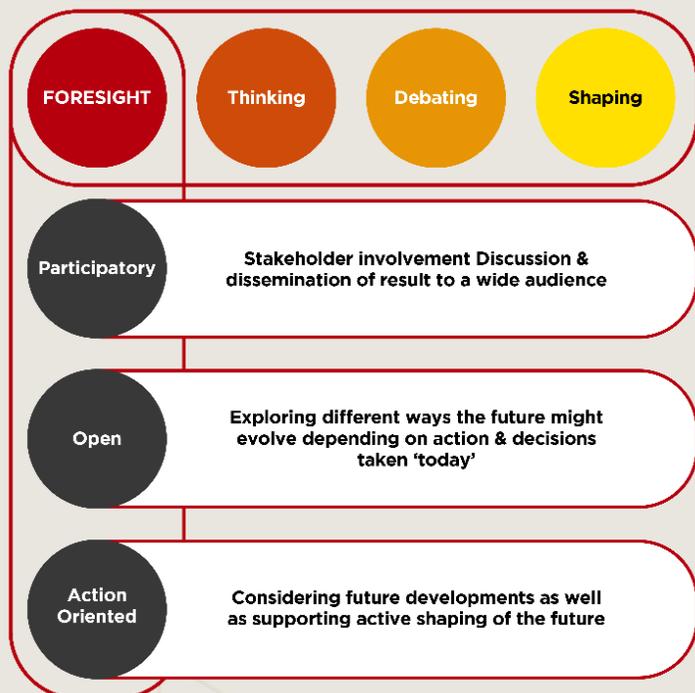
*Oh that we might have the wisdom to stop,
lean down and pick up the scattering of things
that we've so thoughtlessly discarded along the way.
For if we were to do so, we would suddenly find ourselves
holding the very treasures that we'd been looking for all along.*

— Craig D. Lounsbrough

2.1 Apa itu Foresight?

Foresight digunakan oleh *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD) sebagai alat untuk melakukan perencanaan jangka panjang. *Foresight* dapat membantu pemerintah dalam pembuatan kebijakan, sehingga kebijakan yang dihasilkan dapat antisipatif terhadap perubahan-perubahan yang mungkin terjadi. Selain itu, *foresight* juga mendorong adanya inovasi kebijakan yang membuka opsi/kemungkinan untuk melakukan percobaan melalui dan dengan pendekatan inovatif (OECD, 2019).

Sangat penting untuk membedakan antara *Foresight* (pandangan ke depan) dan *Forecast* (ramalan, prediksi, atau prognosis masa depan). *Foresight* lebih kepada proses daripada teknik. *Foresight* tidak ditujukan untuk memprediksi dengan pasti apa yang akan terjadi di masa depan. *Foresight* memandu proses berpikir, berdebat, dan membentuk masa depan dengan cara yang partisipatif, terbuka, dan berorientasi pada tindakan, dengan mendefinisikan dan memenuhi visi jangka panjang bersama dan kondisi masa depan yang diinginkan. Berbeda dengan *forecast*, *foresight* tidak ditujukan untuk 'mendapatkan masa



depan yang benar', tetapi untuk memperluas dan membingkai ulang berbagai perkembangan yang masuk akal yang perlu dipertimbangkan.

Foresight menyatukan agen-agen kunci perubahan dan berbagai sumber pengetahuan untuk mengembangkan visi strategis dan antisipasi. Dengan menekankan jaringan dan partisipasi pemangku kepentingan selama proses pengembangan visi dan pembuatan kebijakan yang berorientasi masa depan, *Foresight* dapat dilakukan secara efektif untuk menginformasikan pembuatan kebijakan, membangun jaringan, dan meningkatkan kemampuan untuk mengatasi masalah jangka panjang.

Foresight dapat memiliki fungsi yang berbeda yang mendukung pembuatan kebijakan, seperti (Da Costa et al., 2008) :

- **Menginformasikan kebijakan:** menghasilkan wawasan tentang dinamika perubahan, tantangan dan pilihan masa depan;
- **Memfasilitasi implementasi kebijakan:** meningkatkan kapasitas untuk berubah dalam bidang kebijakan tertentu dengan membangun kesadaran bersama tentang tantangan saat ini dan masa depan seperti membangun jaringan dan visi baru antar pemangku kepentingan;
- **Menanamkan partisipasi** dalam pembuatan kebijakan dan dengan demikian meningkatkan transparansi dan legitimasi;
- **Mendukung definisi kebijakan:** bersama-sama menerjemahkan hasil dari proses kolektif menjadi pilihan spesifik untuk definisi dan implementasi kebijakan;
- **Mengkongfigurasi ulang** sistem kebijakan untuk mengatasi tantangan jangka panjang;
- **Memiliki fungsi simbolik:** menunjukkan kepada publik bahwa kebijakan didasarkan pada informasi yang rasional.

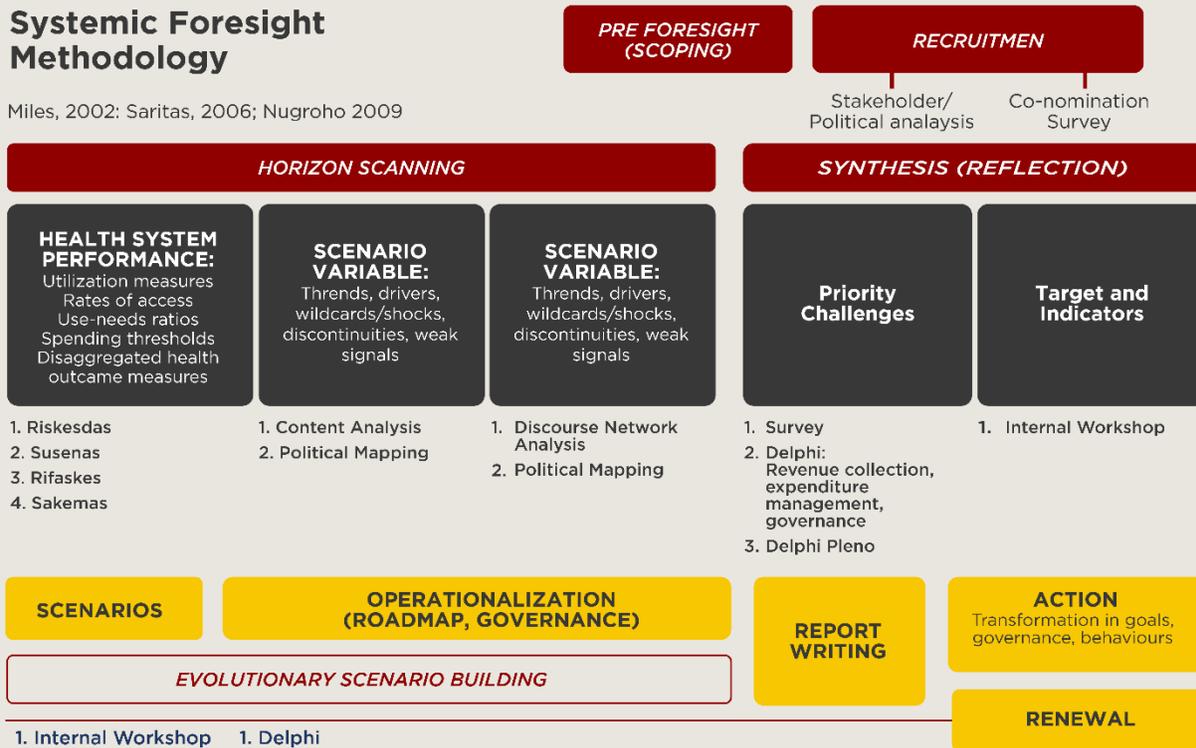
2.2 Metodologi *Foresight*

Foresight bergantung pada serangkaian pendekatan berwawasan ke depan yang bertujuan untuk membantu para pembuat keputusan mengeksplorasi dan mengantisipasi secara partisipatif apa yang mungkin terjadi, dan bersiap untuk berbagai kemungkinan masa depan, mempengaruhi dan membentuknya. *Foresight* biasanya dilakukan diskusi yang sistematis, partisipatif, dan proses menyusun visi jangka menengah ke jangka panjang untuk membuka kemungkinan alternatif yang terjadi di masa depan. *Foresight* membedakan metode dan alat yang berbeda untuk mempertimbangkan kemungkinan perkembangan yang terjadi di masa depan yang berbeda dan integrasinya ke dalam pengambilan keputusan saat ini, dengan berpikir, berdebat dan membentuk masa depan (JRC, 2011).

Laporan ini menggunakan lima fase berurutan Miles (2002) untuk memandu jalannya proses *foresight*. Terdiri dari *pre-foresight (scoping)*, *recruitment (or participation)*, *generation*, *action* dan *renewal*. Gambar XX di bawah menggambarkan lima fase *foresight* dan kegiatan yang terlibat dalam setiap fase. Fase-fase tersebut akan dijelaskan singkat dalam paragraf berikut.

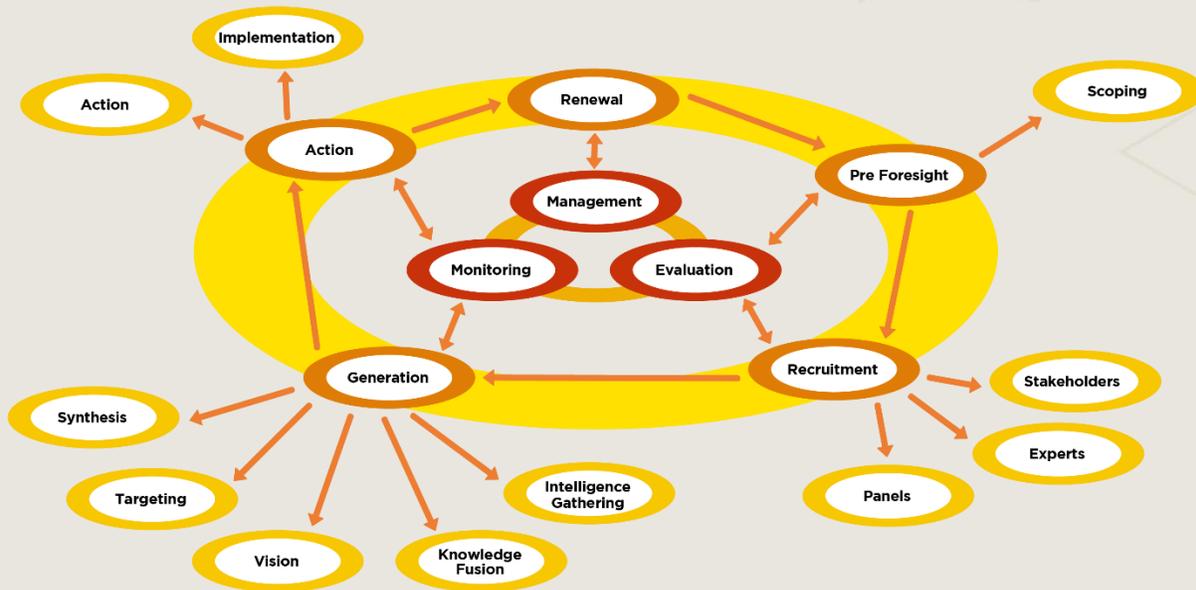
Systemic Foresight Methodology

Miles, 2002; Saritas, 2006; Nugroho 2009



Bagan 3. Metodologi riset yang digunakan

Secara teoretik ada lima tahap proses *mem-Foresight* (Miles, 2002), yakni (i) *pre-Foresight*, (ii) *rekrutmen para pihak (recruitment)*, (iii) *pelaksanaan Foresighting (generation)*, (iv) *melakukan tindakan berdasar Foresighting (action)*, dan (v) *mengevaluasi dan memperbaharui siklus (renewal)*. Proses ini adalah proses standar dan sudah menjadi dipraktikkan di banyak konteks, baik negara berkembang maupun negara maju (Georghiou et al., 2008). Selain melakukan tahapan sesuai metodologi, proses *foresighting* yang diaplikasikan pada kajian ini didesain untuk meletakkan pendalaman lebih pada masukan narasumber ahli baik melalui Delphi maupun pada proses menggali keterkaitan isu dalam diskusi tematik Sosial, Teknologi, Ekonomi, Lingkungan, Politik, dan Nilai.



Gambar 1. Proses Foresight (Miles, 2002)

Pre-foresight (scoping)

Proses dimulai dengan fase *pre-foresight*, yang melibatkan serangkaian kegiatan *scoping* yang mencakup pengambilan keputusan mengenai alasan-alasan dan tujuan *foresight*, tim peneliti yang akan dilibatkan, dan metodologi yang akan digunakan.

Recruitment (participation)

Kajian ini mengumpulkan agen-agen perubahan (pengambil keputusan, bisnis, dan masyarakat sipil) dan sumber-sumber pengetahuan (formal dan informal) untuk mengembangkan visi strategis dan antisipasi masa depan. Kami menggunakan *stakeholder analysis* untuk mengidentifikasi pembuat kebijakan. Kami melakukan *brainstorming* dan melakukan *co-nomination survey* untuk menjangkau para ahli yang memahami keterkaitan antara masalah layanan kesehatan primer dan keahlian di bidang mereka masing-masing.

Generation

Pada fase ini informasi yang telah tersedia dikumpulkan (pemindaian cakrawala/ *horizon scanning*) dan pengetahuan baru disintesis untuk membentuk visi masa depan dan rencana aksinya.

Pemindaian cakrawala (*horizon scanning*) adalah teknik untuk mencari tanda-tanda peringatan dini seputar perubahan kebijakan dan strategi. Kombinasi dari penelusuran literatur, percakapan twitter dan pemberian media berita online, serta teknik Delphi digunakan untuk mengumpulkan khasanah keilmuan dan pendapat dari berbagai pemangku kepentingan tentang strategi masalah yang perlu ditangani dalam bidang kebijakan layanan kesehatan primer dan untuk menyoroti kesepakatan atau konflik yang berkaitan. Secara khusus, para pemangku kepentingan diminta untuk mengidentifikasi variabel skenario: kecenderungan (*trends*), penggerak perubahan (*drivers*), *wild cards*, *weak signals*, dan diskontinuitas, yang mungkin muncul, menghilang atau berubah dan sehingga mempengaruhi dan membentuk masa depan (waktu kejadian yang diharapkan adalah 2024).

Selama proses ini, penting untuk melihat di luar lingkungan kebijakan saat ini ketika sedang mengidentifikasi faktor pendorong perubahan. Banyak dari faktor pendorong akan membentuk pengembangan layanan kesehatan primer yang akan muncul dari luar wilayah kebijakannya: pergeseran dalam bidang sosial, teknologi, ekonomi, faktor politik dan nilai (disingkat menjadi akronim *STEEP*V).

Karena itu, panel ahli *STEEP*V juga diminta untuk mengidentifikasi isu-isu strategis yang berkaitan dengan *STEEP*V. Kami meminta panel untuk mengurutkan setiap isu sesuai dengan kepentingannya untuk menentukan keberlanjutan layanan kesehatan primer dan seberapa mendesak hal tersebut memerlukan intervensi kebijakan.

Action

Tujuan keseluruhan dari tinjauan ke masa depan adalah untuk memberikan masukan yang berharga ke dalam strategi dan perencanaan kebijakan, sementara juga memobilisasi tindakan strategis secara kolektif. Langkah ini melibatkan pencarian cara alternatif lingkungan eksternal yang mungkin bisa berkembang di masa depan, mengingat bagaimana masing-masing aktor mungkin berperilaku berbeda, dan mengidentifikasi syarat utama dari kebijakan dalam kondisi yang berbeda. Perencanaan skenario membantu pembuat kebijakan

mengantisipasi bagaimana masa depan mungkin berbeda, mulai hari ini, dan bagaimana mengembangkan kebijakan yang tangguh di berbagai kemungkinan masa depan.

Proses menyusun visi kemudian digunakan untuk memperjelas harapan, membangun tujuan dan sasaran bersama untuk layanan kesehatan primer, menyoroti apa yang penting dalam jangka pendek dan apa yang bisa “ditunda”, serta mengidentifikasi skala perubahan yang diperlukan untuk berhasil mencapainya. Ketika para ahli menjelaskan visi mereka, kami mendorong mereka untuk menjadi aspiratif dan tidak terbelenggu oleh realitas masa kini. Maksud di balik desain ini adalah untuk membantu menghilangkan hambatan praktis, kebijakan atau kungkungan struktur yang mungkin menghalangi mereka berpikir. Bahaya potensial dari proses mendorong cara berpikir ini adalah kelompok diskusi mendorong percakapan ke dalam wilayah yang tidak realistis atau tidak praktis. Saat itu terjadi, kami akan mengingatkannya untuk kembali ke realitas saat ini dan memungkinkan para ahli yang lain untuk mengoreksi. Kami berpendapat bahwa ada lebih banyak manfaat dalam membangun visi yang ambisius – bahkan tidak realistis – dan kemudian menyesuaikannya daripada menjadi terlalu berhati-hati dan tidak memberikan aspirasi untuk keberhasilan masa depan.

Evaluation and Renewal

Evaluasi adalah cara mengumpulkan informasi secara sistematis tentang pencapaian kegiatan, yang dapat digunakan untuk tujuan lain seperti sosialisasi dan pembaharuan (*renewal*) kegiatan. Informasi ini adalah berguna bagi mereka yang berpartisipasi dalam kegiatan *foresight*. Evaluasi memberikan kesempatan yang baik bagi peserta yang terlibat untuk mengungkapkan pandangan mereka tentang apa yang berhasil dan apa yang belum berhasil. Setelah evaluasi, *renewal* pada *foresight* adalah langkah penting yang bertujuan untuk menciptakan budaya *foresight*, dimana *foresight* (tinjauan masa depan) dapat terus digunakan sebagai alat pembuat kebijakan dan strategi (Saritas, 2009).

2.3 Mengapa melakukan foresight untuk Layanan Kesehatan Primer?

Respons pandemi, karena kebutuhan, didominasi oleh kecenderungan menjadi “pemadam kebakaran”. Manajemen kedaruratan kesehatan masyarakat umumnya berfokus pada penerapan standar organisasi dan program serta sistem untuk manajemen insiden akut. Namun, pandemi seperti COVID-19 bukanlah peristiwa akut. Di luar guncangan langsung terhadap sistem kesehatan dan kesehatan, pandemi pasti akan memiliki konsekuensi jangka panjang pada lanskap sosial, teknologi, ekonomi, lingkungan dan politik negara, serta dampak

tidak langsung pada sistem kesehatan. Lanskap ini akan mempengaruhi kerentanan negara, dan populasi tertentu di dalam negara, terhadap efek jangka pendek dan jangka panjang dari pandemi. Negara yang berbeda akan menggunakan strategi yang berbeda, menghasilkan masa depan yang berbeda, dan belum dapat diprediksi.

Bagi Indonesia, pandemi dapat berakibat runtuhnya sistem kesehatan atau, sebaliknya, dapat menjadi katalis untuk mereformasi sistem kesehatan. Mempertimbangkan kebutuhan untuk bersiap menghadapi skenario terburuk dan secara proaktif membangun ke arah yang lebih disukai, Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia bekerja sama dengan Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives untuk menerapkan pendekatan multi-disiplin untuk membayangkan kemungkinan masa depan dan menginformasikan tanggapan strategis terhadap perubahan-perubahan struktural yang diakibatkan oleh pandemi.

Secara khusus, reformasi layanan kesehatan primer dipilih karena layanan kesehatan primer yang berkinerja tinggi adalah yang paling strategis untuk mengelola tekanan yang akan datang pada sistem kesehatan di dunia pasca-COVID. Di sisi lain, diskursus publik mengenai pelayanan kesehatan primer masih terbatas sehingga isu penguatannya tak dipahami dengan baik oleh berbagai kalangan. Wacana yang ada selama ini kerap terbatas pada sisi operasionalnya saja. Sedangkan, pembicaraan terkait substansi dan kebijakan hanya menjadi percakapan sebagian kecil pemangku kepentingan saja. Padahal, jika puskesmas sebagai ujung tombak layanan kesehatan primer ditransformasi tata kelolanya dan kesadaran akan peran pentingnya meningkat, posisinya sebagai penyedia *primary care and essential public health function* akan terpenuhi secara optimal.

Melalui kajian berjudul **Menata Masa Depan Layanan Kesehatan Primer Indonesia**, AIPI dan CISDI, melakukan *horizon scanning*, menampung masukan dari puluhan narasumber ahli di bidang kesehatan maupun non-kesehatan, dan mensintesakan beragam kondisi aktual pelayanan kesehatan primer di Indonesia secara strategis, inklusif, dan holistik dengan menggunakan metode *foresight*. Kami meneliti dimensi sosial, teknologi, ekonomi, lingkungan, politik, dan nilai yang melingkupi pelayanan kesehatan primer. Dari kajian mendalam ini diketahui beragam tantangan untuk menguatkan posisi pelayanan kesehatan primer dalam sistem kesehatan Indonesia.

Ada beberapa pertanyaan besar yang kami coba jawab, seperti: apa yang perlu dibenahi dari upaya penguatan pelayanan kesehatan primer di Indonesia; kebijakan apa yang dibutuhkan; komitmen apa yang harus ada tiap tingkat pemerintahan; siapa aktor-aktor yang

perlu terlibat dalam upaya tersebut; dan bagaimana upaya penguatan pelayanan kesehatan primer bisa memberi dampak optimal terhadap sistem kesehatan di Indonesia.

Ketiga hal diatas, sebagai sebuah kesatuan, akan menjadi pokok-pokok tantangan masa depan yang harus dihadapi dan ditangani Pemerintah lewat kebijakan dan praktik/eksekusi Layanan Kesehatan Primer. Jika terlaksana secara cermat dan memadai, ini akan menjadi salah satu kontribusi atau masukan paling strategis dari AIPI dan CISDI, baik kepada Pemerintah saat ini maupun kepada Pemerintah yang akan datang.



Bab 3

Pemindaian Cakrawala (*Horizon Scanning*)



*No one knows the future,
but the present offers clues and hints
on its direction.*

— **Innocent Mwatsikesimbe, Mirror**

Tahap pertama yang paling krusial dalam foresight adalah pemindaian cakrawala dinamika sosial (*horizon scanning*). Tahap ini bertujuan untuk memetakan seluas mungkin kejadian (*events*) dan kecenderungan (*trends*) yang secara signifikan mewarnai implementasi kebijakan layanan kesehatan primer di Indonesia. Identifikasi ini menjadi kunci untuk memahami tantangan penyelenggaraan layanan kesehatan primer yang pernah atau sedang dihadapi oleh pemerintah Indonesia. Identifikasi ini juga menjadi cara untuk mendeteksi tanda-tanda awal perkembangan yang berpotensi menjadi ancaman bagi atau peluang untuk mereformasi layanan kesehatan primer di Indonesia.

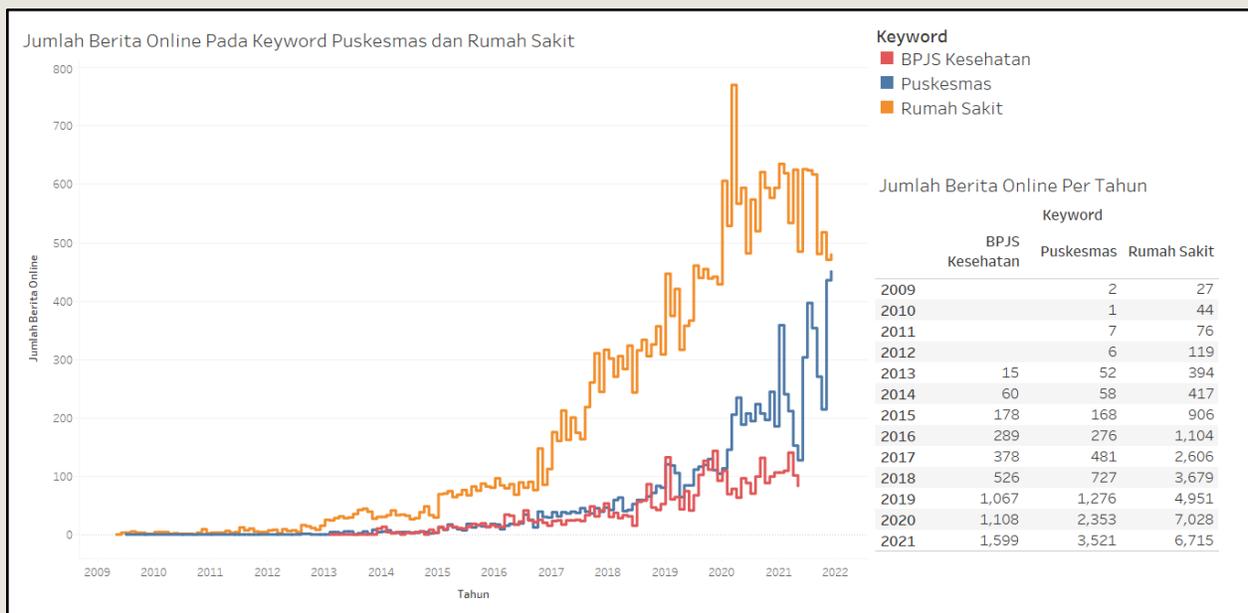
Informasi untuk pemindaian cakrawala dapat berasal dari sejumlah sumber ‘tradisional’ (publikasi ilmiah, data kuantitatif atau kolom opini), maupun yang lebih ‘kekinian’ seperti berita dan media sosial. Kajian ini sengaja memindai cakrawala dengan sumber informasi berita dan media sosial karena tiga alasan. Pertama, ditambah laju perkembangan media *online* dan media sosial di Indonesia pada periode pemantauan 2009–2021, menjadikannya sumber yang otentik dan tertulis untuk pemindaian cakrawala. Kedua, keduanya dapat sekaligus menjadi alat untuk memahami bagaimana pemangku kepentingan dan publik terlibat pada diskusi seputar isu-isu pelayanan kesehatan primer. Ketiga, terlepas dari kenyataan bahwa pengguna media ini masih didominasi oleh masyarakat perkotaan, substansi berita maupun percakapan media ini dapat diandalkan untuk menangkap *demand* publik dan melengkapi pendapat para ahli yang didapatkan dengan teknik Delphi.

3.1 Media Online

Media online dalam beberapa tahun terakhir menjadi kepanjangan tangan media konvensional cetak dan audio-visual di Indonesia. Media online adalah “institusi/sekelompok pihak” yang melakukan pemberitaan yang dipublikasikan melalui internet secara rutin. Saat ini hampir seluruh media (baik surat kabar, radio, maupun TV) di Indonesia mempunyai versi online mereka. Analisis dilakukan terhadap 740 media online

dengan total arsip elektronik sebanyak 46.766 artikel yang memuat kata kunci 'puskesmas', 'klinik' dan 'FKTP' dalam rentang waktu 2009–2021. Untuk membandingkan luasan cakrawala percakapan, kajian ini juga memindai kata kunci 'rumah sakit' dan 'BPJS Kesehatan'.

Gambar 4 di bawah menunjukkan bahwa, tren percakapan dan pemberitaan naik seiring dengan pertumbuhan outlet media online di Indonesia. Media online memberikan porsi pemberitaan yang tiga kali lipat lebih banyak dari layanan kesehatan primer. Hal ini mengindikasikan perbedaan mencolok atas *news value* kedua isu tersebut. Tren pemberitaan mengenai rumah sakit naik lebih cepat dibandingkan berita tentang layanan kesehatan primer selama periode pandemi COVID-19 di Indonesia, naik turun seiring gelombang infeksi SARS-CoV-2.

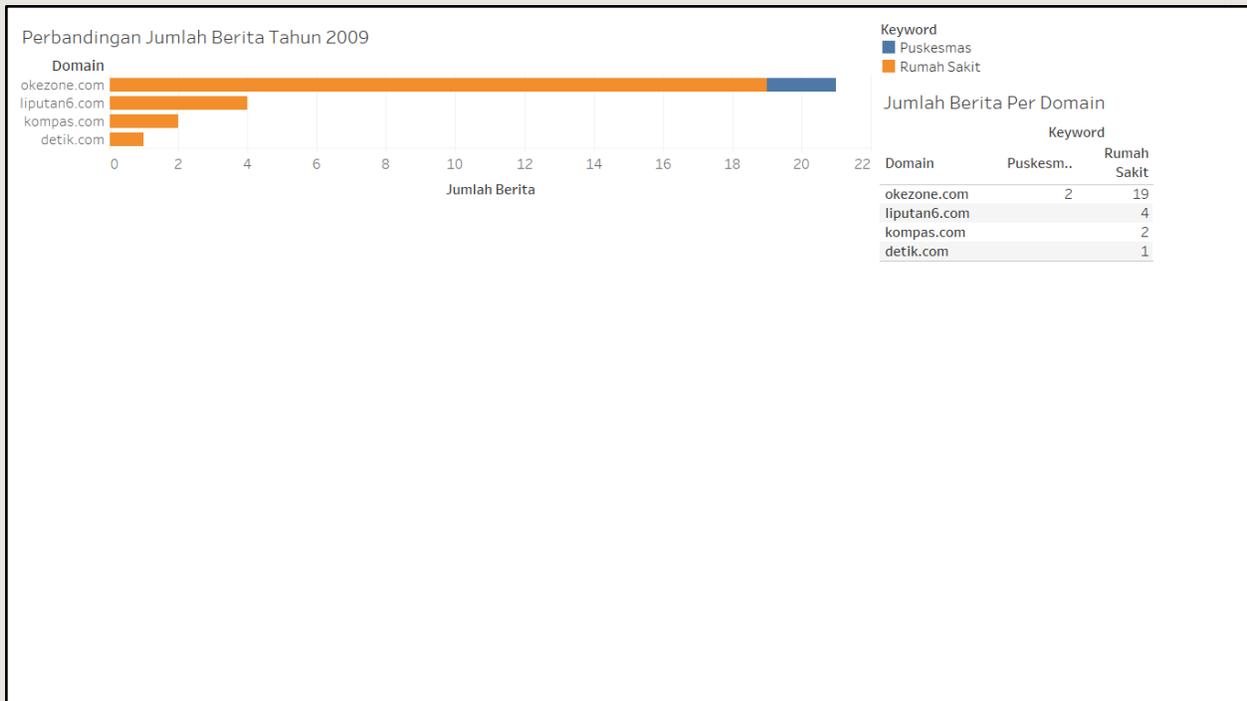


Gambar 2. Jumlah pemberitaan media online dengan keyword layanan kesehatan primer, rumah sakit dan BPJS Kesehatan

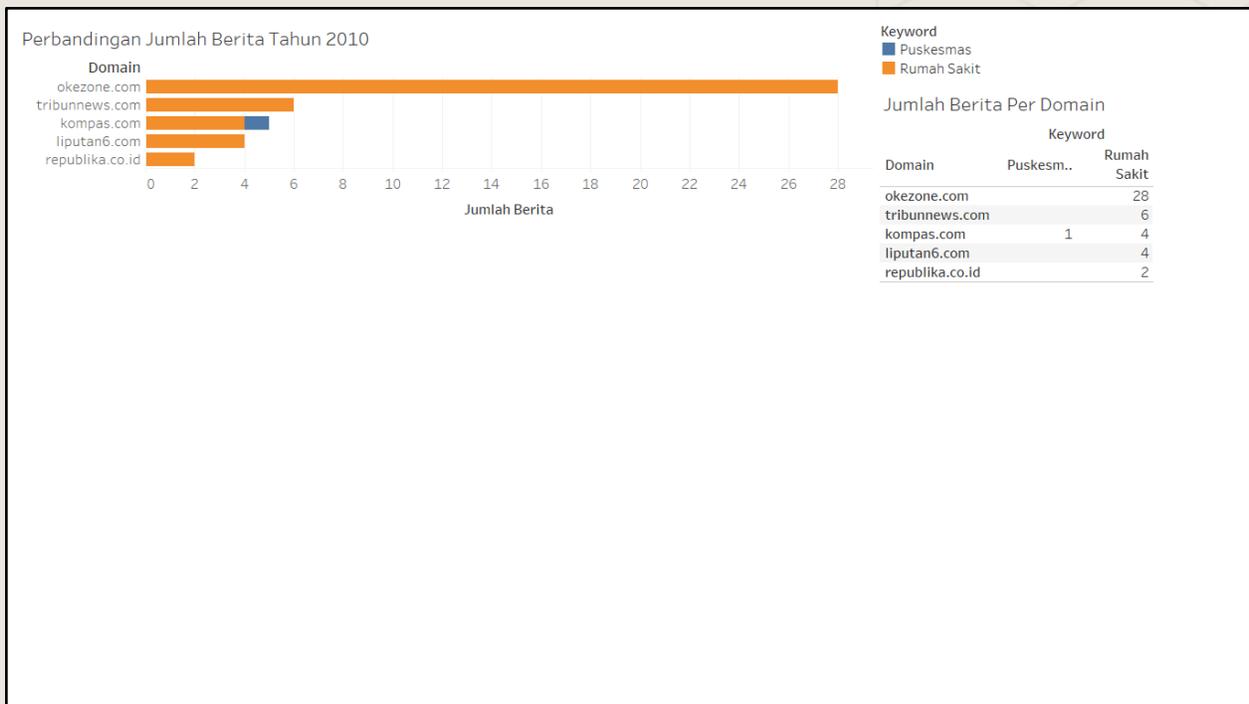
Kajian ini melihat lebih dekat dengan membandingkan antara hasil pemindaian di tahun-tahun politik (2009 dan 2014) dan sepanjang masa pandemi COVID-19 (2020 dan 2021).

Dengan memfokuskan kajian pada tahun-tahun tersebut, kajian ini tidak hanya membandingkan perkembangan topik pemberitaan di masa awal-akhir periode kajian, tetapi juga mengambil periode dimana pembicaraan mengenai topik kesehatan diasumsikan meningkat karena debat politik dan pandemi. Dengan demikian, diharapkan kecenderungan yang diidentifikasi dan dipetakan bisa lebih kaya.

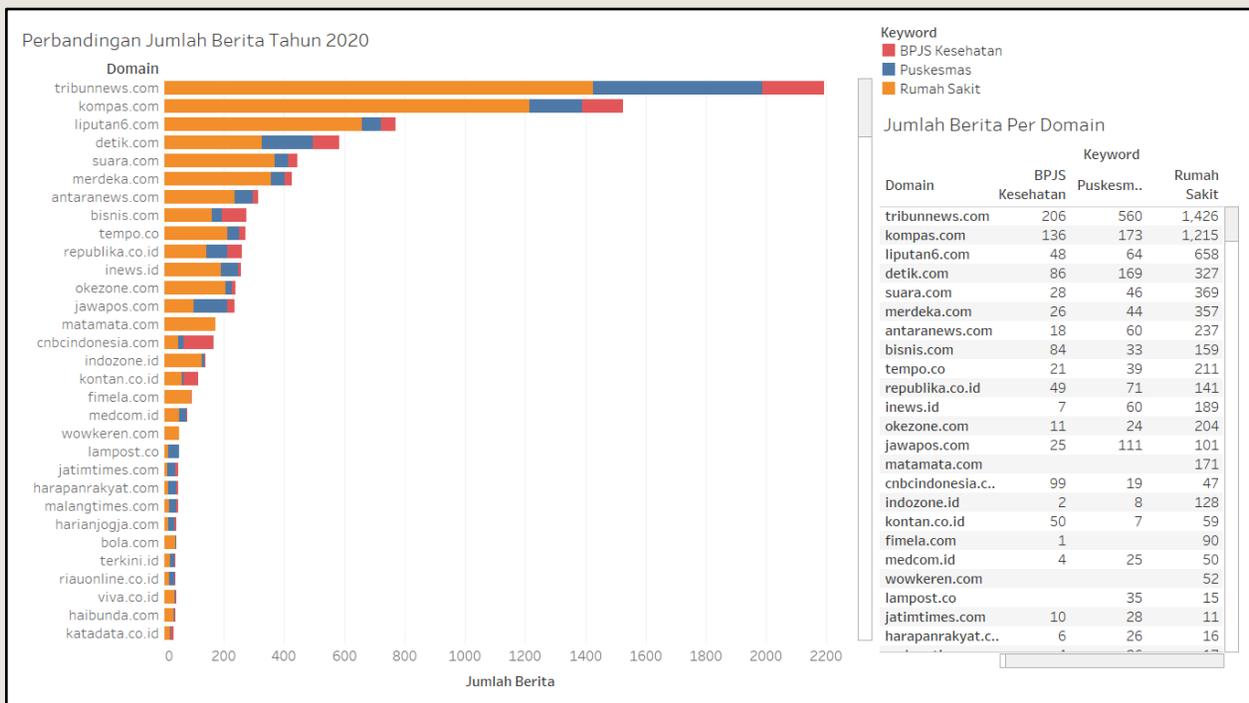
Pada tahun 2009 pemberitaan mengenai 'puskesmas', 'klinik', 'FKTP' dan 'rumah sakit' sangat terbatas, lalu naik signifikan pada tahun 2014. Hal ini bisa jadi dipengaruhi oleh fokus pemberitaan media massa di tahun 2009 dampak puncak krisis ekonomi global di triwulan IV 2008 di dalam negeri. *Driver* utama kenaikan pemberitaan media massa pada tahun 2014 adalah pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.



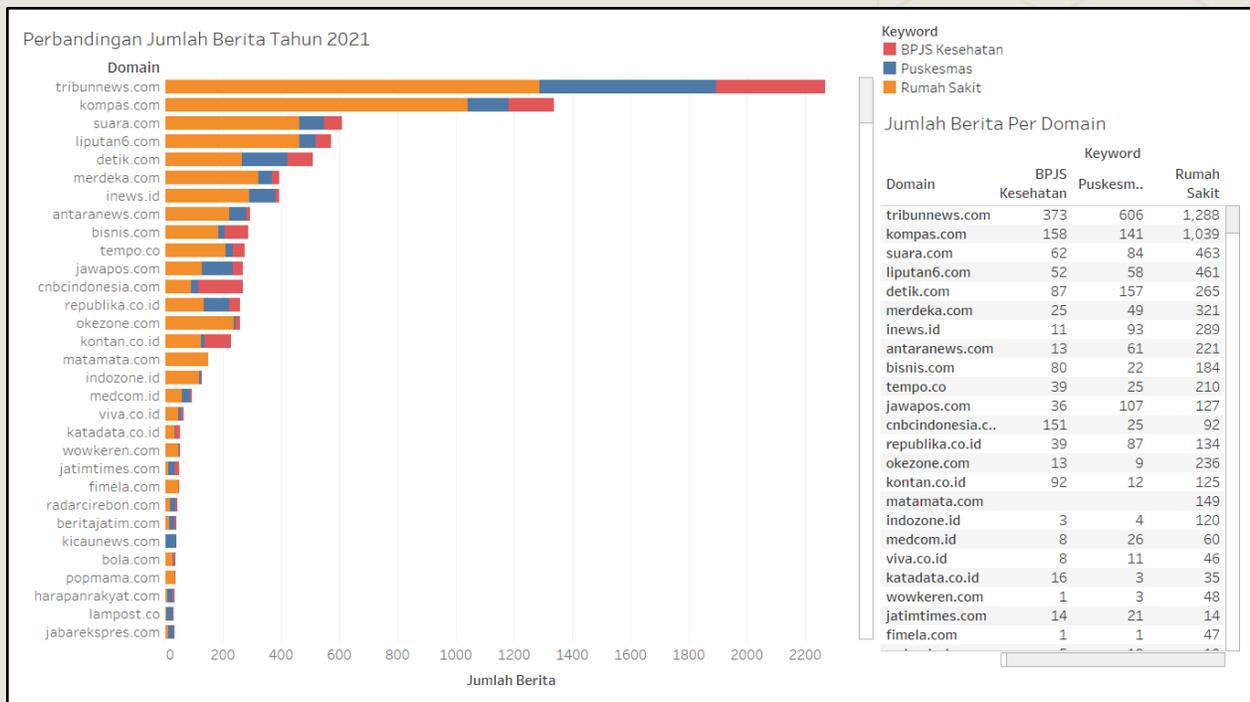
Gambar 3. Perbandingan jumlah berita online tahun 2009



Gambar 4. Perbandingan jumlah berita online tahun 2010



Gambar 5. Perbandingan jumlah berita online tahun 2020



Gambar 6. Perbandingan jumlah berita online tahun 2021

Analisis arsip media elektronik ini dapat secara cepat memetakan prioritas-prioritas nasional yang menjadi perhatian utama dan disorot, melalui frekuensi publikasi. Proses analisis media *online* dilakukan melalui pengelompokan kata kunci (*word cloud*) terhadap judul artikel untuk penentuan topik-topik utama yang dikaitkan dengan layanan kesehatan primer per tahun dari total 740 media online tersebut. Perbandingan *word cloud* antar tahun menunjukkan bahwa, pemberitaan bergeser dari kejadian anekdotal sehari-hari ke topik-topik kebijakan kunci: layanan gratis, jam buka, ketersediaan obat dan SDM kesehatan, JKN-KIS, akreditasi, dana kapitasi, pemeriksaan dan vaksinasi COVID-19. Selain itu nampak adanya peningkatan jumlah aktor yang membuat cuitan dengan menggunakan kata kunci yang berhubungan dengan layanan kesehatan primer. Namun demikian, peningkatan jumlah aktor maupun bertambahnya jumlah cuitan dalam rentang waktu 2009-2021 tetap masih belum mencukupi untuk dilakukan pemindaian cakrawala yang mendalam hingga memunculkan secara jelas diskursif jejaring PHC maupun analisa sentimen di dalamnya.



Gambar 7. Word cloud online media 2009 (n=2)



Gambar 8. Word cloud online media 2010 (n=1)



Gambar 9. Word cloud online media 2011 (n=6)



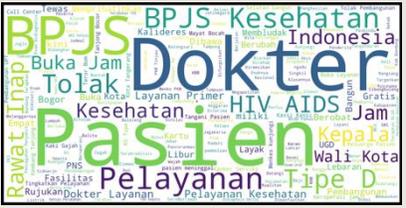
Gambar 10. Word cloud media online 2012 (n=5)



Gambar 11. Word cloud media online 2013 (n=52)



Gambar 12. Word cloud media online 2014 (n=56)



Gambar 13. Word cloud media online 2015 (n=148)



Gambar 14. Word cloud media online 2016 (n=241)



Gambar 15. Word cloud media online 2017 (n=469)



Gambar 16. Word cloud media online 2018 (n=728)



Gambar 17. Word cloud media online 2019 (n=1.276)



Gambar 18. Word cloud media online 2020 (n=2.351)

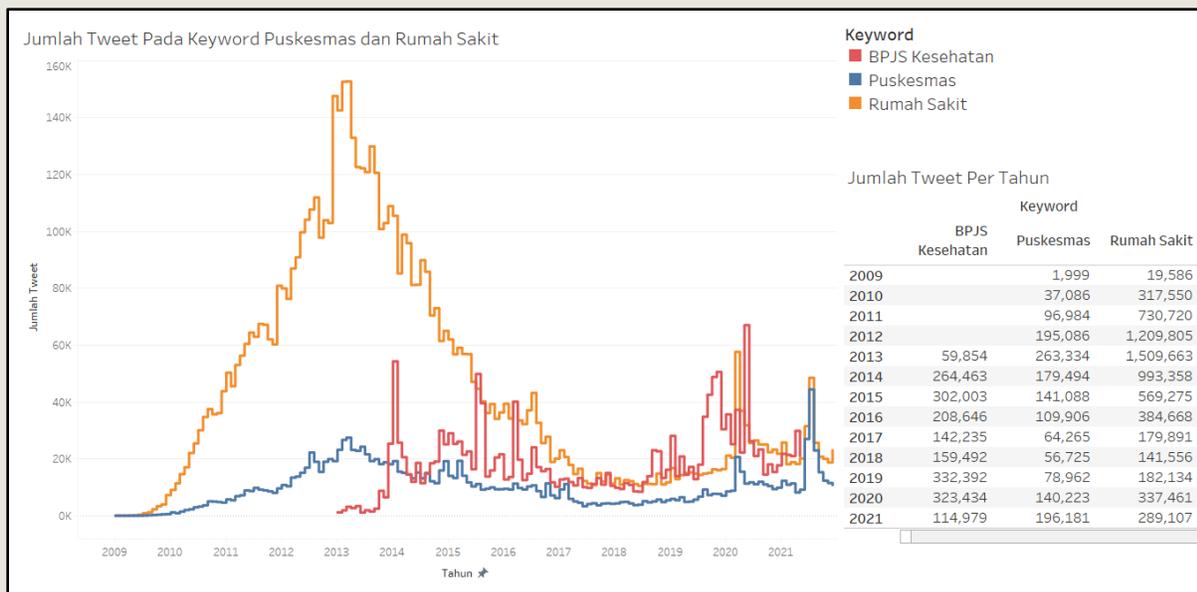


Gambar 19. Word cloud media online 2021 (n=2.424)

3.2 Twitter

Selain media online, yang dimaksud dengan media sosial dalam laporan ini adalah media komunikasi dengan mengandalkan akun pengguna. Sejak 2007 berbagai media sosial bermunculan dan berlipat jumlahnya, Friendster, Facebook, LinkedIn, Twitter, Instagram, Path, Google+, dan lain sebagainya. Dan memang, sekarang pun hampir seluruh media (baik surat kabar, radio, maupun TV) memiliki akun di salah satu atau seluruh media sosial tersebut.

Media sosial yang dipantau dan dianalisis adalah Twitter, khususnya rekaman perbincangan dalam negeri (Indonesia) seputar pelayanan kesehatan primer. Analisis dilakukan atas 1.571.817 unit perbincangan di ruang elektronik ini dalam periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2021, dengan frekuensi setiap tahunnya seperti yang terlihat pada Gambar 20. Untuk membandingkan luasan cakrawala percakapan, kajian ini juga memindai 6.864.774 percakapan mengenai 'rumah sakit' dan 1.907.498 percakapan mengenai 'BPJS Kesehatan'.



Gambar 20. Frekuensi tweet setiap tahun mengenai Pelayanan Kesehatan Primer dibandingkan dengan rumah sakit dan BPJS Kesehatan

Serupa dengan analisis media *online*, disusunlah kategorisasi berdasarkan frekuensi kemunculan kata-kata kunci yang terkait Puskesmas, FKTP dan klinik dalam percakapan. Kata-kata kunci ini dikaitkan dengan kejadian signifikan (*events*) per tahun. Analisis terhadap kejadian signifikan yang didefinisikan dalam dalam periode 2019-2021 kemudian disusun sebagai daftar kecenderungan (*trends*).

Tabel 3. Kejadian/drivers utama yang diperbincangkan di twitter menurut 100 tweet terpopuler

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ²
2009	tvOneNews	Pemkot Malang Gratiskan Berobat di Puskesmas http://bit.ly/8F9V8z	Layanan gratis/pembiayaan
	noriyu_md	@pasarsapi yah..betapa jiwa&raga tenaga2 kesehatan puskesmas kita yg OVERLOAD dg pekerjaan+program2 overlapping tanpa ada tenaga pelaksana..	Beban kerja tenaga kesehatan
	kompascom	HEALTH NEWS : Puskesmas Calang Kewalahan Tangani Pasien http://bit.ly/6P5ppZ	Kualitas layanan
	mratuliu	Tadi pagi nonton tv1, warga bandung byk yg keracunan obat anti kaki gajah yg dikasih gratis sm puskesmas.. Smp ada 9 org yg mninggal..	Kualitas layanan
2010	Metro_TV	Tiap tahun lulus 5000 dokter baru. Tp ada 900 Puskesmas tanpa dokter. Mengapa ini terjadi? Baca KOLOM Kartono Mohamad http://t.co/ikisRuq	<i>Supply-side readiness</i>
	kompascom	1600 Puskesmas Indonesia Tanpa Dokter http://bit.ly/cNMxrS	<i>Supply-side readiness</i>
	Metro_TV	Biaya Berobat di Puskesmas bagi Warga Miskin Hanya Rp1.400: http://bit.ly/bFgHEB via @addthis	Layanan gratis/pembiayaan
	tvOneNews	RS Swasta & Puskesmas Bisa Diberdayakan Layani Pasien Gakin http://de.tk/Xxsfl	Layanan gratis/pembiayaan

² Dikelompokkan berdasarkan Kerangka Operasional Layanan Kesehatan Primer (WHO, 2020)

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ²
	vOneNews	Biaya Persalinan di Kelas III & Puskesmas Gratis Pada 2011 http://bit.ly/dRmenF	Layanan gratis/pembiayaan
	OneNews	Waspada, Puskesmas Gorontalo Banyak Gunakan Vaksin Rusak http://bit.ly/cTfeQc	Kualitas layanan
2011	teletubbles	PUSKESMAS : Pusing Keseleo Masuk angin -ohdamn	Kualitas layanan
	detikcom	Apoteker Berlimpah Tapi yang Kerja di Puskesmas Sangat Sedikit http://de.tk/5I4JV via @detikhealth	Supply-side readiness
	detikcom	Puskesmas Harus Bisa Menangani Pasien Sakit Jiwa http://de.tk/VDKIa via @detikhealth	Kapasitas layanan
	blogdokter	Peruntukan dokter spesialis itu bukan pd pelayanan dasar di puskesmas, tp di rumah sakit. #bulukumba	Rujukan
	Metro_TV	Anggaran Kesehatan Naik, Ratusan Puskesmas tetap Memprihatinkan http://t.co/Jlrpg2x	Supply-side readiness
	detikcom	Puskesmas PONED, Agar Tak Ada Lagi Ibu dan Bayi Meninggal http://t.co/iuJ59UpH via @detikhealth	Kapasitas layanan
	detikcom	Seluruh Puskesmas Dapat Bantuan Operasional Rp 75-250 Juta http://de.tk/HStxS	Pembiayaan
republikaonline	Ini 100 Jenis Penyakit yang tak Tersentuh Puskesmas http://t.co/zYwJCqIz	Kapasitas layanan	

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ²
2012	basuki_btp	Kartu jakarta sehat sudah diluncurkan, jika ada puskesmas/RS rujukan yang menolak harap lapor ke GUB/WAGUB dan kedinkes Pemda.	Layanan gratis/pembiayaan
	detikcom	Puskesmas ala Indonesia Banyak Dicontoh Negara Lain http://t.co/1zDr3nFI via @detikhealth	Kualitas layanan
	shahnazhaque	Saat ini pelayanan kesehatan yang telah memiliki ISO terdiri 44 Puskesmas kecamatan, 5 RSUD, dan 144 Puskesmas Kelurahan..keren bgt..	Kualitas layanan
	detikcom	Jokowi-Ahok Ingin Seluruh Kesehatan Warga Jakarta Ditanggung di Puskesmas http://t.co/vzKBzSMM	Layanan gratis/pembiayaan
	kompascom	Seluruh Puskesmas di DKI Mulai Gratiskan Layanan http://t.co/2Z8pbe5p	Layanan gratis/pembiayaan
	Metro_TV	Kartu Sehat Jakarta Berlaku, Puskesmas Kewalahan http://t.co/bA4tACI8	Kapasitas layanan
	VIVAcoid	Ahok: Orang Kaya Mana Mau ke Puskesmas http://t.co/7iHqy8Z5 @basuki_btp	Kualitas layanan
KoasRacun	Proyek belanja gedung DPR sampai milyaran. Stok obat di puskesmas dibatasin. What the F is wrong with the government?!	<i>Supply-side readiness</i>	
2013	SBYudhoyono	Dgn BPJS Kesehatan, rakyat miskin dpt berobat & dirawat gratis di Puskesmas & rumah sakit. BPJS utk penuhi hak hidup sehat bagi semua.	Layanan gratis/pembiayaan

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ²
	detikcom	Meski Besok Dokter se-RI Kompak Tak Praktik, Puskesmas Tetap Berjalan http://t.co/dJb3pgNyIW via @detikhealth	Kapasitas layanan
	Metro_TV	2014, Gaji Dokter dan Perawat Puskesmas DKI Rp7 Juta/Bulan http://t.co/LTAJF8XOgH	Insentif tenaga kesehatan
	SamitraAdhikari	31. Karena kewalahan, RS menuding Puskesmas sbg pihak yang asal memberi rujukan bagi pasien. #DKI	Kapasitas layanan
	detikcom	Potret Puskesmas Indonesia Saat Ini, Masih Ada yang Belum Punya Stetoskop http://t.co/9dGLLL5F3O	<i>Supply-side readiness</i>
	detikcom	Ahok: Seluruh Puskesmas di DKI Nanti Akan Sesuai Standar RSCM http://t.co/KAUsrcLHVE	Kapasitas layanan
	detikcom	Ridwan Kamil Bercita-cita Ingin Bangun Puskesmas 24 Jam http://t.co/HwAqiaezXZ	Kapasitas layanan
	detikcom	Jokowi Akan Lelang Jabatan Kepala Puskesmas http://t.co/PY0NB0Gne2	Kualitas tenaga kesehatan
	falla_adinda	Gaji dokter honorer di puskesmas dan RSUD JKT dipastikan Ahok akan diatas 7.5jt. Praise the Lord! God bless him.	Insentif tenaga kesehatan
	detikcom	Ahok: Kata Profesor, 70% yang Masuk RSCM Bisa Ditangani di Puskesmas http://t.co/URVzXiKC	Kapasitas layanan
	Metro_TV	Dokter Spesialis Akan Ditempatkan di 341 Puskesmas http://t.co/BdUyn17jzz	<i>Supply-side readiness</i>
2014	detikcom	Prabowo wajibkan dokter baru ke daerah miskin, Jokowi dirikan 6 ribu puskesmas http://t.co/rbHPUSpzHg @majalah_detik http://t.co/Ux3sym8nsO	<i>Supply-side readiness</i>

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ²
	firrywahid	Bidang Kesehatan: Jokowi janji akan kembangkan sedikitnya 6000 dr 9000 Puskesmas yg ada.. Prabowo janji bikin RS modern di setiap kab/kota	Supply-side readiness
	blogdokter	BPJS Kes menguruskan beberapa penyakit harus diselesaikan di Puskesmas/PPK I dan tidak boleh dirujuk ke RS/PPK II. #BD	Kapasitas layanan
	ang_chun	2. Jokowi Janjikan Bangun 50 Ribu Puskesmas http://t.co/RPa6yHp9oP	Supply-side readiness
	GWirjawan	Indonesia butuh lebih banyak Puskesmas agar pelayanan kesehatan menjadi lebih baik. -blb http://t.co/PaVoYWpp37	Supply-side readiness
2015	fadlizon	Waktu kampanye @jokowi_do2 janji bangun 50.000 puskesmas. Artinya 1 Hari 27 puskesmas. Smp sskrg sdh hampir 3 bln, sdh blm kelihatan tanda2.	Supply-side readiness
	sbotv	VIDEO : : Banyaknya Puskesmas Tak Jamin Kesehatan Masyarakat http://t.co/f0rcVbpiO5 #SBOUpdate via @SBOUpdate @sbotv	Kapasitas layanan
	detikcom	243 Puskesmas di Indonesia Rusak Berat http://t.co/1WdSKS2bBp via @detikHealth http://t.co/pCTDbliOwc	Supply-side readiness
	detikcom	Kebanjiran Pasien, RSCM Disebut Mirip Puskesmas Raksasa http://t.co/K27NalUoNc	Kapasitas layanan
	Nusantara_Seh at	Kompas 18 Maret 2015 : Perkuat Puskesmas di perbatasan "Tenaga kesehatan dibekali keahlian nonmedis" #nusantarasehat http://t.co/u7kq7EbDfY	Distribusi dan kualitas tenaga kesehatan
KemendesRI	10 Puskesmas yang Lolos Akreditasi Kementerian Kesehatan. https://t.co/uZkfYC8wHD	Akreditasi	

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ²
2016	psi_id	Ada 44 puskesmas di tingkat kecamatan di Jkt yg memiliki fasilitas setara Rumah Sakit. Keren Pak @basuki_btp ! Yuk dukung #JakartaSehat https://t.co/gOHSIdZ5VC	Kapasitas layanan
	ridwankamil	Warga Bandung, semua vaksin puskesmas di Bandung terjamin keasliannya karena SOP nya selalu mengambil dari sumber kemenkes.	Kualitas layanan
	AhokDjarot	"Sekarang siapapun anda asalkan memiliki KTP DKI kalau sakit langsung masuk puskesmas, kami urusin semuanya" #BadjaBeramal	Layanan gratis/pembiayaan
	pandji	Anies-Sandi targetkan 80% Ibu ASI eksklusif. Caranya? Dari rekrut konselor menyusui di Puskesmas ke wajibkan ruang laktasi di mal & kantor https://t.co/pIIESIQPub	Kapasitas layanan
	dirgarambe	Prkembangan kasus #vaksinpalsu menuju titik terang. @KemenkesRI memastikan vaksin di Puskesmas/RS Pemerintah asli. Rantai distribusi terjaga	Kualitas layanan
	KemenkesRI	Puskesmas bukan hanya sebagai tempat pelayanan tapi juga digunakan sebagai edukasi & deteksi dini bagi masyarakat #IndonesiaLawanDiabetes	Kapasitas layanan
2017	basuki_btp	Selamat Hari Kesehatan Internasional. #JakartaPunyaSemua, ambulans gratis, upgrade puskesmas, dan dokter pribadi untuk warga tanpa kecuali. https://t.co/UZLAG7ZEqb	Kapasitas layanan
	halus24	Bareskrim Polri: 18 Puskesmas di DKI yang Diresmikan Djarot Terindikasi Korupsi https://t.co/o0VrSPZfPU	Tata kelola
	addiems	Puskemas di Jakarta sudah berbeda. Keren. https://t.co/UIiWJZ3i3N	Kualitas layanan

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ²
	RakyatCyber	Benar kata Marwan Jafar, kemajuan apa sih yg dibuat Ganjar? Jalan jalan masih tetep rusak, kemarin yg terbaru ada ibu2 jalan 1,5 Km utk obtain anaknya ke puskesmas tpi malah ditolak. Hingga anak itu wafat, Ganjanr gak tau malu malah mention bupati via Twitter	Akses layanan
	Sutopo_PN	Dampak gempa 6,9 SR menyebabkan 4 orang tewas, 11 orang luka berat, 25 orang luka ringan, 451 rumah rusak berat, 579 rumah rusak sedang, dan 1.905 rumah rusak ringan. Kerusakan 46 unit sekolah/madrasah, 38 unit tempat ibadah, 9 kantor, dan 4 rumah sakit dan puskesmas.	Supply-side readiness
	ridwankamil	Dgn apps konsultasi online antar dokter puskesmas dgn ribuan dokter spesialis ini, beban & antrian ke rumah sakit bisa diturunkan maksimal. https://t.co/1mREOEZ3wD	Kapasitas layanan
	BPJSKesehatan RI	#SebaiknyaAndaTahu Perubahan Faskes FKTP hanya dapat dilakukan dalam jangka waktu 3 bulan setelah peserta terdaftar di FKTP sebelumnya :) https://t.co/5kl6xDdXNL	Tata kelola
	detikcom	Ditolak Berobat ke Puskesmas, Bayi 7 Bulan di Brebes Meninggal https://t.co/AYkM2FALVs https://t.co/61xmETcA7P	Akses layanan
	setkabgoid	Tahun ini, @KemenkesRI akan tempatkan 1.120 Nakes di 188 Puskesmas utk tingkatkan capaian indikator Program Indonesia Sehat	Supply-side readiness
	ganjarpranowo	Puskesmas perlu sgr diakreditasi! cc @dinkesjateng @dinkesbrebeskab @KemenkesRI --- Bayi Meninggal karena Ditolak Berobat di Puskesmas, Gubernur Ganjar Marah https://t.co/AkpitVIsHm	Akses layanan
	AzwarAnas_A3	Top tmn2 Puskesmas & @Dinkesbwi yg tak lelah jemput bola ke rumah warga sakit-kurang mampu. Bekerja plus ibadah. https://t.co/r2Tx2c1X1X	Akses layanan

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ²
	KemendesRI	Kemendes Targetkan Bangun 124 Puskesmas Baru di Perbatasan @KemendesRI via @republikaonline https://t.co/ECw2toVeV9	<i>Supply-side readiness</i>
2018	sandiuno	Kami, Prabowo-Sandi akan meneruskan program BPJS ini, dan kami yakin bisa mengelola ini dengan lebih baik. Kedepan, kami pastikan tidak ada lagi rumah sakit dan puskesmas yang dihutangi.	Tata kelola
	JackVardan	Ini hasil penelusuran gua tentang janji kampanye Jokowi 2014 akan bangun 50.000 puskesmas. Data yang gua dapat, cuma bertambah 94 puskesmas 2014 s/d 2017. Ini lampiran lengkapnya dalam bentuk artikel yang gua buat, sila dibaca : https://t.co/U0oorLOKke https://t.co/ZgTtFeDYEm	<i>Supply-side readiness</i>
	historia_id	Ada yg mempertanyakan peran Yohanes. Kenalilah Johannes Leimena, terlibat pergerakan sejak Sumpah Pemuda, ikut berbagai perundingan, 8 kali jadi menteri kesehatan, dan perintis system pelayanan kesehatan dg melibatkan masyarakat yg kemudian jadi Puskesmas https://t.co/Dctq3Gusvp	Kapasitas layanan
	rmol_id	Dugaan Korupsi Pembangunan 30 Puskesmas DKI Era Ahok Dilaporkan Ke KPK #Korupsi https://t.co/dJVIC6Xsby	Tata kelola
2019	didut	Silahkan disebar, siapa tau ada yang membutuhkan. DAFTAR LAYANAN PSIKOLOG KLINIS di PUSKESMAS JAKARTA. Bisa menggunakan BPJS atau bayar 30 ribu rupiah per konsultasi. [sumber lewat sebuah post di Facebook] https://t.co/hPSdzkiAUC	Kapasitas layanan
	aniesbaswedan	Alhamdulillah, wa syukurillah... Syukur yang mendalam, ketiga petugas Ambulans Gawat Darurat dari Puskesmas Kec. Pademangan yang sempat ditahan oleh Polda Metro Jaya telah kembali pulang. https://t.co/rZWtWLko4o https://t.co/SGR46fI20X	Peristiwa

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ²
	naishakid	Kalau kamu merasa butuh ke psikolog tapi takut mahal, janganlah itu menghalangi niatmu buat cari bantuan. Biaya konsultasi psikologi di Puskesmas cuma Rp7.000 saja, kok. Bahkan katanya gratis kalau pakai BPJS. Hope you'll feel better soon! *hugs* https://t.co/bw0nSQa90U	Kapasitas layanan
	idtodayco	Puskesmas Tidak Memberikan Izin Ambulan, Seorang Ayah Gotong Jenazah Anak Pulang ke Rumah https://t.co/e67rpqUZhC	Peristiwa
	evalez_fr	Pak @ganjarpranowo bagaimana nih warga Kecamatan Wanasari, Brebes. Mau berobat malah ditanyain KIS, bayi kan blm punya KIS. Jalan Kaki 1,5 Km, Ibu Ditolak Puskesmas hingga Bayinya Meninggal https://t.co/LOsdbiJ32m	Akses layanan
	ridwankamil	MPUS (MOBILE PUSKESMAS) akan dimulai programnya Senin besok di Cililin KBB. Mobil yg bisa bertransformer memperluas diri ini akan berkeliling ke desa2 terpencil di Jabar, memberikan pelayanan kesehatan lengkap dgn dokter, tenaga kesehatan & peralatan termasuk digital telemedicine https://t.co/20Bm2kJbni	Akses layanan
	aniesbaswedan	Kepala Puskesmas Cilandak, dr. Luigi dan timnya menciptakan aplikasi e-Jiwa untuk mendeteksi gangguan kejiwaan dan membuat perawatan kejiwaan terintegrasi. Aplikasi e-Jiwa kini sedang dikembangkan @dinkesJKT untuk digunakan oleh puskesmas se-Jakarta. https://t.co/9F41IQaYVB https://t.co/9RWAILMfy2	Kapasitas layanan
2020	ridwankamil	PENYUNTIKAN PERCOBAAN VAKSIN COVID-19 melalui lengan kiri saya sudah dilakukan kemarin di Puskesmas Garuda Bandung. Tubuh saya sekarang secara resmi mengandung virus Covid-19 yang sudah dilemahkan atau dimatikan. (Mohon dibaca sampai utasnya tuntas - 1/5) https://t.co/mi8EjcKItL	Peristiwa

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ²
	Adiitoo	Intinya begini. Kalau lo merasakan gejala-gejala seperti; 1. Demam 2. Serak 3. Flu 4. Baru balik dari LN atau habis melakukan kontak dengan orang-orang yang baru balik dari LN, Langsung ke Puskesmas.	Peristiwa
	ferdiriva	Buat kamu yang ingin mendonasikan APD ke tenaga medis, please jangan lupakan mereka yang di PUSKESMAS. Pasien yang sakit awalnya ada yang ke sana dulu sebelum dirujuk.	Peristiwa
	dr_koko28	Hari ini pasien pasien Covid nambah 2000-an. Ada puskesmas yang terpaksa ditutup. Ada dokter yang meninggal. Ada tenaga Kesehatan yang sakit. Saya berharap kita bisa cegah penambahan kasus. Agar faskes dan nakes kita "overwhelmed". Jangan sampai kolaps deh.	Peristiwa
	podoradong	Gara-gara Jokowi minta kurva sebaran corona turun dalam dua pekan, akhirnya ada instruksi semua puskesmas disurabaya meniadakan rapid test massal dan mengurangi test PCR dengan alasan ketiadaan reagen	Peristiwa
	taufiknugraha	Twitter please do your magic! Saya Apoteker di salah satu puskesmas di kota bandung sedang membutuhkan banyak masker N95 untuk melakukan swab dan pelayanan pasien di rawat jalan. Kami sedang kekurangan APD khususnya masker N95. Siapa tau ada yang mau bisa bantu menghibahkan	Peristiwa
	trendingtopiq	Semua Puskesmas di Makassar buka swab gratis. https://t.co/9ISny7M05u	Kapasitas layanan
	imadya	Hari ini akhirnya dapat juga masker, 1500 masker dan 300 sarung tangan saya bagikan ke Puskesmas Kecamatan : Kebon Jeruk, Tamansari dan Palmerah. Saya membagikan ke tim medis di puskesmas kecamatan karena sebagai ujung tombak paling dekat dengan warga yang sakit. https://t.co/IKUHx3pofc	Peristiwa

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ²
2021	anonblobfish	Seneng banget liat ibu2 kader mengekspresikan kebanggan mereka sbg kader posyandu. Tanpa mereka ngga akan jalan itu pelayanan kesehatan tingkat desa dan puskesmas bakal kewalahan. Most ppl just dont know how hard their work is and how unappreciated they are. https://t.co/IPhOHe96YU	Peristiwa
	YoGojekYo	Friends, kalian yg bergejala tapi gak bisa swab karena terkendala biaya japri gw yuk. Nanti kita siapkan alat & tenaga relawan buat swab gratis. Kalau hasilnya positif, wajib lapor puskesmas & PCR + isoman!!! Kalau negatif kita bantu asupan vitaminnya, bisa lanjut ngebid .. https://t.co/f3Y5Zs80hc	Peristiwa
	WidasSatyo	Vaksin di puskesmas kosong tapi ada partai yg bisa ngadain event vaksinasi itu cukuplah memberi gambaran gimana crisis management bangsamu.	Kapasitas layanan
	irasjafii	Ya Tuhan, buat apa. Pertama, itu ruang terbuka. Kedua, udah disterilkan oleh UVC alami alias matahari. Mending beliin puskesmas, oksigen konsentrator, pulse oxymetri dan sistem telemedicine utk memantau pasien isoman. https://t.co/TKCmCImToF	Peristiwa
	berhijabmerah	Org dan circlenya berduit klo positif Covid19 msh enak. Diworo2 trus cuss tes antigen/PCR dana pribadi. Klo jelata lapor dulu ke puskesmas, mau PCR suruh tunggu sambil isoman smbl dirasa2 sakitnya. Prosesnya g sat-set. Makanya plis jgn pd sembrono. Apalagi udh sembrono nyolot	Peristiwa
	zwolftenaugust	guys pcr itu mahal karena mesin pcr mahal, mesin ekstraksinya mahal, reagentnya mahal. bsc (meja kerja) harus min. level 2. labnya zero pressure. makanya kalo mau free ya di puskesmas/litbangkes karena semua harga2 yg mahal itu pake dana kemenkes. soalnya modal bikin lab gede. https://t.co/a5zliwZvFA	Peristiwa

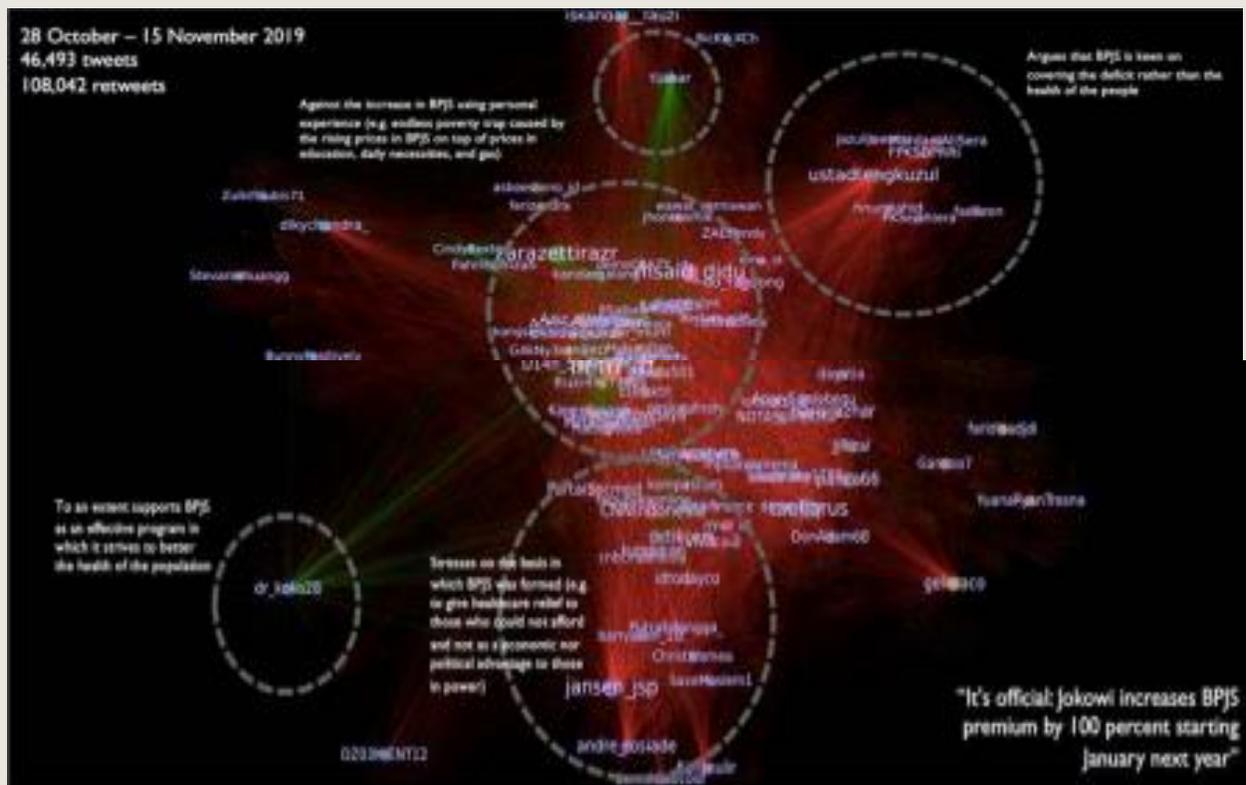
Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ²
	blogdokter	Saran ke pemerintah: Puskesmas fokus di tracing dan testing. Rumah sakit fokus di treatment. Untuk vaksinasi, silakan rekrut relawan atau instansi lain di luar kedua instansi di atas, Capek loh kalau semua kerjaan harus dirangkap2. Mudah mudahan didengar.	Peristiwa
	ribonk	Puskesmas dan FKTP kolaps, stafnya pada tumbang. Ada wacana tutup layanan esensial utk fokus ke 3T dan vaksinasi. Selamat covidiot, kalian bikin banyak lansia dan org dgn komorbid bakal susah berobat dan kontrol rutin.	Peristiwa
	democrazymedia	Miris! Jokowi Siapkan Rp178 Triliun Bangun IKN, Tapi 171 Kecamatan di Indonesia Belum Punya Puskesmas https://t.co/m3A1d6RuHP	<i>Supply-side readiness</i>
	mrs_enci	Teman-teman, Provinsi Jawa Barat bersama dengan CISDI membuka lowongan untuk 500 tenaga kesehatan terkait penguatan Puskesmas ya. https://t.co/Kr9379W7PW	Distribusi dan kualitas tenaga kesehatan
	ObiWan_Catnobi	Pekan lalu, tanggal 9 Juli tepatnya, gudang penyimpanan vaksin Puskesmas Sumur Batu & gudang farmasi Dinkes Jakarta Timur juga terbakar. Korslet juga katanya. ±1000 ampul vaksin musnah di Puskesmas Sumur Batu. Kalo di gudang farmasi, 'cuma' arsip	Peristiwa
	muchlis_ar	Di Sumbar, sejumlah Pemda dilaporkan hanya numpuk vaksin yg sudah terkirim. Di Aceh, petugas vaksin di lapangan diserang. Lokasi dirusak. LaporanCovid masih berisik ngritik keterlibatan TNI Polri, krn seharusnya semua diserahkan Puskesmas. Yang penting berisik.	Peristiwa

Sebuah perbandingan: Gambaran *Discourse Network Analysis (DNA)* dan *Sentiment Analysis* dalam JKN

Pada sub bab ini, tim peneliti ingin memberikan gambaran mengenai kedalaman pemindaian yang mampu digali dari cakrawala pembicaraan public (media sosial maupun twitter). Studi serupa yang telah diselesaikan oleh tim peneliti, yaitu memindai cakrawala percakapan publik untuk topik Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Seperti telah disampaikan pada bagian awal bab ini, sepanjang tahun 2003-2021, terpantau hampir 2 juta cuitan tentang JKN di platform twitter.

Sebagai contoh, DNA yang terpetakan untuk topik tentang kenaikan iuran JKN dapat menjadi jejaring yang dilihat jelas keterkaitan antar aktornya, seperti gambar di bawah ini.

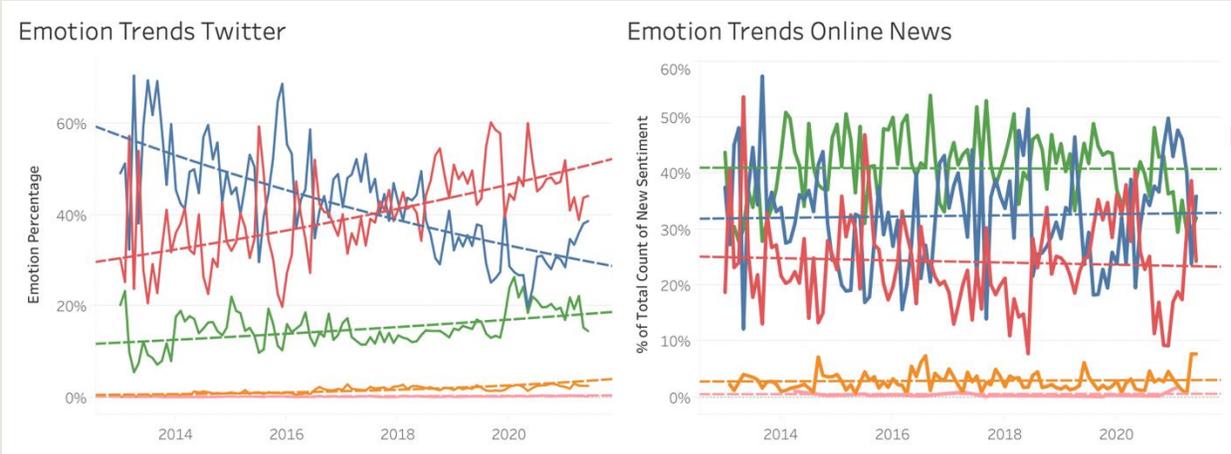
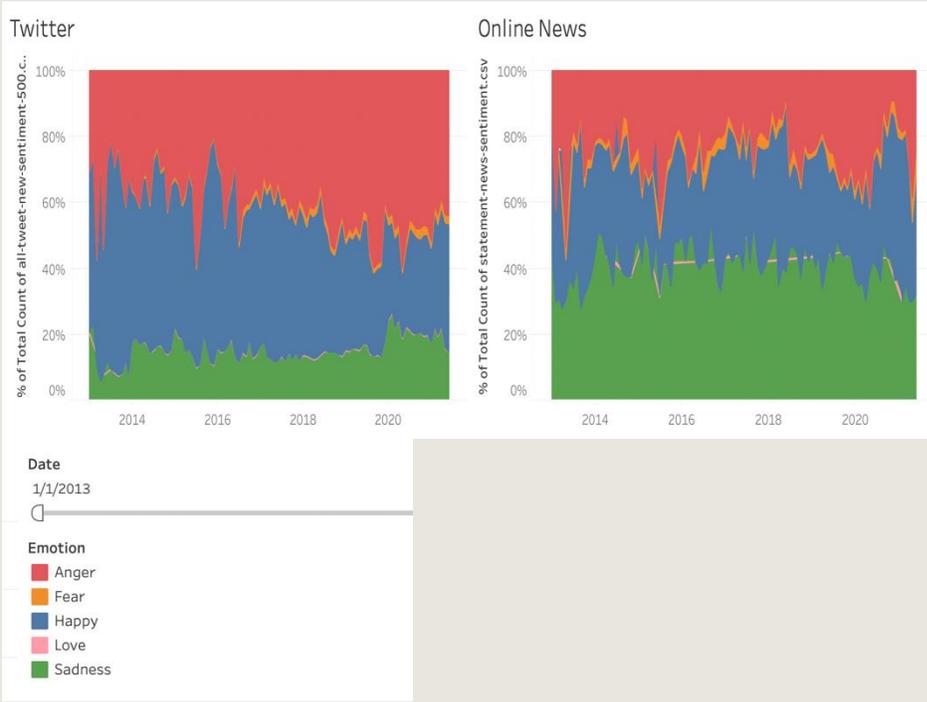
Gambar 21. Peta DNA kenaikan iuran BPJS



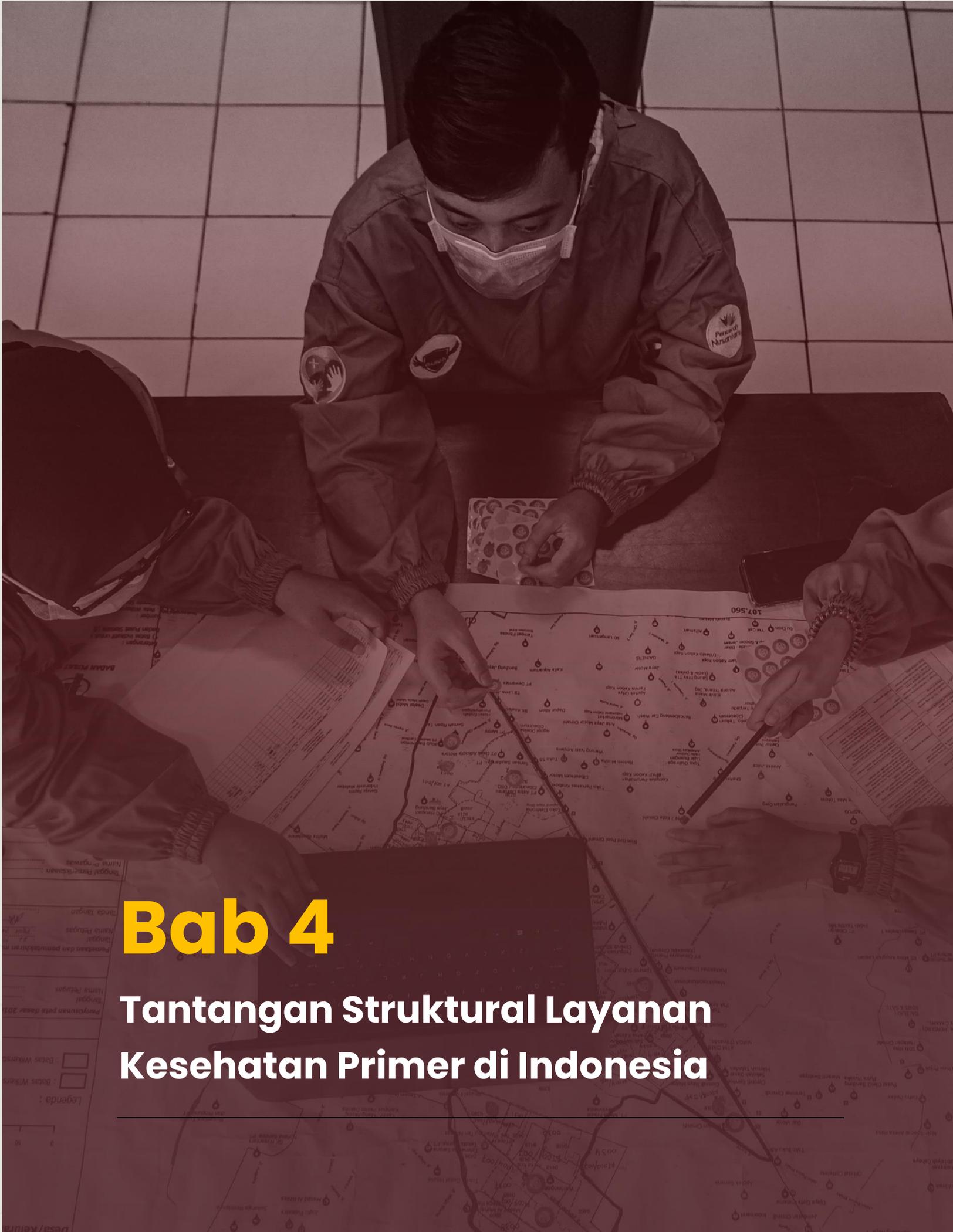
Dari peta DNA di atas, dapat diasumsikan bahwa publik ikut mempunyai ketertarikan membicarakan JKN dan secara eksplisit menyuarakan protes kepada pemerintah tentang ketidakberhasilan pemerintah dalam menangani defisit BPJS. Bahkan, pada puncaknya tanggal 12 Mei 2020, menunjukkan 7 dari 9 kelompok mempunyai sentimen negatif. Ini menunjukkan peningkatan signifikan dari puncak sebelumnya tanggal 16 Oktober 2018, di mana hanya 3 dari 7 kelompok yang mempunyai sentimen negatif terhadap JKN.

Selain DNA, pemindaian cakrawala dengan data percakapan publik dalam jumlah yang memadai dapat menghasilkan analisa sentimen atau *sentiment analysis*. Untuk topik JKN, kajian yang dikerjakan oleh tim peneliti pada tahun 2021 memindai peta analisa sentimen seperti gambar berikut:

Gambar 22. Peta Analisa Sentimen JKN



Analisa mendalam seperti ini dimungkinkan karena isu JKN ramai diperbincangkan publik. Sementara, analisa pemindaian cakrawala PHC terpaksa dilakukan dalam bentuk klaster *word cloud* karena jumlah percakapan publik tentang PHC hanya sedikit. Percakapan publik yang tertangkap bersifat satu arah sebagai pemberitahuan yang bersifat operasional dan tidak menyentuh aspek kebijakan PHC maupun sistem kesehatan. Hilangnya perspektif dan tidak tertangkapnya aspirasi publik ini berdampak pada stagnannya kebijakan PHC selama bertahun-tahun.



Bab 4

Tantangan Struktural Layanan Kesehatan Primer di Indonesia

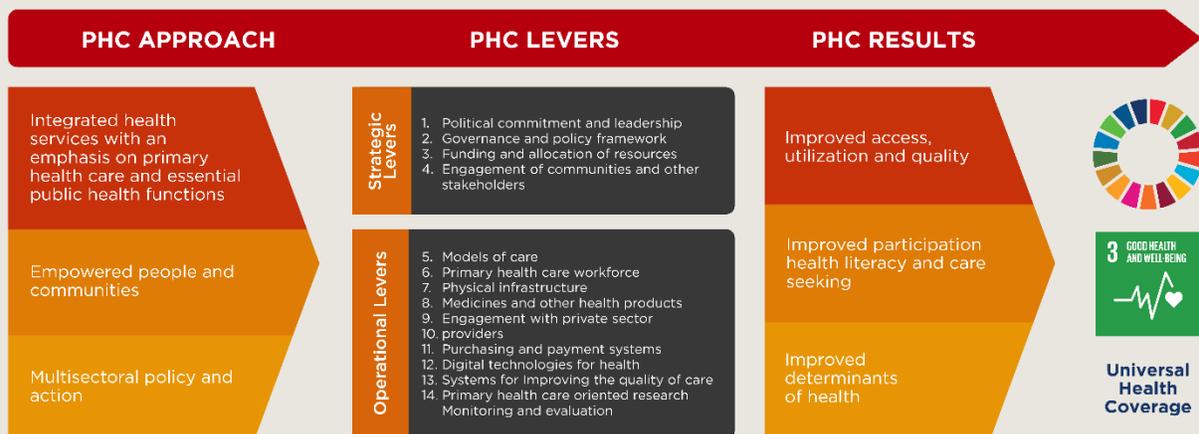


*Staring at danger may not be pleasant -
but closing your eyes will not make the danger go away,
and with closed eyes you will surely be destroyed by it.*

Isaac Asimov, Castratrophes!

Melihat keterbatasan cakrawala diskursus PHC di ruang publik yang dapat dipindai dalam tahap *horizon scanning*, tim penulis memutuskan untuk menggunakan PHC Operational Framework (WHO, 2020) sebagai kompas dalam memetakan tantangan struktural. Berbagai masukan dari para narasumber ahli dalam Delphi (FGD dan Pleno), maupun masukan para narasumber ahli yang diundang khusus dalam diskusi STEEPV dipetakan ke dalam *issues mapping* yang kemudian dimasukkan ke dalam kerangka operasional PHC WHO. Berbagai isu yang terpetakan di cek kembali konteks maupun teknisitasnya berdasarkan referensi yang tersedia dalam publikasi ilmiah.

Kerangka Operasional Layanan Kesehatan Primer (WHO, 2020) mengemukakan 14 pengungkit utama yang diperlukan setiap negara untuk menerjemahkan Deklarasi Astana ke dalam kerangka kebijakan operasional. Kebijakan atau intervensi setiap pengungkit tidak bisa dilakukan secara independen karena saling terkait erat.



Gambar 23. Kerangka Operasional Layanan Kesehatan Primer WHO (2020)

Berdasarkan klasifikasi Kerangka Operasional tersebut, kami menggunakan metodologi Delphi untuk memandu proses konfirmasi dan validasi hasil *horizon scanning* kepada para ahli (lihat daftar narasumber Delphi di lampiran XXX). Dalam dua seri Delphi yang bertema arah kebijakan dan *economic and investment case*, kami bertanya: (1) Apa saja permasalahan Layanan Kesehatan Primer di Indonesia dan bagaimana persoalan-persoalan itu saling terkait?; (2) Apa yang bisa dilakukan dari sisi kebijakan untuk menyelesaikan persoalan tersebut, baik dari sisi kerangka regulasi maupun implementasi operasional?; (3) Apa investasi yang diperlukan untuk menyelesaikan persoalan tersebut?

Konsultasi pleno yang diadakan setelahnya digunakan untuk memastikan seluruh kecenderungan yang diidentifikasi dan dipetakan telah dibahas secara lebih mendalam dan dipertajam serta diringkas agar lebih mudah dipahami dan dimengerti sebagai data untuk membantu analisis dinamika seputar layanan kesehatan primer.

Dari seluruh kecenderungan yang terpetakan, analisis deskriptif dikembangkan untuk 14 domain pengungkit strategis dan operasional yang membutuhkan perhatian dan tanggapan pemerintah. Keempat belas domain tersebut adalah tantangan struktural penyelenggaraan layanan kesehatan primer di masa depan. Analisis atas 14 domain tersebut juga akan dimanfaatkan pada bagian lain laporan ini untuk memperkuat penyusunan prioritas strategis reformasi layanan kesehatan primer untuk menanggapi tantangan tersebut.

4.1 Pengungkit Strategis

4.1.1 Komitmen Politik dan Kepemimpinan

Di tingkat nasional, Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) sebagai komitmen politik dan kepemimpinan menempatkan reformasi layanan kesehatan primer sebagai prasyarat tercapainya cakupan kesehatan semesta dan SDGs. Sebagai kementerian teknis utama, Kementerian Kesehatan menetapkan tiga indikator mutu kinerja: (1) Persentase fasilitas kesehatan tingkat pertama terakreditasi; (2) Persentase puskesmas dengan jenis tenaga kesehatan sesuai standar; (3) Persentase puskesmas dengan ketersediaan obat esensial.

Akan tetapi, reformasi layanan kesehatan primer membutuhkan komitmen dan kepemimpinan Kementerian/Lembaga non-kesehatan, setidaknya: Bappenas, Kementerian Keuangan, Kementerian Desa, BKKBN dan BPJS Kesehatan. Bappenas merencanakan peningkatan layanan kesehatan dalam kaitannya dengan rencana peningkatan SDM yang

berkualitas dan berdaya saing, senada dengan Kementerian Keuangan. Kementerian Desa Strategi menempatkan layanan kesehatan dalam usaha mewujudkan desa mandiri dan desa berkembang. Namun ketiganya tidak gamblang menetapkan indikator kinerja yang terkait. Berbeda dengan Bappenas dan Kementerian Desa, BKKBN mencantumkan penguatan kapasitas faskes dan jaringan/jejaring yang melayani KBKR dalam strategi kebijakan dengan dua indikator kinerja berbasis puskesmas.

Strategi-strategi di atas menunjukkan bahwa dokumen-dokumen perencanaan Kementerian/Lembaga di atas, tidak sepenuhnya mengakomodasi tiga komponen pelayanan kesehatan primer: (a) fungsi pelayanan primer dan kesehatan masyarakat esensial sebagai inti dari pelayanan kesehatan terpadu; (b) kebijakan dan tindakan multisektoral; dan (c) masyarakat dan komunitas yang diberdayakan.

4.1.2 Tata Kelola dan Kerangka Kebijakan

Menurut UU No. 23 tahun 2014, Pemerintah Pusat menetapkan kebijakan sebagai dasar dalam menyelenggarakan urusan Pemerintah Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan. Untuk mendukung kerangka operasionalisasi, Pemerintah pusat menerbitkan instrumen kebijakan dan tata layanan Kesehatan primer setidaknya melalui dua Undang-Undang, dua Peraturan Presiden dan 16 Permenkes serta Kepmenkes (lihat Tabel 4). Akan tetapi, parameter kemampuan penyelenggaraan pemerintahan yang diamanatkan oleh UU hanya terkait aksesibilitas pelayanan dasar kesehatan.

Tabel 4. Kerangka kebijakan pelayanan kesehatan primer di Indonesia

Jenis Peraturan	Deskripsi
Undang-Undang	UU No.36/2009 tentang Kesehatan UU SJSN
Peraturan Presiden	Perpres No.72/2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional Perpres No.64/2020 tentang JKN
Peraturan Menteri Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> ● Permenkes No.43/2019 tentang Puskesmas ● Permenkes No.4/2019 tentang standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang kesehatan ● Permenkes No.27/2019 tentang Akreditasi

Jenis Peraturan	Deskripsi
	<ul style="list-style-type: none"> ● Permenkes No.7/2021 tentang Layanan Kesehatan di Masa JKN ● Permenkes No.4/2017 tentang standar tarif ● Permenkes No.31/2019 tentang sistem Informasi Puskesmas ● Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2018. Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Program Nusantara Sehat. ● Permenkes No.9 tahun 2014 tentang Klinik, Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, ● Permenkes No. 83 tahun 2014 tentang UTD, BDRS dan jejaring pelayanan darah, ● Permenkes Nomor 91 Tahun 2015 Tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah, ● Permenkes Nomor 92 Tahun 2015 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Program Kerja Sama antara Puskesmas, Unit Transfusi Darah dan Rumah Sakit dalam Pelayanan Darah untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu, ● Permenkes Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga, ● Permenkes Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, ● Permenkes Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Mandiri Bidan, dan ● Permenkes Nomor 35 Tahun 2019 Tentang Wahana Pendidikan Bidang Kesehatan.
<p>Keputusan Menteri Kesehatan</p>	<p>Kepmenkes Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama</p>

Dengan menempatkan kesehatan sebagai urusan pemerintahan konkuren, Pemerintah pusat ingin memberikan otonomi yang signifikan kepada pemerintah daerah. Sebagai konsekuensi dari penetapan ini, Pemerintah pusat dihadapkan pada tantangan untuk mencapai tujuan nasional karena penyampaian layanan publik utama menjadi tanggung

jawab pemerintah daerah. Dengan demikian, keberhasilan Pemerintahan desentralisasi bergantung pada konseptualisasi yang tepat tentang ruang lingkup dan mekanisme pengaruh pemerintah pusat terhadap pemerintah daerah, termasuk pada akhirnya kemampuan untuk mendapatkan kepatuhan kinerja yang berkaitan dengan pemberian layanan.

Salah satu cara untuk mendapatkan kontrol tersebut adalah melalui pengenalan fungsi wajib pemerintah daerah dan Standar Pelayanan Minimum (SPM) yang terkait. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 menyerukan kepada pemerintah provinsi untuk menetapkan standar untuk fungsi wajib, berdasarkan pedoman pemerintah pusat. Sebagai *leading sector*, Kementerian Kesehatan menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang SPM Bidang Kesehatan untuk mengubah SPM sebelumnya yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741 Tahun 2008. Indikator sasaran tingkat kabupaten dalam SPM saat ini dikategorikan ke dalam paket layanan standar untuk 12 kelompok populasi dan tidak lagi dalam bentuk indikator intervensi tunggal. Standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang Kesehatan kemudian ditetapkan melalui Permenkes No. 4 tahun 2019.

Sebagai konsekuensi desentralisasi, Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sehingga dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, akan mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bersangkutan, yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Lima Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Karenanya, Kementerian Dalam Negeri menetapkan Standar Pelayanan Minimum untuk memastikan pemerintah daerah memberikan pelayanan publik yang tepat kuantitas dan kualitas. Sayangnya, Peraturan Pemerintah Nomor 39 tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan, belum mengakomodasi mekanisme pemantauan dan evaluasi pencapaian SPM.

Untuk membantu Kementerian Dalam Negeri menjalankan *carrot and stick approach*, Kementerian Keuangan menetapkan Dana Transfer Daerah berbasis kinerja sejak tahun 2020. Dana perimbangan (cek alokasi 2022), sebagai komponen Dana Transfer Daerah yang terbesar ditetapkan sesuai proporsi tertentu/dihitung dengan rumus tertentu dan besarnya tetap. Setiap daerah berhak atas dana perimbangan tanpa harus bersaing untuk mendapatkannya.

Sayangnya, besaran dana DID, yang mencerminkan insentif kinerja yang sesungguhnya, hanya sebesar 1,87% dari total transfer ke daerah. Kecilnya insentif yang diberikan tentu akan menimbulkan pemikiran, bahwa mengendapkan dana dan berharap mendapatkan jasa perbankan akan lebih menguntungkan daripada berkinerja dan "hanya" mendapatkan insentif yang kurang lebih sama dengan hasil jasa perbankan. Idealnya, insentif yang diberikan atas capaian kinerja bisa ditingkatkan sampai pada tingkat ideal yaitu kisaran angka 20–40% dari total transfer ke daerah. Pengesahan RUU Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah (HKPD) menjadi UU merupakan momentum yang tepat untuk menyempurnakan kebijakan transfer ke daerah.

4.1.3 Dukungan anggaran dan sumber daya

Porsi anggaran kesehatan dari anggaran pusat mencapai dan stabil pada 5 persen, jumlah yang dimandatkan secara hukum untuk sektor kesehatan dari pengeluaran pemerintah pusat. Berdasarkan National Health Account 2019, total belanja kesehatan masyarakat secara nominal meningkat dari tahun ke tahun, namun relatif stagnan dalam proporsi terhadap PDB. Belanja publik untuk kesehatan—sebesar 0,016% persen dari PDB atau 0,52% persen dari total pengeluaran kesehatan (*total health expenditure*)—kalah besar dibandingkan rata-rata pengeluaran negara dengan tingkat pendapatan yang sama.

Belanja publik untuk kesehatan meningkat tajam dalam tahun terakhir dan belanja tunai langsung masyarakat (OOP) berangsur turun dikarenakan implementasi JKN. Namun, outlook anggaran kesehatan Indonesia tahun 2021 yang mencapai Rp 326,4 triliun (naik 89,5%) hanya mencerminkan peningkatan prioritas jangka pendek. Sebaliknya, anggaran kesehatan tahun 2022 turun 21,8% dibanding *outlook* anggaran kesehatan Indonesia tahun 2021 yang mencapai Rp 326,4 triliun mencerminkan Kesehatan masih dianggap sebagai beban anggaran.

Sebagian besar anggaran kesehatan 2022 masih dialokasikan untuk penanganan pandemi Covid-19, padahal pemerintah sendiri telah mendeklarasikan transisi ke endemi. "Invisible displacement" dalam sektor kesehatan dari layanan esensial non-COVID ke penanganan pandemi dapat memperburuk capaian indikator kesehatan secara keseluruhan. Mengurangi dampak buruk pandemi pada pembiayaan kesehatan publik amat penting. Belanja kesehatan perlu ditingkatkan untuk mempertahankan tren pertumbuhan pembiayaan publik untuk kesehatan per kapita dan mengimbangi laju target penurunan OOP.

Bagan 4. Komponen Belanja Kesehatan Indonesia menurut Sumber Pembiayaan Tahun 2019

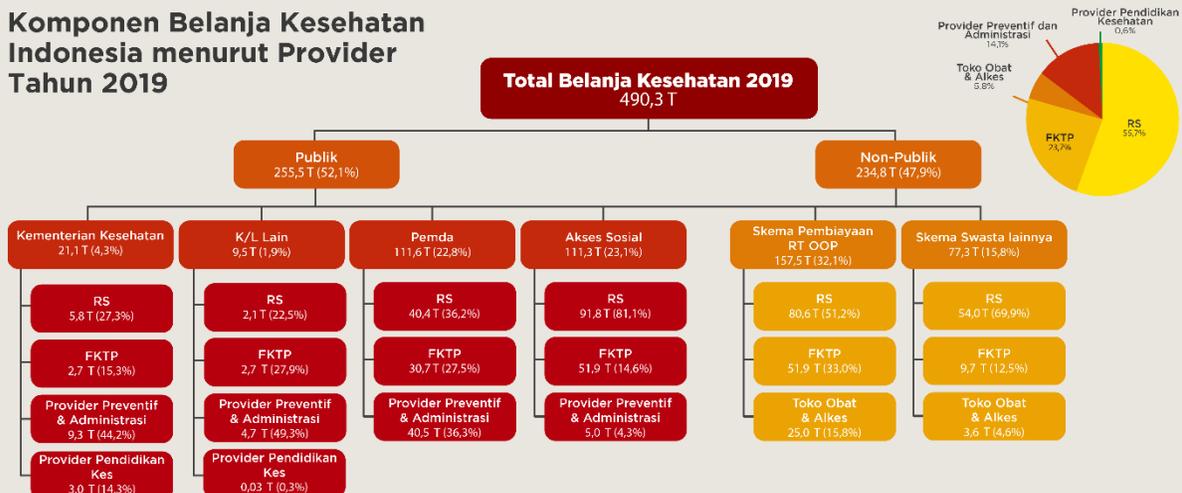
Komponen Belanja Kesehatan Indonesia menurut Sumber Pembiayaan Tahun 2019



Skema anggaran kesehatan publik di Kementerian Kesehatan tidak memperlihatkan prioritas pada transformasi layanan kesehatan primer (CISDI, 2022). Idealnya, anggaran yang disediakan untuk penguatan layanan kesehatan primer yang meliputi aspek sistem kesehatan adalah \$65 per kapita per tahun atau sekitar \$5 perbulan untuk menghasilkan *outcome* peningkatan usia hidup hingga 3.3 tahun pada 2030 (Stenberg et al., 2019). Jika dilihat dari National Health Account Indonesia tahun 2019, anggaran untuk rumah sakit mencapai 55,7%, lebih besar dari anggaran untuk FKTP sebesar 23,7% dari total belanja kesehatan.

Bagan 5. Komponen Belanja Kesehatan Indonesia menurut Provider Tahun 2019

Komponen Belanja Kesehatan Indonesia menurut Provider Tahun 2019



Di tingkat sub-nasional, setidaknya secara agregat rata-rata di seluruh kabupaten belanja kesehatan mencapai 10% dari APBD. Tetapi penilaian cepat di 44 kabupaten menunjukkan porsi kesehatan dari APBD bervariasi dari 3% hingga 18%. Anggaran daerah untuk kesehatan juga masih sangat bergantung dengan dana transfer dari Pemerintah Pusat – kecuali untuk HIV, TB, malaria dan program imunisasi yang secara signifikan bergantung dari dana donor. Secara rata-rata nasional, ketergantungan Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah (APBD) terhadap TKDD sebesar 80,1%. Sementara, kontribusi Pendapatan Asli Daerah (PAD) hanya sekitar 12,87%.

Ketergantungan fiskal terhadap pusat justru lebih parah terjadi pada pemerintah daerah kota/kabupaten. Padahal, level kota/kabupaten inilah titik berat otonomi daerah dan desentralisasi fiskal diletakkan. Sekitar 75% DAU dialokasikan untuk belanja pegawai, membatasi fleksibilitas kabupaten untuk membiayai keperluan pencapaian target SPM. Walaupun pergeseran ke arah dukungan anggaran lebih besar untuk layanan kesehatan primer terlihat jelas di alokasi DAK (terutama DAK fisik), alokasinya ditentukan berdasarkan formula tertentu dan usulan Pemerintah Daerah, bukan berbasis kinerja.

Menggeser pembiayaan Puskesmas dari model *supply-side financing* yang berbasis *political will* ke yang berbasis kinerja dapat memberikan peluang untuk meningkatkan efisiensi dan meningkatkan akuntabilitas layanan. JKN (9,2% dari anggaran kesehatan kabupaten/kota) kurang dimanfaatkan untuk meningkatkan *outcome* kesehatan, *supply-side readiness* dan menarik keterlibatan swasta untuk menyediakan layanan kesehatan. Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) yang mekanismenya pematangannya dilonggarkan³ mengurangi efektivitas KBK untuk mendorong pencapaian kinerja. Kelonggaran ini juga mencerminkan kebutuhan BPJS Kesehatan saat ini yang lebih fokus pengendalian biaya dibanding kinerja sistem secara keseluruhan.

4.1.4 Keterlibatan masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya

Sebagai penanggung jawab penyelenggaraan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, puskesmas memerlukan dukungan aktif dari masyarakat sebagai objek dan subjek pembangunan. Keterlibatan masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya dari semua sektor untuk mendefinisikan masalah dan solusi dan memprioritaskan tindakan melalui dialog kebijakan. Dukungan aktif tersebut diwujudkan melalui pembentukan Badan

³ Pada tahun pertama pelaksanaannya, pembayaran kapitasi dapat dipotong hingga 25% jika target atau kriteria tidak terpenuhi – menawarkan dana yang signifikan kepada puskesmas insentif. Namun, pengurangan pembayaran telah dikurangi, mulai dari 2,5 hingga 10%.

Penyantun Puskesmas (BPP) yang menghimpun berbagai potensi masyarakat, seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, LSM, organisasi kemasyarakatan, serta dunia usaha. BPP tersebut berperan sebagai mitra puskesmas dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan.

Masalah pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan pada program Desa Siaga adalah sebagai berikut: Pertama, paradigma sehat sebagai paradigma pembangunan kesehatan telah dirumuskan, namun belum dipahami dan di aplikasi semua pihak. Kedua, undang-undang RI Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah menetapkan daerah (kabupaten/kota) memegang kewenangan penuh dalam bidang kesehatan, namun kewenangan tersebut belum berjalan optimal. Ketiga, revitalisasi puskesmas dan posyandu hanya diartikan dengan pemenuhan fasilitas sarana. Keempat, dinas kesehatan kabupaten/kota lebih banyak melakukan tugas-tugas administratif. Kelima, keterlibatan masyarakat bersifat semu yang lebih berkonotasi kepatuhan daripada partisipasi dan bukan pemberdayaan masyarakat (Sualeman, et al., 2012).

Kader kesehatan di Posyandu mempunyai andil dalam perubahan perilaku masyarakat di sekitarnya untuk menerapkan hidup bersih dan sehat pada rumah tangga. Pemberdayaan masyarakat melalui kader Posyandu, dapat diperankan dalam ranah preventif dan promotif. Pada temuan hasil penelitian, kader dapat juga diikuti dalam membantu ranah kuratif, tentu dengan sudah dibekali pelatihan dan hanya sebatas pada skrining, kemudian pemberian parasetamol dan oralit. Pada prosesnya, *community enforcement* ini memerlukan tenaga non-kesehatan yang mempunyai disiplin ilmu sosial humaniora.

Pendekatan budaya sangat penting dalam proses *behavior change communication* dengan melibatkan lulusan sarjana sosial humaniora. Pelibatan masyarakat kalau kita bicara *primary health care* otomatis tidak bisa tidak kita harus mengempower masyarakat dan melibatkan mereka di dalam menjaga kesehatannya. Edukasi dan konseling dapat diteruskan ke kader kesehatan terutama pada masalah gaya hidup dan budaya dapat dimasukkan ke dalam kelompok terstruktur di masyarakat. Mengupayakan kader kesehatan sebagai kepanjangan tangan Puskesmas untuk memantau orang sakit, balita dengan masalah gizi, ibu hamil, penderita TB dan sebagainya. Selain itu berbagai elemen, seperti *civil society organization*, dapat berperan juga dalam penguatan layanan kesehatan primer.

Proses pemberdayaan masyarakat perlu didampingi oleh fasilitator yang berperan untuk mempengaruhi proses pengambilan keputusan yang dilakukan oleh masyarakat dalam mengadopsi inovasi (Mardikanto, 2010 dalam Sulaeman et al., 2012).

Penggunaan strategi komunikasi perubahan perilaku (*behavior change communication*) menerapkan pesan yang ditargetkan dan pendekatan yang disesuaikan untuk mempromosikan perilaku sehat dan mengurangi pengambilan risiko. Komunikasi perubahan perilaku, juga dikenal sebagai komunikasi perubahan sosial dan perilaku, meliputi komunikasi kesehatan, mobilisasi sosial dan masyarakat, dan pengembangan informasi, pendidikan dan strategi komunikasi (Koenker, et al., 2014).

4.2 Pengungkit Operasional

4.2.1 Model Penyampaian Layanan

Dikotomi UKP dan UKM⁴ telah berlangsung lama dan menimbulkan berbagai pendapat mengenai ruang lingkup ideal bagi layanan kesehatan primer. Puskesmas dianggap terlalu condong kepada kuratif. Kapasitas yang layanan kesehatan primer yang terbatas dianggap tidak mampu menjalankan setidaknya 18 program-program nasional dari Kementerian Kesehatan di ranah promotif preventif. Karenanya, untuk mengurangi beban kerja layanan kesehatan primer, sebagian ahli menyarankan untuk mendelegasikan ranah kuratif ke rumah sakit tipe D dan sektor swasta.

Usulan tersebut bias urban dan tidak sejalan dengan konsep kapitasi berbasis kinerja. Konsep pelayanan kesehatan primer sebagai *gatekeeper* yang meliputi empat domain utama yaitu *first contact care* (fungsi kontak pertama), *continuity care* (fungsi koordinasi layanan), *coordination care* (fungsi koordinasi layanan) dan *comprehensiveness care* (fungsi komprehensif layanan) (Starfield, 1994 dalam Wulandari & Achadi, 2017) dibutuhkan oleh masyarakat, terutama bagi mereka yang tinggal di wilayah akses Puskesmas adalah satu-satunya layanan kesehatan yang ada dan terdekat. Eksklusi aspek promotif dan preventif dalam hubungan teraupetik (UKP) juga tidak tepat, karena seorang dokter dalam usahanya merawat pasien dapat melakukan tiga tingkat pencegahan: (1) pencegahan primer untuk menghindari faktor risiko (misalnya imunisasi); (2) pencegahan sekunder atau deteksi dini penyakit (misalnya, pemeriksaan pap smear); (3) pencegahan tersier untuk mengurangi komplikasi.

⁴ Berdasarkan PMK Nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas disebutkan definisi UKM adalah Upaya Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Sedangkan, UKP adalah Upaya Kesehatan Perseorangan yang selanjutnya disingkat UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

Pelayanan kesehatan yang komprehensif dan terpadu untuk mengatasi sebagian besar dari berbagai macam masalah kesehatan di masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang lebih efisien daripada mengandalkan layanan terpisah untuk masalah kesehatan tertentu, karena layanan kesehatan yang terpadu mempunyai pengetahuan yang lebih baik tentang populasi di wilayah kerjanya dan bisa membangun kepercayaan yang lebih besar dalam tatanan masyarakatnya. Layanan kesehatan yang menawarkan jangkauan layanan yang lebih luas dapat meningkatkan serapan dan cakupan layanan dari program, contohnya program-program pencegahan seperti skrining kanker dan vaksinasi. Layanan kesehatan tersebut dapat mencegah terjadinya komplikasi masalah kesehatan dan meningkatkan dampak kesehatan yang lebih baik (WHO, 2008a).

4.2.2 Sumber Daya Manusia untuk Kesehatan

Secara keseluruhan, ada korelasi positif yang kuat antara ketersediaan tenaga kesehatan dan cakupan pelayanan kesehatan. Di negara mana pun, tenaga kesehatan yang berkinerja baik adalah tenaga kerja yang tersedia, kompeten, responsif, dan produktif. Untuk mencapai hal ini, diperlukan tindakan untuk mengelola dinamika keluar masuknya tenaga kesehatan ke pasar kerja, distribusi antar fasilitas kesehatan dan wilayah serta kinerjanya (WHO, 2008b).

Meskipun telah memenuhi standar minimum WHO, ketersediaan sumber daya manusia untuk kesehatan yang berkualitas tetap menjadi penghambat terbesar. Dari sisi produksi, lembaga pendidikan kesehatan dengan akreditasi rendah berkontribusi pada rendahnya kualitas lulusan. Mereka kekurangan pelatihan *in-service* untuk meningkatkan kapasitas SDM. Dari 34 provinsi, Papua memiliki proporsi tertinggi layanan kesehatan tanpa tenaga kesehatan terlatih (Balitbangkes, 2017 dalam Bappenas, 2019).

Isu kunci lainnya di antaranya adalah distribusi tidak merata. Berlawanan dengan anggapan umum, insentif finansial tidak menjadi satu-satunya penarik minat untuk bekerja di wilayah terpencil: manajemen dan kelengkapan fasilitas kesehatan serta pengembangan profesional juga dianggap penting. Program Nusantara Sehat dan Program Penugasan Khusus Individu tampaknya menjadi solusi utama Kementerian Kesehatan untuk mengatasi maldistribusi SDM Kesehatan.

Investasi sumber daya manusia, khususnya tenaga kesehatan diperlukan untuk dokter menempuh pendidikan tambahan yang spesifik di layanan kesehatan primer. Untuk mengatasi ketimpangan kualitas dokter di layanan kesehatan primer, percepatan

penyelenggaraan spesialis kedokteran keluarga layanan primer didukung oleh Permendikbud Nomor 1 Tahun 2020 tentang Dokter Layanan Primer. Kemendikbud Ristek juga sedang menyusun pembaruan tentang standar kompetensi dokter Indonesia, program *internship* dan uji kompetensi bagi mahasiswa pendidikan profesi dokter.

Inovasi lainnya berupa pembentukan *academic health system* yang merupakan kolaborasi terintegrasi antara sistem kesehatan dan sistem pendidikan. Dalam kerangka ini telah terbentuk Komite Bersama Kementerian Kesehatan dan Kementerian Kebudayaan Pendidikan dan Riset. Hal ini dimulai dengan integrasi fungsional antara Rumah Sakit Pendidikan dengan Fakultas Kedokteran di lima Perguruan Tinggi dan Rumah Sakit Pendidikan Utama. Kemudian diperluas menjadi suatu sistem mencakup Fakultas lain seperti Fakultas Kedokteran Gigi, Keperawatan Farmasi, Kesehatan Masyarakat; sementara di bidang pelayanan diperluas ke Rumah Sakit di tingkat rujukan lebih rendah sampai layanan primer seperti puskesmas. Pada bentuknya yang ideal, Dinas Kesehatan yang bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di suatu wilayah ikut bergabung dalam sistem ini. Dengan cara ini terjadi sinergi antara fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian yang akan berujung pada peningkatan kualitas layanan, kesesuaian produksi tenaga kesehatan dengan kebutuhan serta distribusi tenaga kesehatan. Fakultas-fakultas kedokteran juga harus memulai untuk tidak hanya membangun rumah sakit pendidikan saja tetapi juga klinik pratama pendidikan.

Peran komunitas sosial itu menuntut adanya pendekatan lintas disiplin, tidak bisa hanya kesehatan saja, kedokteran atau keperawatan dan sebagainya tapi pendekatan sosial humaniora penting juga karena mengedukasi dan meningkatkan literasi kesehatan di masyarakat itu memerlukan skill tersendiri. Transformasi layanan kesehatan primer tidak lepas juga dari transformasi sumber daya manusia yang bekerja di layanan kesehatan primer tersebut. Peningkatan kapasitas dan kompetensi disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat. Restrukturisasi mulai dari tingkatan di Kementerian Kesehatan hingga ke Puskesmas harus disesuaikan kembali dan menyambung satu sama lain. Institusi pendidikan mendukung dengan menyelenggarakan pendidikan *post-graduate* bagi tenaga kesehatan yang bekerja di layanan primer. Selain dokter, pengembangan tenaga kesehatan juga dilakukan untuk tenaga promkes dan perawat komunitasnya. Kurikulum pada pendidikan kedokteran dan nakes lainnya pun harus berorientasi pada penyelesaian masalah di lapangan.

Dari sisi kompetensi SDM untuk manajemen layanan kesehatan primer, Kepala Puskesmas memiliki peran yang cukup besar dalam menentukan arah dan pergerakan Puskesmas

dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Kepemimpinan yang baik dari Kepala Puskesmas memungkinkan kerja tim, mendorong partisipasi, dan mengembangkan kemampuan untuk bekerja secara profesional. Penguatan perlu dilakukan melalui pelatihan manajemen Puskesmas dan pelatihan kepemimpinan bagi kepala Puskesmas. Selain itu, selama tahun 2015–2016, hanya 30,1% dari layanan kesehatan dan staf pendukungnya yang mendapatkan pelatihan dan manajemen layanan kesehatan.

4.2.3 Physical Infrastructure

Kepadatan dan sebaran fasilitas Puskesmas mengacu pada lokasi fisik fasilitas dan penyebarannya relatif terhadap populasi. Jumlah dan jenis fasilitas yang dibutuhkan di suatu negara atau wilayah tergantung pada kebutuhan populasi dan *model of care*. Rasio Puskesmas berbanding kecamatan secara Nasional adalah 1,39 (Kemenkes, 2019). Pertumbuhan Puskesmas dalam lima tahun terakhir hanya tumbuh 4,5% dari 9.767 puskesmas di 2016 menjadi 10.203, berbeda jauh dengan rumah sakit yang tumbuh hingga 19.7% dari 2.045 di 2016 menjadi 2.449 di 2020 (Kemenkes RI, 2021a).

Berdasarkan hasil laporan Rifaskes Tahun 2019, dari sejumlah sampel Puskesmas menurut provinsi yang dilakukan survei yaitu 99,2% dari 9.909 atau sekitar 9.831 Puskesmas diketahui ada pelayanannya, 0,16% (16 Puskesmas) tidak ada layanan, 0,29% (29 Puskesmas) berubah fungsi dan 0,09% (9 Puskesmas) tidak ditemukan bangunannya. Berkaitan dengan proporsi lama ketersediaan listrik dari total sampel Puskesmas menurut provinsi dengan listrik yaitu 9.627, didapatkan hasil Puskesmas yang mempunyai akses listrik 24 jam ada sebesar 90.5% (8.716 Puskesmas), >12 jam tetapi <24 jam sebesar 3,5% (333 Puskesmas), 6–12 jam sebesar 4,4% (427 Puskesmas), dan < 6 jam sebesar 1,6% (151 Puskesmas). Kemudian yang tidak kalah pentingnya juga pada infrastruktur di layanan kesehatan primer adalah sumber air bersih, Rifaskes Tahun 2019 mencatat dari 9.831 Puskesmas menurut provinsi yang di survei, 3.556 Puskesmas sejumlah menggunakan PAM, penggunaan sumur bor ada 3.306 Puskesmas, sumur gali ada 1.741 Puskesmas, mata air ada 643 Puskesmas, penampungan air hujan ada 268 Puskesmas, air permukaan ada 159 Puskesmas, sisanya 158 Puskesmas menggunakan sumber air bersih lainnya.

Pada bagian ruangan di Puskesmas juga dilakukan survei yang bertujuan untuk bertujuan untuk mengetahui ketersediaan, kondisi dan fungsi ruangan beserta fasilitas dan sarana prasarannya. Adapun ruangan di 9.831 Puskesmas di seluruh provinsi yang disurvei berdasarkan kondisinya dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 5. Kondisi Ruang di Puskesmas

No.	Ruang	Jumlah Puskesmas yang memiliki	Kondisi (%)		
			Cukup baik	Kurang baik	Tidak baik
1.	Ruang administrasi kantor	9.515	94,3	5,3	0,4
2.	Ruang kepala Puskesmas	9.635	95,8	3,8	0,3
3.	Ruangan rapat	8.468	94,7	4,9	0,4
4.	Ruang pendaftaran dan rekam medis	9.689	92,7	6,7	0,6
5.	Ruangan tunggu	9.539	94,7	4,9	0,3
6.	Ruangan pemeriksaan umum	9.748	95,2	4,4	0,4
7.	Ruangan tindakan	8.484	94,2	5,3	0,5
8.	Ruangan imunisasi, KB dan KIA	9.746	94,8	4,8	0,4
9.	Ruangan kesehatan gigi dan mulut	8.629	96,2	3,5	0,3
10.	Ruangan ASI	5.997	90,4	8,4	1,1
11.	Ruangan promosi kesehatan	7.808	94,4	5,1	0,4
12.	Ruangan farmasi	9.713	93,4	6,1	0,5
13.	Ruangan persalinan	7.258	94,4	5,1	0,5
14.	Ruangan rawat pasca persalinan	6.298	94,4	5,1	0,5
15.	Laboratorium	9.081	91,7	7,4	0,9
16.	Ruangan sterilisasi	5.614	89,2	9,7	1,1

No.	Ruangan	Jumlah Puskesmas yang memiliki	Kondisi (%)		
			Cukup baik	Kurang baik	Tidak baik
17.	Ruangan penyelenggaraan makanan	3.955	89,8	9,3	0,9
18.	Ruangan gawat darurat/UGD	7.492	94,0	5,5	0,5
19.	Gudang umum	7.531	77,3	19,4	3,3
20.	Rumah dinas	7.279	77,6	17,0	5,4
21.	Garasi	6.023	86,5	11,7	1,8
22.	Ruangan khusus untuk pemeriksaan Pasien TB	6.007	90,9	8,0	1,0
23.	Ruangan khusus untuk pemeriksaan Pasien TB MDR	3.352	91,7	7,2	1,1
24.	Ruangan pemeriksaan khusus untuk pasien infeksi	1.564	92,5	6,4	1,1

Sumber: Rifaskes, 2019

Laboratorium kesehatan merupakan salah satu sarana penunjang dalam pelaksanaan upaya pelayanan kesehatan. Laboratorium kesehatan diperlukan untuk memeriksa, menganalisis, menguraikan, dan mengidentifikasi bahan dalam penentuan jenis penyakit, penyebab penyakit, dan kondisi kesehatan tertentu. Jumlah laboratorium kesehatan berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019 terbanyak dimiliki oleh swasta, yaitu sebanyak 1.056 laboratorium. Pada tahun 2020 meningkat menjadi 1.275 laboratorium dan diantaranya 174 laboratorium sudah terakreditasi.

Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020 mencatat kepemilikan laboratorium kesehatan terbanyak kedua yaitu laboratorium pemerintah kabupaten/kota, yakni sebanyak 228 laboratorium, jumlah tersebut mengalami peningkatan setelah tahun sebelumnya yaitu pada tahun 2019 ada 206 laboratorium. Kepemilikan laboratorium kesehatan terbanyak ketiga yaitu laboratorium milik pemerintah provinsi, yakni sebanyak 27 laboratorium di 2019, yang pada tahun 2020 bertambah menjadi 28 laboratorium. Laboratorium kesehatan paling

sedikit dimiliki oleh Kementerian Kesehatan, yaitu 4 laboratorium berupa Balai Besar Laboratorium Kesehatan yang menjadi pengampu laboratorium kesehatan yang tersebar di Indonesia. (Kemenkes RI, 2020; Kemenkes RI, 2021a).

Peningkatan atau penambahan laboratorium-laboratorium kesehatan tersebut menjadi penanda respon pemerintah pada penanganan pandemi COVID-19 yang terjadi 2 tahun terakhir ini.

Adapun kondisi ruangan dari 4.090 Puskesmas rawat inap di seluruh provinsi hasil Rifaskes Tahun 2019 adalah sebagai berikut:

Tabel 6. Kondisi Ruangan di Puskesmas Rawat Inap

No.	Ruangan	Jumlah Puskesmas yang memiliki	Kondisi (%)		
			Cukup baik	Kurang baik	Tidak baik
1.	Ruang rawat inap	4.034	91,6	8,0	0,4
2.	Ruang rawat inap pasien penyakit infeksi	1.286	90,5	8,5	1,0
3.	Ruang jaga petugas	3.733	92,0	7,5	0,4
4.	Kamar mandi/WC pasien	3.972	85,6	12,8	1,6
5.	Laboratorium	2.553	93,1	6,1	0,8
6.	Ruang cuci linen	1.743	85,3	12,9	1,8

Sumber: Rifaskes, 2019

Persentase kondisi tempat tidur dari 4.094 Puskesmas rawat inap, sebesar 64,7% dalam kondisi seluruhnya baik, 30,5% sebagian besar baik, 4,3% sebagian besar buruk, dan 0,4% seluruhnya buruk. Secara keseluruhan, Rifaskes Tahun 2019 juga mengumpulkan data proporsi terkait kondisi bangunan khusus Puskesmas rawat inap berdasarkan beberapa kategori adalah sebagai berikut :

Tabel 7. Kondisi Bangunan Puskesmas Rawat Inap Berdasarkan Kategori

Karakteristik	Puskesmas Rawat Inap N	Kondisi Bangunan (%)			
		Baik	Rusak Ringan	Rusak Sedang	Rusak Berat
Kategori Puskesmas Sesuai SK Penetapan					
Tanpa SK	403	82,1	12,7	3,5	1,8
Perkotaan	733	88,0	9,0	2,7	0,3
Perdesaan	2.007	85,2	11,2	2,8	0,8
Terpencil	959	71,9	19,4	7,2	1,5
Status Akreditasi PKM					
Tidak Terakreditasi	589	67,9	19,5	9,5	3,1
Dasar	1.148	81,4	13,8	3,9	0,9
Madya	1.944	84,9	12,0	2,5	0,6
Utama	398	92,2	4,8	2,8	0,3
Paripurna	23	95,7	4,3	0,0	0,0
Status Pola Pengelolaan Keuangan Puskesmas					
BLUD	1.278	86,2	10,1	2,9	0,9
Non BLUD	2.824	80,5	14,1	4,4	1,0

Sumber: Rifaskes, 2019

4.2.4 Obat-obatan dan alat kesehatan lainnya

Dalam konteks desentralisasi, penyediaan dan pengelolaan anggaran untuk obat-obatan dan peralatan kesehatan esensial di sektor publik ditanggung oleh pemerintah daerah. Namun demikian, pemerintah pusat tetap berwenang untuk menjamin kecukupan pasokan obat dan *buffer stock* serta menjamin keamanan, khasiat, dan mutu obat.

Obat-obatan, vaksin, dan peralatan medis tetap menjadi tantangan utama. Formulir Rencana Kebutuhan Obat (RKO) belum dikembangkan secara optimal. Kekurangan atau kekosongan obat/alat kesehatan di layanan kesehatan milik pemerintah disebabkan keterbatasan Puskesmas dan Dinas Kesehatan menyusun Rencana Kebutuhan Obat (RKO) dan mengaplikasikan e-catalog. Sebagian besar perencanaan masih menggunakan RKO yang hanya didasarkan pada konsumsi/penggunaan sebelumnya dan sulit mengantisipasi kebutuhan dinamis terkait dengan perubahan pola penyakit atau peningkatan cakupan program.

Pemesanan obat yang dilakukan oleh fasilitas layanan kesehatan juga sering tidak dipenuhi. Hambatan dari perspektif pemasok (supplier) adalah tenggang waktu yang lama antara pemesanan dan pengiriman – dalam beberapa kasus bahkan lebih dari enam bulan,

tunggakan pembayaran pembelian yang belum dipenuhi, ongkos kirim mahal, persyaratan minimal order yang tidak dipenuhi, dan obat tidak masuk dalam e-catalog (saat ini sekitar 8% obat formularium nasional belum masuk ke dalam e-catalog) (Bappenas, 2018).

Selain itu, meskipun tingkat ketersediaan telah mencapai 96,82%, obat dan vaksin belum terdistribusi merata antar-provinsi yang mencerminkan buruknya manajemen logistik obat dan vaksin. Hanya 35,15% Puskesmas dan 41,72% Instalasi Farmasi RS yang memiliki pelayanan kefarmasian sesuai standar. Ada kesenjangan yang mencolok dalam ketersediaan obat dan vaksin antara fasilitas kesehatan publik dan swasta.

Penggunaan obat generik naik, tetapi penggunaan obat rasional di fasilitas pelayanan kesehatan baru mencapai 61,9%. Hal ini terutama disebabkan oleh masih rendahnya penerapan formularium dan pedoman penggunaan obat secara rasional, yang sayangnya tidak dapat diawasi dengan sistem pelaporan saat ini.

Di lain pihak, penduduk yang mengetahui tentang seluk-beluk dan manfaat obat generik masih sangat sedikit, yakni 17,4% di pedesaan dan 46,1% di perkotaan. Sebanyak 35% rumah tangga dilaporkan menyimpan obat termasuk antibiotik tanpa adanya resep dokter menjadi bukti rendahnya pengetahuan masyarakat tentang obat (Kemenkes, 2019).

4.2.5 Kemitraan antara sektor publik dan swasta

Penyedia layanan non-pemerintah memainkan peran penting dalam pemberian layanan kesehatan di Indonesia. Pertama, seperti di banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah, sektor swasta seringkali menjadi pilihan penyedia layanan yang lebih disukai - bahkan di antara orang miskin - karena dianggap memiliki mutu dan ketersediaan obat yang lebih tinggi. Hampir dua pertiga dari pemanfaatan rawat jalan dan dua perlima pemanfaatan rawat inap dari layanan perawatan kesehatan terjadi di sektor swasta di Indonesia. Kedua, organisasi masyarakat sipil (CSO) - termasuk non-pemerintah organisasi dan organisasi nirlaba - merupakan bagian integral dari Indonesia respon nasional terhadap human *immunodeficiency* virus (HIV), tuberkulosis (TB), dan malaria.

Berdasarkan data dari BI dan LPP sampai dengan Juli 2021, sebanyak 14% peserta JKN atau sekitar 26,7 juta jiwa dari 194 juta jiwa peserta aktif BPJS) terdaftar di klinik swasta. Sebanyak 24% FKTP Kerjasama adalah klinik swasta dan 22% total kapitasi (sekitar Rp 1,8 Triliun dari Rp 8.2 Triliun) dibayarkan ke klinik swasta. Sebanyak 82,3% dari 26,7 juta jiwa tersebut menyatakan puas atas layanan yang diterima dari klinik swasta. Ini mengapa selain integrasi

antara puskesmas dengan klinik swasta agar 100% publik bisa menerima layanan kesehatan berkualitas; diperlukan juga keterbukaan kemitraan serta dukungan untuk klinik-klinik swasta bisa optimal dalam memberikan layanannya.

Sementara itu, sebagian besar program kesehatan yang dilaksanakan oleh organisasi masyarakat sipil bergantung pada sumber daya yang disediakan oleh mitra pembangunan. Indonesia masih dapat mengakses dukungan dana *Global Fund* untuk mengatasi beban penyakit akibat AIDS, TB dan Malaria setidaknya sampai tahun 2022. Meskipun pembiayaan eksternal mewakili sebagian kecil dari keseluruhan pengeluaran kesehatan, itu menyumbang bagian yang signifikan (40–50%) dari sumber daya untuk HIV, TB, dan malaria - artinya kemungkinan akan ada kesenjangan yang signifikan dalam pemberian layanan jika kegiatan yang didukung oleh donor tidak diambil alih oleh pemerintah (Magnani, et al., 2018).

Harus diingat bahwa pelayanan kesehatan di tingkat primer juga diberikan oleh dokter praktik mandiri. Tidak ada dukungan dari pemerintah maupun lembaga pembangunan/donor untuk memastikan mereka memberikan layanan berkualitas. Padahal, kalau saja ada dukungan yang memadai untuk kelompok ini, bukan hanya layanan berkualitas yang dipastikan tapi juga memastikan para dokter praktik mandiri ini ikut serta dalam program strategis nasional.

Terdapat dua mekanisme utama yang tersedia dalam APBN untuk menyalurkan dana publik langsung ke organisasi masyarakat sipil. Jalur-jalur tersebut adalah: (1) melalui mekanisme pengadaan (belanja pengadaan barang dan jasa; (2) melalui dana bantuan pemerintah atau dana hibah; (3) mekanisme kerjasama. Meskipun ada mekanisme untuk mengakomodasi hampir setiap jenis kegiatan organisasi masyarakat sipil, ada beberapa tantangan untuk penggunaannya yang lebih luas. Hambatan umum yang dikutip oleh pemangku kepentingan dapat dikelompokkan di sekitar tiga tema utama: i) kurangnya informasi, ii) kapasitas terbatas, dan iii) krisis kepercayaan.

Untuk memfasilitasi kerjasama antara Pemerintah Indonesia dan penyedia layanan non-publik, diperlukan lingkungan yang mendukung. Ini harus mencakup i) mengatasi kesenjangan informasi antara pemegang anggaran Pemerintah dan CSO tentang semua peluang yang tersedia; ii) memperkuat proses anggaran dan perencanaan saat ini termasuk dukungan peningkatan kapasitas bagi penyandang dan penerima dana untuk mempersiapkan, menyerahkan, meninjau dan menilai proposal; dan iii) meningkatkan transparansi dan akuntabilitas kinerja sektor kesehatan.

4.2.6 Strategic Purchasing

JKN memberikan peserta akses ke paket layanan kesehatan yang diperlukan secara komprehensif, termasuk Puskesmas yang komprehensif (Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Bab IV tentang Manfaat Pemeliharaan Kesehatan). Pelayanan promotif dan preventif meliputi penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar, KB, dan pemeriksaan kesehatan. Paket layanan Puskesmas didefinisikan lebih lanjut oleh Kementerian Kesehatan dalam hal standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan di “fasilitas kesehatan tingkat pertama” (FKTP). Standar pelayanan minimal tersebut mencakup 144 kompetensi (pelayanan) yang harus diberikan Puskesmas [Permenkes No.5/2014 Pedoman Praktik Klinik untuk Dokter Pelayanan Primer]. Namun, dari 144 kondisi yang dimaksudkan untuk diberikan di fasilitas perawatan kesehatan primer, pedoman nasional hanya tersedia untuk 49 jenis penyakit.

Kontrak BPJS-K dengan penyelenggara kesehatan yang memenuhi kriteria kredensial yang ditetapkan oleh Depkes (Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 Bab III Kerjasama Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan Bagian Kedua Pasal 9). Dinas Kesehatan Kabupaten bekerjasama dengan BPJS-K melakukan kredensial bagi penyelenggara Puskesmas. Dalam memilih fasilitas kesehatan yang akan dikontrak, BPJS-K tidak hanya mempertimbangkan sejauh mana fasilitas memenuhi standar regulasi, tetapi juga apakah memiliki komitmen kualitas yang akan terus dipantau. Untuk fasilitas kesehatan yang memperbaharui kontraknya dengan BPJS-K harus melalui proses kredensial secara terus menerus.

Gaji dan *fee for service* sekarang digabungkan dengan kapitasi dan komponen berbasis kinerja untuk meningkatkan motivasi serta produktivitas yang lebih tinggi di tingkat Puskesmas. Hanya pemerintah daerah dengan kapasitas fiskal yang lebih baik yang dapat menetapkan gaji yang lebih tinggi, menerapkan struktur insentif baru untuk menghargai kinerja, dan memperkecil kesenjangan antara pegawai negeri dengan bayaran tertinggi dan terendah. Pada daerah dengan kapasitas fiskal rendah, terdapat kesempatan yang hilang untuk memotivasi peningkatan kualitas dan kinerja.

Pembayaran *fee for service* meliputi pelayanan kebidanan dan neonatal, seperti pemeriksaan kehamilan, persalinan normal, dll. Bagi bidan di bawah puskesmas dengan otonomi keuangan (BLUD), BPJS-K mentransfer dana ke puskesmas yang kemudian membayarkan dana kepada bidan. Untuk bidan di puskesmas non-BLUD (mayoritas), BPJS-K mentransfer dana ke dinas kesehatan kabupaten yang kemudian membayar bidan. Mekanismenya bervariasi dari satu kabupaten ke kabupaten lainnya karena berdasarkan

peraturan daerah dan ada cerita anekdot bahwa bidan desa sering tidak menerima transfer ini. Untuk bidan swasta, BPJS-K mentransfer dana langsung ke rekening bidan swasta.

Kapitasi dapat didefinisikan sebagai sistem pembayaran di mana agen pembayaran membayar penyedia layanan kesehatan dengan jumlah tetap per pasien yang ditanggung untuk serangkaian manfaat yang ditentukan untuk jangka waktu tertentu – terlepas dari berapa banyak perawatan kesehatan yang sebenarnya digunakan pasien. Keuntungan teoritis kapitasi mencakup kemampuan pembayar (*purchaser*) untuk mengendalikan biaya untuk serangkaian layanan, dan insentif bagi penyedia layanan untuk menjaga kesehatan populasi yang ditanggung (melalui layanan pencegahan dan perawatan berkualitas baik) sehingga dapat meminimalkan penggunaan perawatan kesehatan kuratif yang mahal. Agar efektif, sistem pembayaran berbasis kapitasi mengharuskan pembayar memiliki sistem pemantauan kualitas yang efektif, dan penyedia bertanggung jawab atas kekurangan penyediaan layanan atau rujukan berlebih. Jika tidak ada mekanisme untuk memantau dan meminta pertanggungjawaban penyedia atas kualitas, penyedia yang menerima pembayaran kapitasi memiliki insentif untuk memotong biaya dengan mengurangi atau menurunkan kualitas layanan.

Fasilitas menerima pembayaran tetap berdasarkan jumlah penerima JKN yang terdaftar – peserta PBI yang tinggal di daerah cakupannya, dan PBPU yang telah memilih fasilitas tersebut sebagai penyedia layanan primer mereka. Rata-rata pembayaran kapitasi per anggota JKN per bulan adalah Rp 6.158. Puskesmas menerima rata-rata kapitasi terendah per pasien—Rp 5.447 per anggota per bulan—tetapi cenderung memiliki populasi yang besar di *catchment area*. Pembayaran kapitasi rata-rata per anggota terdaftar di jenis fasilitas lain berkisar antara sekitar Rp 8.000 hingga Rp 10.000. Variasi rata-rata pembayaran kapitasi per peserta di seluruh kelompok pulau didorong oleh campuran relatif dari jenis fasilitas, dari tertinggi (Rp 6.366) di Jawa, di mana terdapat lebih banyak fasilitas swasta, hingga terendah (Rp 5.163) di Indonesia bagian timur, di mana Puskesmas mendominasi sebagian besar layanan kesehatan primer.

Angka kapitasi dinilai rendah dan hanya berdasarkan pertimbangan kesiapan sisi suplai tanpa ada kaitannya dengan kebutuhan layanan (*risk-adjusted*), khususnya untuk klinik swasta. Saat ini tidak ada penyesuaian untuk usia/jenis kelamin atau indikator kebutuhan kesehatan lainnya, yang ada hanya kesiapan layanan, termasuk ukuran fasilitas, dan keberadaan jenis tenaga kesehatan tertentu (dokter gigi, perawat, bidan, dokter); rasio kontak pasien untuk layanan kesehatan tertentu; indikator akreditasi; dan jumlah jam buka. Permenkes No. 52 Tahun 2016 pasal 5 menetapkan tarif kapitasi khusus untuk daerah

terpencil, namun besaran tersebut dinilai terlalu kecil sebagai kompensasi praktik dokter di daerah terpencil. Kurangnya penyesuaian yang memadai untuk perbedaan geografis dalam biaya memberikan perawatan primer diangkat sebagai perhatian oleh banyak pemangku kepentingan.

Tingkat kapitasi juga merugikan penyedia swasta, karena BPJS-K membayar tarif kapitasi yang sama kepada penyedia publik dan swasta, meskipun penyedia publik disubsidi oleh pemerintah, yang mencakup gaji petugas kesehatan dan biaya investasi. Selain itu, penyedia swasta mengeluh bahwa struktur biaya mereka juga berbeda karena tidak seperti penyedia publik, mereka tidak dapat mengakses obat-obatan dengan harga yang menguntungkan melalui sistem pengadaan pemerintah dan mereka tidak memiliki status bebas pajak.

Pembayaran kapitasi disalurkan ke FKTP berdasarkan jumlah penduduk yang memilih penyedia tersebut melalui pendaftaran BPJS. Klinik perawatan primer swasta BPJS menyimpan daftar pendaftaran di situs P-Care, dan pada prinsipnya penyedia dapat mengakses daftar tersebut kapan saja, tetapi mereka tidak diberitahu ketika seseorang ditambahkan atau dihapus dari daftar fasilitas tersebut. Beberapa FKTP mengeluhkan tidak tersedianya data terkait jumlah peserta yang terdaftar di FKTP, yaitu informasi yang diperlukan untuk melakukan edukasi dan upaya promotif preventif. Beberapa pemangku kepentingan mencatat beberapa masalah dengan P-Care dan apakah sumber data ini dapat digunakan secara efektif sebagai alat manajemen.

Distribusi peserta terdaftar di seluruh FKTP sangat tidak seimbang mengkhawatirkan. Meski rata-rata rasio peserta JKN terdaftar per dokter di FKTP adalah 5.000:1 yang menjadi target, rasio tersebut melebihi 8.500:1 untuk Puskesmas di 7 provinsi. Sebaliknya, FKTP yang bukan Puskesmas memiliki rasio yang jauh lebih rendah, biasanya di bawah 1:2.500. Penyedia layanan swasta khususnya tampaknya berada pada posisi yang kurang menguntungkan dalam hal distribusi peserta. Beberapa ketidakseimbangan ini mungkin mencerminkan pola pendaftaran yang diwarisi dari Jamkesmas dan program lain sebelumnya dan belum diperbarui untuk mencerminkan distribusi penduduk baru di bawah JKN.

Rasio pasien terdaftar dengan dokter yang terlalu tinggi atau terlalu rendah sama-sama bermasalah untuk pembayaran kapitasi. Jika rasionya terlalu tinggi, peserta terdaftar mungkin tidak memiliki akses tepat waktu ke layanan Puskesmas yang diperlukan. Jika rasionya terlalu rendah, pendapatan kapitasi untuk fasilitas tersebut mungkin tidak cukup untuk menyediakan obat-obatan, suplai dan input lain yang diperlukan, atau bahkan untuk tetap layak secara finansial.

Puskesmas milik pemerintah menerima banyak subsidi sisi penawaran dari sumber lain, seperti dijelaskan di atas. Untuk fasilitas ini, pembayaran kapitasi berfungsi sebagai "top-up" daripada pembayaran prospektif yang dirancang untuk menutupi biaya penuh penyediaan layanan. Di sisi lain, klinik milik swasta tidak menerima subsidi dari sisi penawaran pemerintah lainnya. Sementara pembayaran kapitasi sedikit lebih tinggi untuk klinik swasta, mereka masih secara efektif menutupi sebagian kecil dari biaya layanan penuh mereka. Hal ini menjadi disinsentif bagi fasilitas swasta untuk melakukan kontrak dengan BPJS.

Pemanfaatan dana kapitasi yang dibayarkan oleh BPJS-K kepada Puskesmas atau Kantor Kecamatan diatur dalam Peraturan Presiden (Perpres) No.46/2021. Perpres ini diterbitkan untuk memberikan pedoman yang lebih jelas tentang bagaimana kapitasi harus dikelola untuk menghindari multitafsir di tingkat daerah serta untuk mengurangi potensi SILPA (surplus anggaran) di fasilitas umum (seperti dalam pandangan Kemenkeu, SILPA adalah dana yang menganggur). Pasal 7.3 menyatakan bahwa dana yang tidak terpakai pada tahun anggaran berjalan akan digunakan oleh BPJS sebagai bahan pertimbangan untuk mengalokasikan pembayaran untuk tahun anggaran berikutnya. Tujuannya adalah untuk mendorong Puskesmas menggunakan dana tersebut. Hal ini berpotensi menimbulkan insentif sesat yang mengucurkan dana untuk kegiatan yang sebenarnya tidak dibutuhkan atau memberatkan FKTP dengan kapasitas terbatas.

Puskesmas semakin diberi keleluasaan untuk mengelola keuangannya sendiri, dan sejumlah fasilitas telah diubah menjadi BLUD Puskesmas, yang memungkinkan mereka untuk mengelola keuangannya sendiri. Pemerintah daerah juga telah disarankan untuk tidak terlalu mengeksploitasi Puskesmas untuk tujuan pendapatan. Menurut Perpres No. 32 meskipun Puskesmas belum dikonversi menjadi BLUD, dana kapitasi tidak lagi masuk ke kas daerah tetapi langsung ke rekening Puskesmas, tetapi masih memerlukan persetujuan untuk membelanjakan uang yang disimpan di kas daerah.

Bahkan di Puskesmas otonom, aturan yang rumit tentang alokasi pendapatan kapitasi menyebabkan penyerapan yang rendah dalam beberapa kasus. Ada juga beban administrasi yang berat untuk pelaporan pengeluaran. Ada rekening kas yang berbeda untuk setiap sumber pendanaan (misalnya JKN, anggaran Depkes, APBD) dengan laporan keuangan yang berbeda untuk setiap rekening. Anggota staf fasilitas kesehatan yang berbeda harus melengkapi laporan keuangan untuk setiap akun, sehingga staf klinis menghabiskan banyak waktu untuk pelaporan keuangan. Penyerapan pendapatan kapitasi di tingkat Puskesmas juga mengalami beberapa kendala, terutama 40% untuk belanja

operasional karena khawatir melanggar peraturan dan membelanjakan dana secara tidak tepat.

Ada kemajuan yang baik dalam kontrak dan pembayaran penyedia untuk Puskesmas di bawah JKN, tetapi beberapa tantangan implementasi telah membatasi dampak mekanisme pembelian ini pada pemberian layanan, kualitas dan efisiensi FKTP. Tingkat rujukan tetap tinggi, dan ketidakseimbangan pengeluaran BPJS antara Puskesmas dan tingkat perawatan yang lebih tinggi tetap ada.

Distribusi peserta JKN yang tidak merata di seluruh FKTP menjadi perhatian utama, menciptakan risiko tinggi dan rendahnya rasio peserta terhadap dokter. Sistem pembayaran kapitasi saat ini menempatkan FKTP pedesaan pada posisi yang kurang menguntungkan karena tidak ada penyesuaian untuk biaya tetap yang lebih tinggi terkait dengan melayani penduduk di pedesaan dan daerah terpencil. Kerugian ini akan menjadi lebih buruk ketika pemotongan pembayaran berbasis kinerja dipraktikkan dan penyedia pedesaan lebih mungkin dihukum karena tidak memenuhi target tarif kontak.

Meskipun kemajuan telah dibuat untuk menghasilkan data tingkat Puskesmas yang lebih baik melalui P-Care, pemangku kepentingan menyampaikan beberapa kekhawatiran dengan sistem P-Care. Tidak semua Puskesmas memiliki akses ke data P-Care, sehingga mereka tidak dapat menggunakannya untuk mengelola kebutuhan kesehatan populasi terdaftar mereka, dan evaluasi kinerja tidak transparan. Kekhawatiran lainnya adalah Puskesmas, FKTP swasta, dan Dinkes tidak memiliki mekanisme untuk mengidentifikasi peserta JKN yang terdaftar untuk setiap FKTP dan data P-Care tidak terkait dengan data pemanfaatan rumah sakit, data tersebut memiliki nilai yang terbatas untuk pembuatan kebijakan, perencanaan, dan alokasi anggaran di tingkat pusat. tingkat daerah. BPJS-K sedang dalam proses pengembangan dashboard portal untuk para pemangku kepentingan (Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten, asosiasi penyedia layanan kesehatan dan organisasi profesi) sedang dalam pengembangan untuk memungkinkan mereka mengakses data dengan lebih baik.

Kekhawatiran yang lebih umum dengan semua sistem pembayaran yang digunakan untuk membeli layanan di bawah JKN adalah bahwa mereka terfragmentasi di berbagai tingkat perawatan tanpa keterkaitan antara kapitasi untuk Puskesmas dan sistem pembayaran INA-CBG untuk layanan sekunder dan tersier.

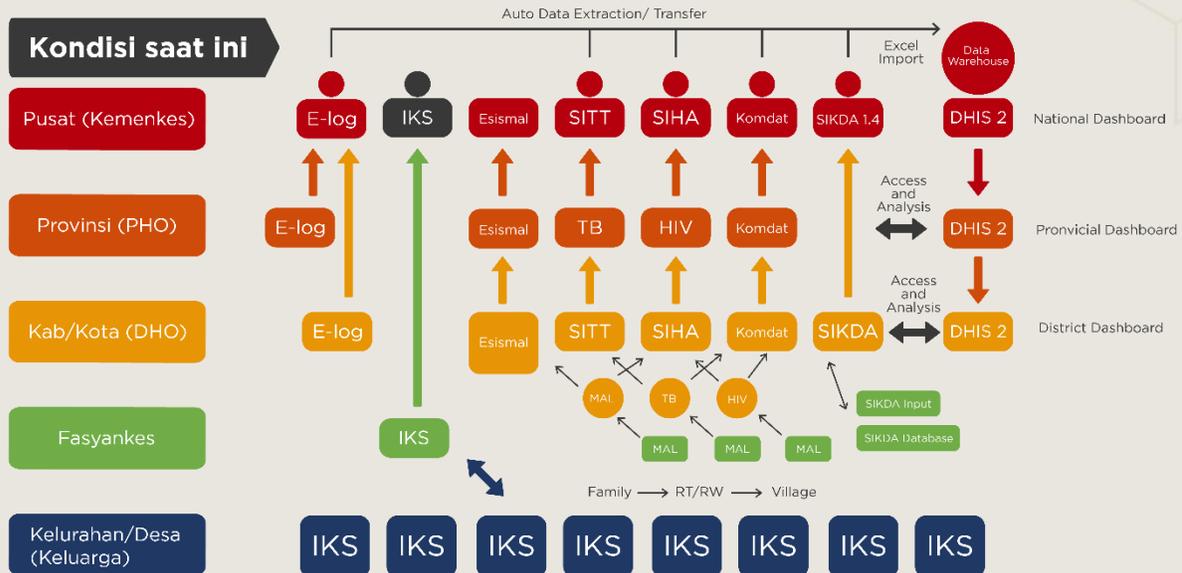
4.2.7 Digital Technologies for health

Pengelolaan informasi kesehatan di Indonesia ditandai dengan fragmentasi yang tinggi, kepatuhan yang buruk, verifikasi data yang sedikit dan pemanfaatan data yang kurang. Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kemenkes telah mengembangkan aplikasi standar untuk puskesmas (SIKDA-Generik) yang menggabungkan atau dapat menautkan ke aplikasi lain, namun saat ini hanya digunakan di sekitar 10% fasilitas. Sekitar 20–30% puskesmas menggunakan sistem elektronik lainnya, sisanya menggunakan sistem berbasis kertas. Sistem informasi rumah sakit utama, SIMRS digunakan hanya sebagian dari semua fasilitas. BPJS Kesehatan mengumpulkan data melalui dua sistem yang berbeda dari Kemenkes (p-Care dan e-Klaim), yang jauh lebih banyak digunakan (lebih dari 90% cakupan, baik penyedia publik dan swasta) tetapi hanya untuk pasien JKN. Ada kurangnya konsistensi dalam hal data, misalnya fasilitas dan pengenalan pasien dan perawatan.

Sistem informasi manajemen kesehatan saat ini yang mendukung fungsi pemantauan dan evaluasi dalam sektor kesehatan sangat terfragmentasi, dengan banyak bidang yang tumpang tindih. Di Kemenkes sendiri, Pusat Data dan Informasi (Pusdatin), Pusat Informasi Direktorat Pelayanan Kesehatan (Pusat Informasi BUK), dan Litbangkes bertanggung jawab atas pengelolaan dan koordinasi data. Kemenkes secara rutin mengumpulkan data administratif, surveilans, dan survei dalam jumlah besar, tetapi menggabungkan data yang dikumpulkan dari berbagai sub-sistem yang terfragmentasi ke dalam satu database nasional hingga saat ini terbukti sulit dipahami (Bank Dunia, 2017). Dipandu oleh Kebijakan SatuData (Kebijakan SatuData), Kemenkes berupaya untuk memungkinkan interoperabilitas dan sinkronisasi berbagai sistem informasi kesehatan, untuk memastikan pengumpulan data yang terstandarisasi, dan pengambilan keputusan yang akuntabel dan terinformasi.

Kebijakan Satu Data di Kementerian Kesehatan yang mengatur mengenai metadata, standar data, dan interoperabilitas antar sistem harus masuk ke dalam Prioritas Legislasi Kesehatan (Prolegkes) 2020. Secara paralel, Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) perlu memprioritaskan anggaran untuk memperkuat server dan merekrut konsultan ahli untuk membenahi interoperabilitas antar berbagai basis sistem data di tingkat direktorat teknis dan BPJS Kesehatan, seperti SIHA (Sistem Informasi HIV/AIDS), SITT (Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu), e-PPGBM, Sistem Informasi Puskesmas (SIP), KOMDAT (Komunikasi Data), sistem PIS-PK (Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga), e-SisMal (Sistem Informasi Malaria), P-Care, dsb. Advokasi kepada Kominfo untuk memastikan konektivitas antar layanan dapat mempercepat digitalisasi pelaporan dan catatan medis sehingga penegakan diagnosis di daerah dengan keterbatasan ahli dapat terbantu dengan telemedicine, pertukaran data resume medis pasien antar rumah sakit dapat terjadi secara

elektronik untuk mendukung Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE), serta gambaran tren penyakit dan proyeksi kebutuhan obat dapat tersedia secara real-time. Permenkes No.75 tahun 2014 tentang standar jenis tenaga Puskesmas perlu direvisi dengan menambahkan tenaga pengelola sistem informasi kesehatan.



Bagan 6. Fragmentasi pada sistem informasi kesehatan di Indonesia

Saat ini, sistem informasi kesehatan/manajemen yang mendukung perencanaan dan pelacakan kinerja di Kementerian Kesehatan sangat terfragmentasi. Saat ini, setidaknya ada tiga unit penanganan data di Kemenkes: Pusat Data dan Informasi (Pusdatin); Pusat Informasi Direktorat Pelayanan Kesehatan (Pusat Informasi BUK); dan Departemen Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Litbangkes). Kementerian Kesehatan mengumpulkan sejumlah besar layanan rutin, surveilans dan data survei, tetapi menggabungkan data yang dikumpulkan dari berbagai sub-sistem rutin ke dalam satu database nasional hingga saat ini terbukti sulit dipahami.

Pada tahun 2002 Menteri Kesehatan mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 551 tentang "Kebijakan dan Strategi Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS)" dan Keputusan Menteri Kesehatan No. 392 tentang "Pedoman Tata Cara Pengembangan Sistem Informasi (SIKDA)" dalam rangka Menyelaraskan Sistem Informasi dan Monitoring Kesehatan Indonesia. Inisiatif ini bertujuan untuk merampingkan beberapa sistem informasi yang dibangun tahun 90-an: Sistem Informasi Puskesmas (SP2TP/SIMPUS), Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS), Sistem Surveilans Penyakit dan Sistem Informasi Penelitian & Pengembangan

Informasi Kesehatan. Dalam keselarasan ini, Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) di kabupaten/kota merupakan bagian dari subsistem SIKDA di provinsi, sedangkan SIKDA di provinsi merupakan bagian dari subsistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS).

SIKDA seharusnya bertujuan untuk mendukung SIKNAS, tetapi desentralisasi sektor kesehatan berdampak negatif terhadapnya. Dengan desentralisasi, pengembangan sistem informasi kesehatan daerah menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Ketidadaan pedoman teknis standar pelayanan kesehatan (termasuk data dan informasi) mengakibatkan persepsi yang berbeda dari pemerintah daerah. Selain itu, Kementerian Kesehatan belum menyusun standar sistem informasi sehingga setiap program membangun sistem informasinya masing-masing dengan sumber data dari kabupaten/kota/provinsi. Hal ini menyebabkan sistem informasi kesehatan yang tidak standar serta variabel dan format input/output yang berbeda (seperti e-Puskesmas, SP3 online, dll di tingkat Puskesmas). Setiap sistem dan aplikasi yang dibangun oleh pemerintah daerah tidak dapat saling berkomunikasi. Juga terjadi penurunan dalam implementasi sistem informasi kesehatan nasional, seperti penurunan kelengkapan dan ketepatan waktu penyampaian data SP2TP/SIMPUS, SP2RS dan profil kesehatan. Reformasi yang sedang dipersiapkan oleh *Data Transformation Office* diharapkan dapat mengurai sengkabut ini.

Akan tetapi, reformasi ini tidak menyelesaikan persoalan kualitas data. Data yang dihasilkan dari masing-masing daerah tidak seragam, ada yang tidak lengkap dan terdapat ketidaksesuaian data variabel yang sama pada sistem informasi program kesehatan yang berbeda dan sistem informasi program kesehatan lainnya. Keabsahan dan keakuratan data diragukan, terutama karena tidak ada mekanisme validasi dan verifikasi data. Lambatnya pengiriman data dari jaringan Puskesmas, baik ke Dinas Kesehatan Kabupaten maupun ke Kementerian Kesehatan, mengakibatkan informasi yang diterima tidak up-to-date sehingga analisis data terhambat. Pada akhirnya, pengambil keputusan/pemangku kepentingan membuat keputusan dan kebijakan kesehatan tidak berdasarkan data yang tepat waktu dan akurat.

Oleh karena itu, pada awal tahun 2012, Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kementerian Kesehatan meluncurkan aplikasi SIKDA Generik. Seluruh unit pelayanan kesehatan yang meliputi Puskesmas dan Rumah Sakit, baik pemerintah maupun swasta, dapat saling terhubung melalui jaringan SIKDA Generik. Selain itu, aplikasi SIKDA Generik dirancang dan dikembangkan untuk memudahkan petugas Puskesmas melaporkan berbagai program kesehatan yang diamanatkan oleh Kementerian Kesehatan. Dengan demikian, diharapkan aliran data dari fasilitas tingkat paling bawah ke tingkat pusat dapat berjalan lebih lancar,

terstandarisasi, tepat waktu, dan akurat seperti yang diharapkan. Diharapkan aplikasi dapat digunakan secara efektif sebagai alat komunikasi/pengelola informasi di daerah dengan kemampuan pertukaran data dan informasi sehingga membantu pengelola data/informasi dalam menyediakan data status kesehatan masyarakat berdasarkan bukti.

Di beberapa daerah percontohan, sejak tahun 2017, SIKDA Generik di tingkat Puskesmas telah bertransformasi menjadi Sistem Informasi Puskesmas (SIP). SIP, baik secara elektronik (online) maupun nonelektronik (manual), adalah SIM yang memberikan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam melaksanakan pengelolaan Puskesmas dalam mencapai sasaran kegiatannya (SPM) sebagaimana tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan. 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal. Jejaring Puskesmas wajib menyampaikan laporan secara berkala kepada Puskesmas untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam Program Lokakarya Mini Lintas bulanan dan secara berurutan Puskesmas harus menyampaikan laporan rutin kegiatan Puskesmas kepada Dinas Kesehatan Kabupaten untuk penilaian kinerja.

SIP berisi 151 formulir dengan total 735 variabel, termasuk folder keluarga (formulir Profil Kesehatan Keluarga/Prokesga) yang merupakan file keluarga di mana setiap anggota keluarga mencatat data. Oleh karena itu, dari SIP kita mampu menghasilkan Indeks Keluarga Sehat (IKS) untuk tingkat desa, kecamatan, kabupaten/kota dan nasional. Pada saat yang sama, melalui mekanisme serupa, kita juga dapat memantau perkembangan Indikator Individu Sehat (IIS), Indikator Tatanan Sehat (ITS), dan Indikator Masyarakat Sehat (IMS) di semua tingkatan yang menjadi basis indikator Desa/ Kelurahan Sehat, Kabupaten/Kota Sehat, Provinsi Sehat, dan Indonesia Sehat.

Depkes juga akan terus menerima dukungan GFATM untuk mengejar pendekatan alternatif menggunakan platform Sistem Informasi Kesehatan Kabupaten II (DHIS2). Platform DHIS2 akan memungkinkan Kementerian Kesehatan untuk mengekstrak data dari beberapa sub-sistem data dan mengaturnya dalam "gudang data" yang terhubung dengan tabulasi yang kuat dan algoritma dasbor yang fleksibel untuk memastikan visualisasi data yang berguna. Platform ini sedang diuji coba di lima provinsi dan 10 kabupaten dengan pendanaan GFATM/HSS selama 2016–2017. Kemenkes mengusulkan untuk meningkatkan ke 50 kabupaten lain selama 2018–2020. Perlu dicatat, bagaimanapun, bahwa karena pendekatan DHIS2 adalah untuk mengekstrak data dari sub-sistem yang ada, itu tidak secara langsung menangani kualitas di bawah standar dari data yang dilaporkan di beberapa/banyak dari sub-sistem ini. Model DHIS2 didasarkan pada premis bahwa aksesibilitas data akan

mendorong penggunaan data, yang pada gilirannya akan menghasilkan permintaan akan data berkualitas lebih tinggi.

4.2.8 Sistem untuk meningkatkan kualitas layanan

Pada tahun 2016, Kementerian Kesehatan dan BPJS-K sepakat untuk menambahkan unsur berbasis kinerja pada pembayaran kapitasi, yaitu Kompetensi Pelayanan Berbasis Kapitasi (KBKP). KBKP diatur oleh peraturan bersama antara Kemenkes dan BPJS, yang diperbarui pada tahun 2017. KBKP dimulai di 33 ibu kota provinsi sebagai bagian dari implementasi bertahap. Di bawah KBKP, pembayaran kapitasi akhir ke FKTP didasarkan pada kinerja terhadap 4 indikator yang dilaporkan sendiri melalui P-Care: (a) Tingkat kontak (target=15/1.000 anggota per bulan); (b) tingkat rujukan non-spesialis; (c) rasio Peserta Program Penanggulangan Penyakit Kronis (Prolanis); dan (d) dan layanan penjangkauan (kunjungan rumah). Indikator selanjutnya pada akhirnya dikeluarkan dari standar pemeringkatan.

Namun, pelayanan kesehatan lebih banyak dilakukan di tingkat masyarakat dimana pendanaan JKN (kapitasi dan DRG) tidak berpengaruh. Pelayanan di bawah tingkat Puskesmas/klinik dilakukan oleh tenaga sukarela (kader) yang biasanya dibiayai oleh Dana Desa dengan standar yang terbatas. Satu-satunya pilihan agar JKN dapat mempengaruhi pelayanan berkualitas di tingkat desa adalah dengan mengontrak Bidan Desa untuk meningkatkan jangkauan pelayanan gizi, mis. konseling sebagai bagian dari ANC/PNC dan PMBA. Namun, ada kekhawatiran bahwa alokasi ini tergantung pada kebijaksanaan Perangkat Desa yang tidak dibakukan di seluruh desa. Selain itu, bagi bidan, peningkatan keterlibatan dalam layanan penjangkauan mungkin menyita waktu dan sumber daya dari tanggung jawab mereka yang sudah berkembang. BOK mungkin merupakan sumber yang lebih baik untuk layanan penjangkauan dan perlu diselaraskan dengan mekanisme pembayaran lainnya.

Karena JKN belum mengoptimalkan sistem yang efektif untuk melacak dan mengelola rujukan, klinik perawatan primer mungkin hanya merujuk kasus ke fasilitas tingkat tinggi, daripada menanggung risiko yang terkait dengan merawat populasi yang lebih sakit. Dengan demikian, insentif untuk menyediakan perawatan primer yang dikelola dengan baik, dan untuk menghindari rujukan yang berlebihan, tampaknya kurang.

Pemerintah pusat telah memberikan panduan yang mendefinisikan bagaimana pembayaran kapitasi harus digunakan, dengan setidaknya 60 persen dari pembayaran

dialokasikan untuk membayar biaya langsung ke petugas kesehatan dan hingga 40 persen untuk pengeluaran operasional (misalnya, perlengkapan). Insentif staf ini umumnya tidak terkait dengan kinerja penyedia, melainkan terkait dengan kualifikasi staf seperti: (a) Pendidikan; (b) Tahun pengalaman; (c) Posisi; (d) Apakah seorang manajer program; (e). Kehadiran/ketidakhadiran. Ini merupakan kesempatan yang hilang untuk memotivasi peningkatan kualitas dan kinerja dan menyiratkan bahwa pembayaran kapitasi mungkin hanya menjadi "rejeke nomplok" bagi banyak pekerja kesehatan yang terlepas dari bagaimanapun kinerjanya akan tetap digaji.

4.2.9 Primary health care-oriented research

Penelitian dan *knowledge management*, termasuk diseminasi *lesson learned*, serta pemanfaatan pengetahuannya untuk percepatan peningkatan strategi keberhasilan guna memperkuat sistem yang berorientasi pada layanan kesehatan primer (WHO, 2020). Kurangnya implementasi hasil penelitian dalam layanan kesehatan primer sehingga strategi dan pemanfaatan teknologi dalam pemeriksaan masih lebih banyak diimplementasikan di level rujukan. Layanan kesehatan primer hanya menjadi objek dari kebijakan yang harus mengikuti WHO atau kebijakan umum yang diketahui tanpa ada penelitian-penelitian baru yang mungkin lebih spesifik pada *primary health care*. Misalnya pada pemeriksaan awal untuk diagnosis, dokter hanya mencocok-cocokkan dengan diagnosis standar untuk klaim karena alat yang kurang memadai sehingga diperlukan penelitian dan pengembangan dan audit rutin untuk menyamakan standar diagnosis dan cara klaim yang melibatkan Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan.

4.2.10 Monitoring and evaluation

Berkenaan dengan keterampilan inti untuk memantau dan mengevaluasi program, sebagian besar keterampilan pemantauan inti dan beberapa keterampilan evaluasi yang dibutuhkan sudah ada dalam sistem kesehatan. Meskipun agak bervariasi menurut bidang program, secara umum keterampilan staf untuk pemantauan program relatif kuat di tingkat pusat dan relatif lemah di tingkat kabupaten. Namun, peran dan tanggung jawab staf tampak kacau. Banyak staf program di semua tingkatan, tetapi terutama di tingkat sub-nasional, tidak merasa bahwa M&E adalah tanggung jawab mereka, dan dengan demikian tidak melihat peran mereka termasuk memeriksa keakuratan data yang dikirimkan. Tidak cukup staf yang diberi tanggung jawab M&E untuk dapat mengimbangi kurangnya keterlibatan ini. Penggunaan data untuk pengambilan keputusan di antara staf program tampaknya juga terbatas, dan umpan balik sistematis dari tingkat pusat hingga daerah terbatas. Pergantian

staf merupakan kendala utama bagi upaya pengembangan kapasitas, terutama di tingkat sub-nasional di mana kapasitas keseluruhan lebih lemah. Kapasitas untuk melakukan evaluasi lebih lanjut lebih terbatas, tetapi Kemenkes secara teratur melibatkan pakar dari universitas di Indonesia untuk membantu hal ini. Kemenkes kurang memanfaatkan pendanaan GFATM untuk pengadaan bantuan teknis guna membangun kapasitas, sebuah praktik yang harus dibalik pada tahun-tahun terakhir pendanaan GFATM.

A person wearing full personal protective equipment (PPE) including a white cap, a clear face shield, safety glasses, and a white surgical mask. They are wearing a white lab coat and are looking down at a document they are holding. The background is a plain wall with some vertical lines. The entire image has a reddish-brown tint.

Bab 5

**Interkoneksi Antar Sektor:
Menuju *Health in All Policies***



Many of the most important choices that determine the outcome of a health emergency, such as the COVID-19 pandemic, occur long before the crisis itself strikes.

Tedros Adhanom Ghebreyesus

Setelah menyelidiki dimensi struktural dan diskursif reformasi layanan kesehatan primer, sub-bab ini akan melihat lebih dari situasi kebijakan saat ini ketika mengidentifikasi penggerak perubahan. Banyak pendorong yang akan membentuk pengembangan layanan kesehatan primer akan muncul dari luar area kebijakannya: faktor pergeseran sosial, teknologi, ekonomi, lingkungan, politik dan nilai (disingkat menjadi *STEEP*V). Oleh karena itu, panel ahli *STEEP*V juga diminta untuk mengidentifikasi dan memprioritaskan isu-isu strategis yang penting. Kami meminta panel yang berisi narasumber ahli di setiap elemen *STEEP*V untuk mengurutkan setiap ide sesuai dengan kepentingannya untuk keberlanjutan layanan kesehatan primer dan seberapa mendesaknya intervensi kebijakan.

Berdasarkan masukan dari para narasumber, tim peneliti mensintesis masukan dalam setiap elemen *STEEP*V ke dalam elemen-elemen berikut:

5.1 Sosial

1. Masyarakat perlu dilibatkan sebagai mitra/*intermediaries*. Diperlukan pendekatan *participatory approach* yang menghargai pengetahuan, keahlian, pengalaman dan kearifan lokal masyarakat atau kader kesehatan yang diajak berkolaborasi. Proses pemberdayaan akan berlangsung lebih efektif daripada menganggap mereka sebagai penerima intervensi saja.
2. Istilah kader berfungsi sebagai istilah umum untuk berbagai petugas kesehatan awam yang dipilih dan dilatih untuk bekerja di komunitas/masyarakat. Berbagai macam judul, peran, dan cakupan pekerjaan untuk kader. Mereka telah disiapkan sebagai generalis atau spesialis dalam peran yang mungkin dicirikan dalam beberapa cara—misalnya, sebagai promotor kesehatan, penyuluh kesehatan, agen perubahan, atau manajer kesehatan komunitas/masyarakat. Semakin banyak program menghasilkan kader "formal" dengan 6-12 bulan pelatihan awal (disertai dengan pelatihan penyegaran secara berkala dan terpadu), menerima gaji, dan memberikan beragam kesehatan intervensi yang mungkin

termasuk perawatan kuratif serta pelayanan preventif dan/atau promotif (Dahn, et al., 2015).

3. Penghargaan utama yang dapat memperkuat keberadaan kader adalah kebanggaan dan identitas diri. Apa istilahnya *social prestige*, dimana mereka bangga bila dianggap ahli dalam bidang kesehatan dibandingkan masyarakat umum lainnya.
4. Kebijakan tenaga kesehatan sangat kaku. Tata-nan undang-undang kesehatan yang mengatur peran ahli sosial humaniora bidang kesehatan sebagai tenaga kesehatan belum tersedia.
5. Orang-orang dengan sosial ekonomi rendah cenderung mengalami peningkatan morbiditas dan memiliki harapan hidup kurang dari 70 tahun, hal ini dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan primer. Penyesuaian risiko pada sistem kapitasi di layanan kesehatan primer yang didasarkan pada faktor sosial ekonomi termasuk usia dan jenis kelamin dapat menjadi cara yang layak untuk mencapai pemerataan akses, maksimal pemanfaatan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan (Zahroh et al., 2018).

5.2 Teknologi

1. Intervensi teknologi digital di bidang kesehatan harus disesuaikan dengan sumber daya yang dimiliki masing-masing daerah. Kelompok daerah yang sudah memiliki infrastruktur dan sumber daya memadai akan lebih mudah menerima intervensi dari pusat dibandingkan daerah yang belum siap.
2. Listrik dan internet menjadi sumber daya vital bagi Puskesmas. Di Indonesia masih ada kurang lebih 13% Puskesmas memiliki akses listrik kurang dari 24 jam, artinya tidak selalu ada listrik untuk pelayanan, akibatnya salah satu contoh yaitu input data P-Care dan pemeriksaan berbasis teknologi lainnya menjadi terhambat. Proses skrining kesehatan sampai dengan monitoring juga harapannya sudah mulai dengan memanfaatkan teknologi digital.
3. Kementerian Komunikasi dan Informasi sedang mempersiapkan infrastruktur digital nasional, termasuk jaringan Google Cloud. Tahun depan rencananya, Microsoft Azure juga akan hadir di Indonesia. Artikel publikasi terkait *internet of things*, di Indonesia juga masih kurang dan ini bisa menjadi peluang terutama di sektor kesehatan agar dibentuk visi risetnya mengarah ke digitalisasi kesehatan.
4. Pada 25 Februari 2021, Microsoft mengumumkan inisiasinya, Berdayakan Ekonomi Digital Indonesia, yang menandai komitmen signifikan untuk memajukan pertumbuhan dan transformasi digital untuk Indonesia, ekosistem pengembang dan startup yang dinamis, perusahaan, dan sektor publik. Sebagai bagian dari rencana, Microsoft akan membangun wilayah pusat data pertamanya di Indonesia untuk menghadirkan layanan *cloud*

terpercaya secara lokal, dengan keamanan data kelas dunia, privasi, dan kemampuan untuk menyimpan data di dalam negeri. Microsoft juga mengumumkan rencana untuk menambah keterampilan 3 juta orang Indonesia untuk mencapai tujuannya memberdayakan lebih dari 24 juta orang Indonesia pada akhir tahun 2021, melalui program keterampilan yang telah lama ada yang dirancang untuk menciptakan peluang ekonomi inklusif di era digital (Microsoft, 2021).

5. Dengan wilayah pusat data yang baru, Indonesia akan bergabung dengan infrastruktur cloud terbesar di dunia dengan lebih dari 60 wilayah pusat data yang diumumkan hingga saat ini. Bisnis dari semua ukuran dan industri akan memiliki akses ke Microsoft Azure saat peluncuran, yang memungkinkan siapa saja untuk menciptakan tujuan menggunakan layanan dan kemampuan cloud yang mencakup komputasi, jaringan, database, analitik, kecerdasan buatan, dan Internet of Things (IoT). Microsoft memberikan keamanan dan privasi data tingkat perusahaan. Dengan lebih dari 90 sertifikasi kepatuhan, Microsoft memenuhi berbagai standar industri dan entitas peraturan (Microsoft, 2021).
6. Menjalinkan kerjasama dengan perusahaan yang memiliki *big data* adalah salah satu sinergi yang baik untuk transformasi layanan kesehatan primer. Fasyankes bisa menyusun program kesehatan dengan inovasi yang lebih baik karena tahu mengenai masalah yang dihadapi dan karakteristik/profil masyarakat melalui data tersebut. Pengelolaan data terpusat yang saling terintegrasi kedepannya akan mempermudah peneliti, pemangku kebijakan dan masyarakat dalam memotret masalah kesehatan yang terjadi dan mengembangkannya ke dalam penelitian/rekomendasi kebijakan.
7. Pro kontra pengadaan *telemedicine* masih menjadi perdebatan sampai sekarang. Belum ada regulasi yang cukup kuat untuk beralih ke layanan telemedicine yaitu pemeriksaan melalui foto, *video call* dan sejenisnya. Mengingat sebagian yang kontra berpegang pada UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 35 yang menyatakan bahwa dokter atau dokter gigi yang telah memiliki surat tanda registrasi mempunyai wewenang melakukan praktik kedokteran sesuai dengan pendidikan dan kompetensi yang dimiliki yang terdiri atas: a. Mewawancarai pasien; b. Memeriksa fisik dan mental pasien; c. menentukan pemeriksaan penunjang; d. Menegakkan diagnosis; e. Menentukan penatalaksanaan dan pengobatan pasien.

5.3 Ekonomi

1. *Inequity* atau ketimpangan semakin meningkat. Kondisi yang tidak berkeadilan atau timpang, menjadi lebih parah karena pandemi yang tidak berkesudahan. Berbagai upaya yang dilakukan oleh pemerintah belum terlihat membawa dampak signifikan memperbaiki kondisi ekonomi yang terpuruk.

2. Ketertarikan fasyankes swasta untuk ikut dalam skema BPJS terhalang oleh kebijakan kapitasi yang tidak adil. Kebijakan redistribusi peserta juga belum didesain dengan baik. Kementerian Kesehatan
3. Perhitungan kapitasi di Indonesia tidak didasarkan pada perhitungan risiko seorang individu atau secara keseluruhan. Tanpa adanya penyesuaian faktor risiko, sistem pembayaran kapitasi di layanan kesehatan primer bisa *overpay* atau *underpay*. Padahal secara teori kapitasi adalah unit pembayaran prospektif per pasien, per bulan atau tahun, dimana *payer* melakukan pembayaran tetap untuk serangkaian layanan yang telah ditentukan, terlepas dari kuantitas layanan yang sebenarnya disediakan (Telykov, 2001). Dengan sistem pembayaran ini, penyedia layanan akan menyadari risiko dan konsekuensinya karena mereka melakukan pelayanan di luar apa yang telah disepakati. Kapitasi memiliki tiga elemen penting: uang mengikuti pasien, pembayaran pelayanan kesehatan dibayarkan paling cepat setelah penentuan jumlah pasien mendaftar, dan penerima pembayaran diperlukan untuk mengelola perawatan secara efektif sehingga pengeluarannya tidak lebih besar dari pembayaran yang diterima (Zahroh et al., 2018)
4. Belum terpenuhinya alat-alat kesehatan oleh pasar dalam negeri memaksa impor secara besar dilakukan.

5.4 Lingkungan

1. Perubahan iklim mempengaruhi perubahan pola dari beberapa penyakit yang terkait dengan vektor. Perubahan dampak lingkungan juga berpengaruh pada penyakit infeksi dan penyakit non infeksi. Berkaitan dengan ketahanan pangan yang berujung pada masalah gizi. Kualitas air, udara dan tanah mempengaruhi keberlangsungan *hygiene* dan sanitasi pada tatanan rumah tangga yang ini dapat berdampak pada status kesehatan seseorang.
2. Puskesmas bisa juga dijadikan sebagai pusat *disaster preparedness dan surveillance*.
3. *Urban environment* tidak mendukung *healthy lifestyle*
4. Keberlangsungan pola perilaku masyarakat yang sehat harus didukung dengan keberadaan *urban environment* yang ramah. Area sepeda dan pedestrian penting menjadi concern pemerintah setempat dalam penataan kotanya.

5.5 Politik

1. Karir di PHC kurang menarik, dipandang tidak *attractive*, terutama disebabkan dari perbedaan jumlah insentif yang sangat besar antara dokter spesialis yang bekerja di rumah sakit. Spesialis kedokteran keluarga layanan primer (Sp KKLK) masih belum menjadi daya tarik mahasiswa fakultas kedokteran sebagai tempat untuk melanjutkan karirnya. Selain prospek pendapatan yang kurang dibanding spesialis lainnya, ada *passion*,

preferensi personal dan masalah premis kasus yang begitu luas di layanan kesehatan primer menjadi faktor-faktor Sp KKLK belum banyak peminatnya.

2. Dalam ranah kebijakan kesehatan, pandemi menjadi pengingat bahwa sangat penting bagi dokter untuk lebih berperan dalam politik perumusan kebijakan kesehatan. Seperti misalnya mendorong tersusunnya kebijakan yang lebih berpihak pada aspek kesehatan dan berlandaskan bukti ilmiah.
3. Kenaikan anggaran kesehatan karena pandemi bukan *by design*
4. Anggaran kesehatan di Indonesia masih kalah jauh dengan anggaran subsidi *fossil fuel* dan infrastruktur fisik lainnya. Kenaikan anggaran dari tahun 2020 sampai saat ini terjadi untuk mengatasi persoalan yang ada akibat pandemi.
5. Akses kesehatan terhadap seluruh rakyat Indonesia haruslah sama. Sama disini artinya tingkat ketimpangan antar daerah menjadi semakin kecil, *social mobility* meningkat dan mereview kembali sistem kesehatan disesuaikan dengan konteks kondisi masing-masing daerah.
6. Bila suatu wilayah memiliki akses pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, baik orang kaya, orang miskin, desa, kota, di pulau besar maupun kecil maka wilayah tersebut telah memiliki ekuitas yang adil dan merata. Distribusi pelayanan kesehatan, kuantitas dan kualitas pelayanan, serta sebaran sumber daya manusia dan distribusi sarana penunjangnya menjadi indikator *equity* dalam pelayanan kesehatan (Indrayathi & Noviyani, 2017).
7. Salah satu instrumen kebijakan yang bisa diintervensi dengan muatan layanan kesehatan primer yaitu GBHN (Garis Besar Haluan Negara). Wacananya tahun ini akan berlangsung penyusunan GBHN tersebut.
8. Meyakinkan pejabat politik untuk menjunjung isu kesehatan dengan turut serta meningkatkan elektabilitasnya.

5.6 Nilai

1. Peningkatan kompetensi kepemimpinan komunitas harus difokuskan pada pengambilan keputusan secara partisipatif, melakukan perencanaan perubahan sosial, proses perubahan yang direncanakan harus dimengerti dan bisa dilaksanakan secara luas oleh masyarakat, serta potensi kemampuan kepemimpinan diperluas pada populasi. Kepemimpinan merupakan salah satu kunci keberhasilan pemberdayaan masyarakat. Bila kepemimpinan desa itu peduli, jujur dan tulus hati, bertanggung jawab, amanah, dan tanggap, maka program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan berhasil (Lewis et al., 2008; Ife & Tesoriero, 2010; Sulaeman et al., 2012)

2. Kebijakan kesehatan yang seharusnya berpihak pada hulu
3. Hampir semua sektor Kementerian dan Lembaga bekerjasama untuk mengatasi masalah yang terjadi akibat pandemi ini, akan tetapi tanda-tanda arah pandemi ini hanya dipahami oleh orang kesehatan.
4. Kesehatan masyarakat antara lain yaitu *equity, social justice, participation, efficient, effectiveness, acceptability, dan accessibility*.
5. Pemerintah tidak mempunyai kepercayaan bahwa masyarakat mampu menjaga kesehatan. Swasta yang tidak menaruh percaya pada BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan dan swasta berada pada jalur yang sama yaitu tidak juga *trust* kepada pemerintah.



Bab 6

Pengembangan Skenario: Memetakan Kemungkinan Masa Depan Layanan Kesehatan Primer



*Anything is possible
if you have got enough nerve*

JK Rowling

6.1 Memahami *plausible scenarios* dalam Primary Health Care

Pandemi COVID-19 mengukuhkan peran sentral serta kebutuhan terhadap layanan kesehatan yang tangguh di level komunitas. Karenanya, layanan kesehatan primer yang merupakan *backbone* dari pencapaian *universal health coverage* seharusnya diperhitungkan sebagai bagian dari arah pembangunan pasca pandemi (World Bank, 2021).

Saat ini PHC menjadi fondasi untuk : a) mengeluarkan Indonesia dari pandemi melalui surveilans, testing, lacak kontak, vaksinasi ; dan b) menutup lubang kerugian akibat disrupsi sistem kesehatan melalui pemulihan layanan esensial. Tetapi memperhitungkan peran PHC bukan semata memberi ruang agar fungsinya saat ini dapat berjalan. Melainkan turut memastikan bahwa kapasitas layanan kesehatan primer setelah pandemi, mampu memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang terus berkembang.

Mempertimbangkan berbagai ketidakpastian yang dihadapi sektor kesehatan masyarakat, seberapa jauh Indonesia sudah menakar ketepatan arah perkembangan dan pelibatan PHCnya masih menjadi pertanyaan. Untuk itu, keberadaan skenario atau narasi masa depan dapat menjadi panduan dalam mempertimbangkan alternatif aksi terbaik di masa depan sistem kesehatan.

Memiliki skenario membantu pemangku kebijakan maupun aktor pembangunan dari berbagai sektor melihat dinamika sistem dalam perspektif yang lebih kompleks dan menyeluruh, mengakui ketidakpastian dan kekosongan yang ada dalam sistem, serta menantang asumsi tentang apa yang tidak atau seharusnya dilakukan.

Secara sistematis, skenario dikembangkan dengan pemahaman mengenai tren. Pemetaan tren selama periode tertentu akan memberi gambaran mengenai faktor-faktor utama yang berperan sebagai penggerak tren. Agar skenario atau narasi masa depan dapat dikembangkan, faktor-faktor penggerak tren yang signifikan tersebut perlu dipahami.

Ada sembilan tahap pengembangan dan analisis skenario. Tahap pertama adalah menentukan tujuan dan skenario horizon waktu, yaitu, dimana kerangka waktu skenario tersebut yang diperkirakan dapat bertahan. Tahap selanjutnya adalah menentukan aspek-aspek utama di bidang sosial, teknologi, ekonomi, lingkungan, dan nilai (*STEEP*) yang akan menjadi fokus pengembangan skenario, terutama dalam hal subjek ('siapa') dan apa yang

mungkin terjadi. Tahap ketiga adalah menentukan asumsi di setiap skenario, dilanjutkan dengan tahap keempat yaitu mengembangkan kerangka tren utama di setiap skenario. Tahap kelima adalah menulis skenario itu sendiri secara rinci, termasuk tahap keenam, adalah analisis situasi yang akan menjadi krisis di setiap skenario. Tahap ketujuh adalah mengembangkan antisipasi kebijakan di setiap skenario dengan mempertimbangkan apa yang bisa dikendalikan dan apa yang tidak bisa dikendalikan. Tahap kedelapan adalah mengembangkan strategi aksi berdasarkan antisipasi kebijakan dan terakhir, mengevaluasi setiap strategi berdasarkan kepentingan dan ketersediaan sumber daya.

Dalam laporan ini, penyusunan skenario merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari keseluruhan proses penajakan masa depan *PHC*, mulai dari pemetaan tren yang menjadi ciri pembangunan, identifikasi tantangan utama hingga penetapan prioritas pembangunan. Integrasi pengembangan dan analisis skenario semacam ini penting karena melibatkan hasil dari setiap tahap metodologis dalam tinjauan ke masa depan. Dalam konteks lain, dan jika diinginkan, pengembangan skenario ini juga dapat dilakukan untuk menyiapkan peta jalan dengan mempertimbangkan alternatif yang masuk akal di masa depan.

6.2. Plausible Scenarios – Skenario yang mungkin terjadi

Laporan ini menyoroti gap kapasitas serta komitmen pemerintah dalam merespon dan memberikan arah bagi layanan kesehatan primer di masa sebelum dan sesudah pandemi. Melihat ketahanan sistem kesehatan, terutama di layanan primer yang sangat bertanggung jawab pada soal pencegahan, perubahan perilaku.

RPJMN tahun 2020 sampai 2024 sudah menyebutkan tentang pelayanan kesehatan primer. Bahwa arah kebijakan pembangunan kesehatan nasional adalah meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta, dengan penguatan pelayanan kesehatan dasar atau namanya *primary health care*. Namun dibandingkan dengan negara lain, arah pembangunan *PHC* masih belum berlandaskan pada perubahan sistem. Padahal dampak transformasi layanan kesehatan primer terbukti nyata bagi *health outcomes, health system efficiency, dan health equity*.

Pemindaian cakrawala dan investigasi dimensi *STEEP* mengindikasikan dua faktor yang tarik-menarik menentukan arah pengembangan layanan kesehatan primer: komitmen ekonomi politik dan implementasi nilai serta prinsip kesehatan masyarakat. Kedua faktor tersebut muncul secara signifikan dalam pemetaan tren dan akan digunakan sebagai acuan utama dalam pengembangan skenario.

6.2.1 Poros Ekonomi Politik – Indonesia dan *Health in All Policies*

Deklarasi Alma Ata pada tahun 2008, mendorong reformasi untuk PHC dari sisi *service delivery, health coverage, dan health policy*. Pada kasus Indonesia, peralihan otoritas dari Presiden kepada parlemen mempengaruhi relasi kuasa penentuan arah kebijakan kesehatan (CISDI, 2020). Tantangan reformasi kesehatan kemudian bergantung pada kemampuan dalam menyeimbangkan komitmen reformasi di tingkat Presiden dengan kinerja perencanaan, implementasi, pemantauan, dan evaluasi yang efektif di lapangan.

Dalam praktiknya, komitmen dan keseimbangan ini terusik oleh tarikan-tarikan kekuasaan yang lebih besar dalam menentukan reformasi kesehatan tertentu. Terutama ketika menteri kunci terkait sektor kesehatan menjadi jabatan politik dan lebih banyak diambil dari partai politik untuk mendapatkan dukungan parlemen (TEMPO, 2019).

Pandemi COVID-19 juga telah melahirkan guncangan dahsyat yang menonjolkan ketidakseimbangan dan tarik ulur kepentingan antar sektor. Di sektor ekonomi, laporan berbagai lembaga internasional menunjukkan kontraksi ekonomi yang bisa memicu terjadinya resesi global (Inman, 2020 dalam Idil, 2021). Banyak negara, bahkan sudah mengumumkan antisipasi menuju resesi, misalnya Singapura dan Filipina (Lim, 2020 dalam UGM, 2020).

Kebutuhan normalisasi kehidupan melalui pemfungsian kembali aktivitas sosial dan ekonomi berangkat dari kekhawatiran berlangsungnya resesi, mengingat pandemi telah memberi disrupsi pada pergerakan ekonomi. Negara terjerat dalam dua arus tarikan yang seolah saling menegasikan: ekonomi politik versus kesehatan. Tarik ulur antara kepentingan ekonomi dan kesehatan sudah terlihat sejak merebaknya COVID-19 di Indonesia. Praktik buruknya tercermin kala penetapan kebijakan pelaksanaan Pilkada Serentak tahun 2020, kebijakan Pembatasan Sosial yang terlambat diberlakukan selama tahun 2021. Pilihan yang berlangsung cenderung bersifat *zero-sum*, yang melihat kedua kepentingan tersebut saling berseberangan dan meniadakan satu sama lain (Lin & Meissner, 2020).

Padahal negara yang cakap seharusnya mampu secara efektif menjalankan keseimbangan sejumlah fungsi dasar pemerintahan, yaitu: mulai dari kontrol administratif, pengelolaan keuangan publik dan aset negara, (re)konstruksi infrastruktur, serta menyediakan akses ke perawatan kesehatan bagi semua warga negara. Kecakapan ini hanya bisa terjadi bila "*health-in-all policy*" yang disadari menjadi dasar dalam pengambilan keputusan. "Kesehatan dalam semua kebijakan" didasarkan pada pengakuan bahwa kesehatan

penduduk dapat ditingkatkan melalui kebijakan yang dikendalikan oleh sektor-sektor diluar kesehatan (WHO, 2008a).

6.2.2 Poros Nilai - Pemahaman Fungsi Kesehatan Masyarakat

Dari pemetaan, terlihat juga tarikan dari sisi *demand* dan investasi yang masih terpusat pada rumah sakit. Dari sisi kebijakan, selama beberapa waktu pengembangan sistem kesehatan dibangun dengan fokus sekitar rumah sakit dan spesialisasi. Rumah sakit, dengan teknologi dan sub-spesialisasinya, telah memperoleh peran penting dalam sebagian besar sistem kesehatan di seluruh dunia (WHO, 2008a). Rumah sakit dilihat sebagai standar layanan kesehatan yang lebih bisa memberikan kualitas dan efisiensi bagi para pasien, dibandingkan layanan kesehatan dasar.

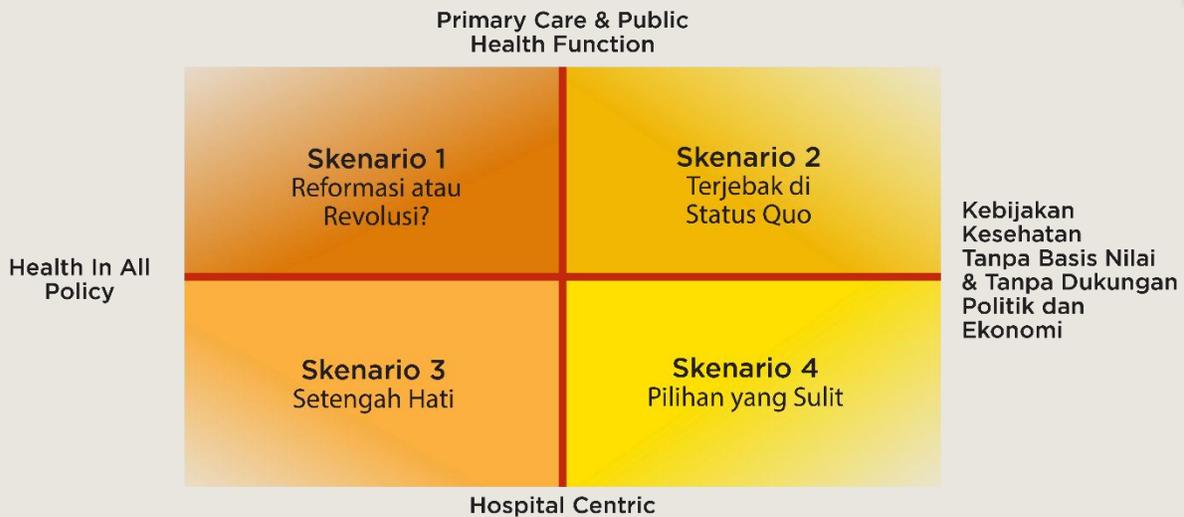
Padahal, fokus yang tidak proporsional pada rumah sakit dan subspesialis telah menjadi sumber utama ketidakefisienan dan ketidaksetaraan yang terbukti berdampak buruk dalam kondisi kegawatdaruratan kesehatan seperti pada Juli-Agustus 2021 lalu. Jika dilihat dari kacamata kesehatan masyarakat, maka fungsi dari layanan kesehatan primer yang ideal lebih mampu mendongkrak pemenuhan kebutuhan kesehatan.

Bukti dari negara-negara dengan sistem kesehatan yang mapan yang dikumpulkan Universitas Gadjah Mada Tahun 2020 menunjukkan bahwa 20% dari 1000 orang per bulan bisa mengestimasi kebutuhan obat atau layanan di poliklinik primer, tapi bahkan tak sampai 50%nya (100 orang) yang perlu membeli obat sederhana saja untuk mengurangi gejala. Hanya sekitar 55 orang yang membutuhkan layanan ke rumah sakit dan maksimal 10 orang (1%) yang memerlukan rawat inap. Berdasarkan perhitungan tersebut, bila upaya pencegahan primer berjalan dengan baik, maka beban pelayanan di rumah sakit akan turun secara signifikan (UGM, 2020).

Contoh kasus tersebut menunjukkan tarikan-tarikan antara *public demand* dan kebijakan dan konsiderasi nilai-nilai turut menjadi arah penentu perkembangan layanan kesehatan.

Kajian ini mengembangkan empat skenario untuk memberi pendekatan dan arah kebijakan pembangunan layanan kesehatan primer. Pengembangan skenario dilakukan melalui metode eksploratif deduktif dengan menggunakan data pada situasi terkini (*driver*, tren, tantangan). Setiap skenario memiliki karakteristik masing-masing serta probabilitas yang sama untuk bisa terjadi di tahun 2024.

Bagan 7. Kuadran Skenario Foresight PHC



Skenario 1 : Reformasi atau Revolusi ?

Skenario ini melihat arah perkembangan sistem kesehatan Indonesia dalam beberapa tahun ke depan dari kaca mata si optimis. Perkembangan yang terjadi diyakini akan menuju perbaikan menuju sebuah dunia ideal, dengan syarat utama terlaksana perbaikan struktural.

Pembelajaran selama pandemi, menempatkan Indonesia pada posisi saat yang tepat untuk melakukan reformasi menyeluruh pada layanan kesehatan primer. Skenario ini secara optimis melihat momentum pergantian kepemimpinan di tahun 2024 menjadi udara segar yang mampu memilah praktik baik dan buruk selama pandemi, serta mengimplementasikannya dalam mendorong *health in all policy*.

Karakteristik utama skenario ini, menempatkan perubahan struktural sebagai jalan perubahan cara pandang. Sehingga, kaca mata investasi mulai terarah untuk melihat

kesehatan sebagai investasi jangka panjang, bukan sebagai beban biaya pada jangka waktu singkat.

Ketersediaan kerangka regulasi yang solid, sebagai salah satu tolak ukur dari ketangguhan sistem kesehatan nasional. Saat ini, kerangka regulasi yang tersedia (Peraturan Presiden No. 72 tahun 2012) belum menjamin sistem kesehatan tersedia di tingkat daerah. Apabila kerangka regulasi dibuat menjadi Undang Undang, hal ini membuka kesempatan legislasi di tingkat daerah untuk memastikan adanya Sistem Kesehatan Daerah. Tersedianya Siskesnas dan Siskesda adalah contoh nyata sinergi pusat daerah dalam menentukan arah dan prioritas pembangunan kesehatan (CISDI, 2020).

Seperti tunas yang membutuhkan keseimbangan air, sinar matahari, mineral atau pupuk sebagai faktor utama dalam ketangguhan pertumbuhannya, maka reformasi sistem kesehatan yang baik perlu dipupuk oleh keseimbangan kebijakan dari sisi kesehatan, ekonomi, politik, dan sosialnya. Kepemimpinan yang berorientasi pada perbaikan sistem dan mengutamakan akuntabilitas, menjadi kunci kapasitas pemerintahan untuk mampu menangkap urgensi investasi untuk penguatan elemen-elemen layanan kesehatan primer dari hasil evaluasi selama pandemi.

Salah satu karakteristik skenario ini tercermin dari tata kelolanya. Pemerintah secara drastis memulai penerapan sistem merit dalam menata manajemen pemerintahan secara konsekuen. Dari perspektif kebijakan nasional kesehatan, hal ini berarti mengelola interaksi antara sayap politis di Kantor Sekretariat Presiden dengan sayap teknokratik di bawah koordinasi Kemenko PMK.

Formulasi reformasi kesehatan mengutamakan investasi pada layanan kesehatan primer yang kuat sehingga memungkinkan sistem kesehatan berpihak pada kebutuhan pasien (*patient-centered care*). Sehingga dalam skenario ini, layanan kesehatan bisa lebih efektif dalam penggunaan sumber daya, serta mampu meningkatkan literasi kesehatan masyarakat karena partisipasi mereka secara aktif dalam perawatan diri mereka sendiri.

Dengan tingginya partisipasi publik dalam menciptakan *demand* dan mengawasi sistem kesehatan saat ini, posisi Indonesia juga bisa bergeser ke skenario ini bila tercipta mekanisme adopsi partisipasi publik ke dalam sistem pemerintahan, khususnya pembuatan kebijakan dan pelaksanaan pembangunan. Suara-suara dari masyarakat dapat dikelola dan dikendalikan untuk mengimbangi kekurangan-kekurangan yang muncul akibat kebijakan kesehatan yang ada. Partisipasi masyarakat diarahkan sedemikian rupa agar dapat

terakomodir dengan baik dan tidak menjadi destruktif atau melahirkan preseden yang mengganggu stabilitas politik.

Namun, *demand* publik untuk sistem kesehatan yang berkembang pesat selama pandemi COVID-19, turut membuka skenario revolusi sistem kesehatan.

“Reformasi atau Revolusi”-- dua cara menuju dunia ideal yang kita inginkan. Jalan mana yang harus Indonesia tempuh?

Skenario 2 : Terjebak di “Status Quo”

Secara umum skenario ini menggambarkan kondisi Indonesia yang terjadi pada saat ini hingga kira-kira lima tahun ke depan tanpa perubahan struktural yang berarti. Dimana tarikan terus terjadi saat bicara antara penyelamatan negara dari sisi pemenuhan sistem kesehatan, atau perbaikan ekonomi. Kondisi ini tercermin selama pandemi COVID-19 berlangsung dan inkonsistensi kebijakan baik di antara kementerian lembaga dan level sub-nasional.

Di tahun 2023, kapasitas birokrasi akan secara signifikan terpengaruh oleh dinamika rutinitas politik lima tahunan. Jika perkara pembenahan struktural penanganan pandemi belum terselesaikan selambatnya di trimester akhir 2022; maka respon COVID-19 akan terperangkap jadi perkara politis yang diperdebatkan, digunakan semata untuk *beauty contest*, dan menjadi sasaran bulan-bulanan kemarahan masyarakat sipil, tanpa ada gunanya bagi penyelamatan jiwa.

Perubahan struktur anggaran di dalam kementerian teknis tidak disertai perubahan signifikan pada postur anggaran kesehatan secara menyeluruh dan terlihat tanpa prioritas jelas pada transformasi layanan kesehatan primer.

Investasi pada Puskesmas berupa penyediaan sumber daya kesehatan berkualitas, ketersediaan alat dan obat esensial, sistem informasi, hingga anggaran untuk program baik untuk kuratif dan preventif. Pertumbuhan Puskesmas dalam 5 tahun terakhir hanya tumbuh 4,5% dari 9.767 puskesmas di 2016 menjadi 10.203. Sedangkan Rumah sakit tumbuh hingga 19.7% dari 2.045 di 2016 menjadi 2449 di 2020 (Kemenkes RI, 2021a).

Dari sudut pandang pembangunan secara luas, pemangku kebijakan seringkali mengambil langkah yang mencederai perasaan publik. Berbagai contoh dari penetapan UU Cipta Kerja

hingga UU Ibu Kota Negara baru-baru ini, menunjukkan ketidakberpihakan para pemangku kebijakan pembangunan pada pemulihan kesehatan masyarakat.

Memasuki tahun ketiga pandemi, publik tidak diberikan harapan akan sebuah kehidupan baru yang menyelamatkan nyawanya. Berdasarkan situasi selama pandemi, skenario ini juga memberi gambaran bahwa dengan kondisi “status quo”, kebijakan di luar sektor kesehatan yang sangat berpengaruh pada pencapaian target pembangunan akan lebih banyak berpegang pada perhitungan untung/rugi keekonomian jangka pendek.

Skenario 3 : Setengah Hati

Skenario memberi gambaran betapa tidak mudahnya berubah dan bertransformasi. Khusus untuk skenario “Setengah Hati” ini, tarikan antara “*Business as Usual*” dengan “Pilihan yang Sulit” membuat skenario ini mungkin sekali terjadi. Dinamika dari eksternal birokrasi, terutama desakan publik bisa membuat perubahan seolah bergerak ke arah skenario ideal. Namun, karena perubahan masih bersifat reaktif tanpa pendekatan sistemik dengan orientasi jangka panjang, perubahan terhenti di tengah jalan sebelum transformasi benar-benar terjadi.

Karakteristik utama dari skenario ini adalah tidak tuntasnya pengerjaan sebuah program sejak kebijakan yang melahirkannya hingga kegiatan yang mengikutinya. Selain itu, pergerakan untuk implementasi sebuah kebijakan hanya terlihat terbatas pada aparatur negara, tidak meluas kepada publik yang lebih luas. Dari sudut *service delivery* untuk kesehatan, meski nampak ada upaya menuju *health in all policies*, *hospital centric* tetap lebih dominan daripada upaya edukasi dan preventif yang dikerjakan secara sistematis pada PHC. Pada akhirnya, *health in all policies* hanya berhenti sebatas slogan/retorika dan tidak pernah benar-benar terwujud.

Di situasi ini, Hal ini mengulang kembali catatan di pra-pandemi, dimana biaya belanja kuratif mencapai 69,1 persen (Rp 317,6 triliun) dari total belanja kesehatan. Sementara, belanja fungsi layanan preventif sebesar 14,3 persen (Rp65,7 triliun). Sementara itu, belanja fungsi tata kelola administrasi kesehatan cukup rendah, yaitu hanya sebesar 3,9 persen (Rp17,8 triliun).

Rendahnya porsi belanja modal juga terlihat; dengan hanya 7,4 persen (Rp33,8 triliun) untuk belanja modal alat kesehatan dan penunjang lainnya, belanja untuk pendidikan & pelatihan bagi SDM kesehatan, serta penelitian kesehatan. Rendahnya investasi pada upaya preventif dan pengembangan ekosistem pendukung (sumber daya manusia, inovasi dan penelitian), terlihat tidak sejalan dengan arah kebijakan RPJMN 2020–2024. Jika kondisi perubahan

setengah hati ini berlanjut, maka “status quo” sistem kesehatan Indonesia akan bergeser ke skenario ini.

Skenario 4 : Pilihan yang Sulit

Pada skenario ini, tarikan antara kepentingan ekonomi dan politik mendominasi pilihan para pengambilan kebijakan. Layanan kesehatan menjadi ibarat Titanic baru di era modern, sebuah analogi yang telah lama menjadi komparasi bagi sistem kesehatan Amerika. Perkembangan sistem kesehatan Indonesia sangat mungkin bergeser ke skenario ini bila prinsip kesetaraan dan perhatian terhadap ketimpangan yang masih terjadi di sana-sini lambat ditangani.

Secara karakteristik, skenario ini menggambarkan kondisi dimana dengan lemahnya regulasi berbasis nilai yang menyeimbangkan tarikan kepentingan dengan kebutuhan kesehatan masyarakat, model-model komersialisasi layanan dan produk-produk berisiko kesehatan semakin gencar.

Jika terjadi, skenario ini hadir ketika perhatian pembangunan kembali terpusat pada rumah sakit (*hospital-centrism*). Sistem kesehatan dilihat sebagai sarana untuk mendapat keuntungan sebesar-besarnya, sehingga rumah sakit dengan sistem penarikan profit yang lebih sistematis makin giat dibangun. Di level pemerintah daerah, rumah sakit dijadikan sumber pendapatan daerah.

Kebijakan ekonomi dan politik yang tidak menerapkan lensa kesehatan, melemahkan regulasi-regulasi yang bersifat preventif. Ketika negara berjuang menemukan cara menutupi biaya perawatan diabetes, obesitas, dan penyakit tidak menular lainnya, tetapi pembayaran subsidi serta kompromi bagi kebutuhan industri makanan berisiko kesehatan berjalan tanpa hambatan.

Di tingkat komunitas, produk-produk berisiko kesehatan bebas diedarkan dan dipasarkan, bahkan ke generasi muda. Mengedepankan inovasi dan kesesuaian *trend* demi tambahan pendapatan negara atau perusahaan, produk-produk ini dijual bebas secara terjangkau. Sementara produk-produk yang baik untuk dikonsumsi, belum mendapat dukungan yang membantu harganya lebih terjangkau. Tingginya konsumsi produksi berisiko kesehatan dengan sistem kesehatan yang investasinya fokus pada kuratif—ibarat kita membayar untuk menciptakan masalah kesehatan, dan kita membayar lagi untuk mengobatinya.

Dorongan untuk inovasi *telemedicine* dan berbagai startup di sektor kesehatan semakin kuat, tapi tidak diiringi dengan penguatan literasi komunitas yang rentan akses terhadap teknologi. Sehingga beberapa kelompok tetap tidak mendapat akses layanan atau pemantauan kesehatan yang lebih terjangkau dari sisi jarak dan biaya. Dan sekali lagi- kesehatan menjadi kemewahan.

Titanic menjadi sebuah pembelajaran karena kapal pesiar mewah itu dilengkapi berbagai fasilitas mewah, membenarkan harga tiket \$4.350 yang diimingi dengan kualitas perjalanan kelas satu. Meskipun menjadi pilihan menggiurkan, sayangnya, kemewahan itu tidak disertai dengan infrastruktur yang memadai sesuai dengan medan yang dihadapi, kapasitas awak yang mumpuni untuk prediksi dan evakuasi kondisi gawat darurat.

Serupa dengan Titanic, skenario ini menggambarkan kondisi jika kebijakan pemerintah dan parlemen mengubah perawatan kesehatan menjadi kemewahan, tanpa pertimbangan kesiapan untuk menangkis gunung es yang terbentang di depan, seperti pandemi atau kegawatdaruratan kesehatan lain di masa depan.

Tabel 8. Matriks *Plausible Scenarios*

PHC Levers	Skenario 1 Reformasi / Revolusi	Skenario 2 Terjebak di Status Quo	Skenario 3 Setengah Hati	Skenario 4 Pilihan yang Sulit
<p>Political commitment and leadership</p>	<p>Formulasi reformasi kesehatan harus menempatkan layanan kesehatan primer sebagai ujung tombak pendekatan diagonal terhadap reformasi kesehatan nasional</p> <p>Ada komitmen politis terkait rancangan kerangka pembiayaan berkelanjutan untuk mencetak SDM unggul kesehatan yang menjadi penjaga kesehatan masyarakat yang harus dilaksanakan oleh pemerintah pusat maupun daerah.</p>	<p>Penguatan <i>Primary Health Care</i> telah tercantum dalam Perpres, Renstra, dan RPJMN tetapi belum dilihat sebagai investasi jangka panjang</p>	<p>Mulai ada penerapan Health in All Policy, tetapi terpusat pada pengembangan dan transformasi layanan rumah sakit (<i>hospital-centric</i>)</p> <p>Minim investasi pada perubahan berbasis sistem, responsif pada kejadian tertentu</p>	<p>Reformasi Sistem Kesehatan tidak berjalan karena kuatnya tarikan politis untuk ekonomi. Para pemangku kebijakan terombang-ambing antara pilihan investasi pembangunan yang memberi profit dengan dampak jangka pendek, atau sebaliknya.</p>

PHC Levers	Skenario 1 Reformasi / Revolusi	Skenario 2 Terjebak di Status Quo	Skenario 3 Setengah Hati	Skenario 4 Pilihan yang Sulit
<p>Governance and policy frameworks</p>	<p>Keseimbangan komitmen reformasi di tingkat Presiden dengan kinerja perencanaan, implementasi, pemantauan, dan evaluasi yang efektif di lapangan</p> <p>Skenario dengan melihat health sebagai <i>investment</i>, bukan <i>cost</i>. Sehingga dukungan politik dan ekonomi juga mengarah ke sana, tidak tarik-menarik</p> <p>Terjadi tata ulang kelembagaan para pemangku kepentingan di tingkat pusat, mempertimbangkan untuk memperluas peran Bappenas yang mempunyai kekuatan pendekatan teknokratis dan mempunyai mekanisme konsultasi formal berjenjang dari desa hingga pusat.</p> <p>Legislatif dan eksekutif menyusun Undang - Undang Sistem Kesehatan Nasional yang mencantumkan prioritas dan komitmen anggaran berkelanjutan untuk Primary Health Care.</p>	<p>Ada tarikan terus menerus saat bicara mengenai investasi <i>public health function dan economic cost</i> serta tekanan politik.</p> <p>Kementerian dapat beroperasi menurut agenda masing-masing dan tidak menjalankan visi besar Presiden di tingkat nasional</p> <p>Ketidaksinambungan berlanjut antara pernyataan reformis di tingkat Presiden dan Menteri dengan kenyataan pada tingkat pemerintahan yang lebih rendah.</p> <p>Program Legislasi Kesehatan untuk penerbitan Pedoman Nasional Praktik Kedokteran dan <i>clinical pathway</i> nasional berjalan lambat.</p>	<p>Fungsi utama provinsi sebagai Wakil Pemerintah Pusat (<i>intermediate government</i>) sering hilang dalam konstruksi tata kelola pembangunan daerah.</p> <p>RUU yang diinisiasi DPR untuk menghapuskan peran dokter di layanan kesehatan primer di sahkan.</p>	<p>Kebijakan yang berkaitan dengan determinan sosial, ekonomi, komersial, dan lingkungan yang berpengaruh pada capaian target kesehatan seperti cukai rokok, akses FCTC, dan pengendalian konsumsi garam gula lemak semakin mendukung ke arah industri</p>

PHC Levers	Skenario 1 Reformasi / Revolusi	Skenario 2 Terjebak di Status Quo	Skenario 3 Setengah Hati	Skenario 4 Pilihan yang Sulit
<p>Funding and allocation resources</p>	<p>Menitikberatkan pada investasi kesehatan jangka panjang : transformasi layanan kesehatan primer</p> <p>Alokasi total health expenditure khusus primary healthcare, meningkat drastis mendekati rekomendasi WHO sebesar 1% dari GDP</p> <p>Pemerintah menggeser model pembiayaan Puskesmas dari <i>supply-side</i> financing ke pembiayaan berbasis kinerja</p>	<p>Skema anggaran kesehatan publik di Kementerian Kesehatan tidak memperlihatkan prioritas pada transformasi layanan kesehatan primer</p> <p>Sub-nasional : Penyaluran BOK melalui mekanisme DAK non-fisik membuat waktu realisasinya sering terlambat dan bergantung pada mekanisme anggaran daerah (Bappenas, 2019)</p>	<p>Perubahan struktur anggaran di dalam kementerian teknis tidak disertai perubahan signifikan pada postur anggaran kesehatan secara menyeluruh dan terlihat tanpa prioritas jelas pada transformasi layanan kesehatan primer</p> <p>Investasi pembelanjaan negara makin terpusat pada kuratif, dengan investasi minimum pada preventif dan penelitian di sektor kesehatan</p>	<p>Anggaran untuk primary health care <i>expenditure</i> stagnan, prioritas anggaran difokuskan pada pengembangan rumah sakit</p>

PHC Levers	Skenario 1 Reformasi / Revolusi	Skenario 2 Terjebak di Status Quo	Skenario 3 Setengah Hati	Skenario 4 Pilihan yang Sulit
Engagement communities and other stakeholders	<p>Keterlibatan kader yang berkelanjutan tidak lagi bergantung pada pergantian kepemimpinan daerah</p> <p>Transformasi kader menjadi bagian yang terintegrasi dalam sistem Sumber Daya Kesehatan, punya payung regulasi dan insentif.</p> <p>Ada kepatuhan untuk perluasan definisi kelompok rentan dalam definisi operasional program sehingga jangkauan meluas bagi kelompok yang betul-betul butuh</p>	<p>Paradigma sehat sebagai paradigma pembangunan kesehatan telah dirumuskan, namun belum dipahami dan di aplikasi semua pihak.</p> <p>Penjangkauan kelompok rentan berjalan, tetapi terbatas pada beberapa kategori tanpa mengindahkan perluasan kerentanan yang terjadi selama pandemi</p>	<p>Platform kemitraan multipihak masih bersifat formalitas dan belum meningkatkan partisipasi bermakna, terutama bagi masyarakat sipil.</p> <p>Pelibatan komunitas bersifat tokenistik, masyarakat dilibatkan dengan investasi minimum dan tanpa pertimbangan remunerasi berbasis kinerja.</p>	<p>Pemanfaatan kerelawanan masyarakat, tidak ada investasi untuk integrasi kader / komunitas dalam bagian SDM Kesehatan</p>

PHC Levers	Skenario 1 Reformasi / Revolusi	Skenario 2 Terjebak di Status Quo	Skenario 3 Setengah Hati	Skenario 4 Pilihan yang Sulit
Model of care	Fungsi UKM dan UKP berjalan beriringan menuju pelayanan kesehatan yang komprehensif dan terpadu	Di tingkat kabupaten/kota, kewajiban untuk menetapkan Standar Pelayanan Minimum (SPM) pada sejumlah paket layanan kesehatan dan keharusan merujuk pada Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) dalam pelaksanaan masih diabaikan	Eksklusi aspek promotif dan preventif dalam hubungan teraupetik (UKP), terutama karena investasi peran dokter di FKTP berkurang	

PHC Levers	Skenario 1 Reformasi / Revolusi	Skenario 2 Terjebak di Status Quo	Skenario 3 Setengah Hati	Skenario 4 Pilihan yang Sulit
<p>Primary health care workforce</p>	<p>Mekanisme kelembagaan inklusif yang mengkoordinasikan agenda tenaga kesehatan lintas sektoral dan melacak ketersediaan, distribusi, kapasitas, dan level upah.</p> <p>Ada inisiasi kerjasama dengan universitas untuk pengembangan dan kajian terhadap kurikulum pendidikan SDM Kesehatan</p> <p>Peningkatan investasi untuk in-service training dengan e-learning dan pengaturan standar kompensasi berbasis kinerja</p> <p>Fakultas-fakultas kesehatan juga memulai untuk tidak hanya membangun rumah sakit pendidikan saja tetapi juga klinik pratama pendidikan.</p>	<p>Kompetensi tenaga kesehatan untuk merespon dengan benar pertanyaan dalam bentuk sketsa prosedural (<i>procedural vignettes</i>) tindakan medis tidak meningkat signifikan</p> <p>Suplai tenaga kesehatan tinggi, tetapi distribusi dan pemerataan kualitas masih jadi tantangan.</p> <p>Kualitas tenaga kesehatan belum terstandarisasi. Hasil tes kompetensi 2015-2017 untuk dokter, dokter gigi, bidan, dan perawat tidak mencapai lebih dari skor 80% dari yang dipersyaratkan</p>	<p>Kembali terjadi suplai tenaga kesehatan besar-besaran tanpa perbaikan di kualitas pendidikan, seleksi, dan pre-service training.</p>	<p>Suplai tenaga kesehatan dengan kualitas bagus, difokuskan pada penempatan rumah sakit dan daerah-daerah kota besar karena investasi remunerasi yang tidak bersaing.</p>



Bab 7

How and What to Deliver?

**Rekomendasi Kebijakan dan
Operasionalisasi Skenario**



*There is a perception that the emergency conditions have passed,
because we're now in the reconstruction phase.*

This is wrong.

*The problems are so great,
the humanitarian needs are so immense,
that the emergency continues.*

**Kuntoro Mangkusubroto,
on reconstructing Aceh after tsunami**

Kajian ini mulai dikerjakan dengan pemikiran bahwa *delivery* PHC sudah tertunda terlalu lama dan harus segera dilakukan pendekatan yang berbeda agar transformasi sesungguhnya bisa tercapai. Terjadinya pandemi COVID-19, kerusakan masif yang menjadi dampaknya dan tiadanya pilihan selain membangun kembali; sesungguhnya bisa dijadikan sebagai pemicu untuk perbaikan menyeluruh dari sistem kesehatan nasional.

Dari berbagai publikasi ilmiah yang dirujuk untuk kajian ini, tim peneliti menyadari bahwa kegagalan *delivery* PHC terjadi tidak hanya di Indonesia, tapi juga di beberapa negara lain. Namun negara-negara di Amerika Latin yang seperti Indonesia berada dalam kelompok *low middle income countries*, telah memulai perbaikan kebijakan kesehatan berbasis sistem dan konsisten menjalankan komitmen untuk memprioritaskan PHC. Mendengar dan menangkap persepsi publik adalah salah bagian terpenting dari penataan masa depan kebijakan PHC. Hal ini telah dibuktikan melalui kajian yang membandingkan persepsi publik terhadap sistem kesehatan. Kajian yang dikerjakan di beberapa negara Amerika Latin, menunjukkan bahwa 85% masyarakat menginginkan perubahan mendasar terjadi pada sistem kesehatan. (Pérez-Cuevas et al., 2017).

Dari kelompok negara maju, tim peneliti melihat bahwa kerangka pendekatan yang dilakukan oleh Kanada bisa diadaptasi oleh Indonesia (Patient's Medical Home, The College of Family Physicians Canada, 2019). Pendekatan integratif seperti yang dilakukan oleh Kanada sejalan dengan rekomendasi PHC *Operational Framework* WHO yang digunakan tim peneliti sebagai rujukan utama kajian ini. Dengan berbagai keragaman demografinya, Indonesia tetap tidak mengalami perbaikan status kesehatan secara signifikan – walaupun di daerah-daerah yang

tidak mempunyai masalah akses terhadap layanan kesehatan. Jadi, arah kebijakan apa yang dibutuhkan agar transformasi PHC dilakukan dengan tepat dan bisa dioperasionalkan secara nasional maupun oleh masing-masing pemerintah daerah?

Empat skenario dalam bab 6 menjelaskan mengapa tegangan antar elemen-elemen di luar kesehatan memengaruhi kebijakan yang terjadi di sektor kesehatan. Analisa tim peneliti berdasarkan *events, trends, drivers* dan masukan dari narasumber ahli yang telah terpetakan sebagai tantangan struktural; menyimpulkan bahwa situasi kebijakan kesehatan dan khususnya PHC Indonesia saat ini berada dalam skenario 2: "Terjebak di Status Quo". Sesuai ciri-ciri dalam skenario tersebut, prioritas pada transformasi PHC tidak/belum menjadi prioritas pembangunan kesehatan di tingkat nasional maupun sub-nasional. Kerangka regulasi masih bisa dilengkapi dengan regulasi yang lebih kuat dalam bentuk Undang-Undang di tingkat nasional yang diturunkan ke tingkat sub-nasional. Tidak/belum juga terlihat adanya adopsi serta adaptasi kebijakan kesehatan di Lembaga atau Kementerian di luar kesehatan. Fragmentasi data dan sistem pendataan, kualitas tenaga kesehatan yang belum mencukupi, rendahnya utilisasi teknologi digital untuk kesehatan, serta minimnya pelibatan masyarakat dan dalam upaya kesehatan komunitas; melengkapi ciri khas situasi PHC Indonesia saat ini.

Skenario ideal untuk Indonesia berdasarkan berbagai *evidence*, pemindaian cakrawala percakapan public tentang sistem kesehatan serta tentunya masukan dari para narasumber ahli; adalah skenario 1: "Reformasi atau Revolusi?". Perubahan dalam arah kebijakan maupun komitmen politik serta anggaran yang harus terjadi agar skenario ini bisa terlaksana, cukup fundamental. Agar skenario ini bisa dioperasionalkan, tim peneliti memetakan rekomendasi kembali pada kerangka PHC *Operational Framework*, namun tetap mengikuti logika arah kebijakan – identifikasi proses – identifikasi indikator kunci. Pendekatan ini dilakukan agar operasionalisasi skenario bisa segera dilaksanakan.

Operasionalisasi skenario membutuhkan *theory of change* yang mampu dioperasionalkan oleh struktur birokrasi, mengingat birokrasi yang bergerak lincah sama pentingnya dengan masyarakat yang terlibat aktif. Selain itu, mengingat sifat desentralisasi pemerintahan sesuai UU Otonomi Daerah, rekomendasi yang diberikan baru sungguh-sungguh operasional bila bisa dilaksanakan oleh pemerintah pusat maupun secara langsung diadopsi/dijalankan oleh pemerintah daerah. Standar Pelayanan Minimum (SPM) berikut regulasi yang mengikatnya, telah disiapkan sebagai tolok ukur keberhasilan tercapainya target pembangunan di tingkat sub-nasional. Karenanya, operasionalisasi dari skenario ideal mencakup juga di dalamnya implementasi SPM.

Elemen Reformasi PHC

Agar skenario ideal bisa berjalan, reformasi mendasar harus dikerjakan dengan menyasar pada lima reformasi utama, yaitu: (1) reformasi kepemimpinan dan tata kelola; (2) reformasi kebijakan publik; (3) reformasi kualitas layanan; (4) reformasi jaminan kesehatan; dan (5) reformasi sumber daya manusia kesehatan termasuk kader kesehatan.

Pertama, dibutuhkan kerangka kebijakan yang kuat, memadai dan mampu menjangkau pemerintahan di tingkat pusat maupun daerah. Tim peneliti menggunakan Thailand sebagai *benchmark* untuk kerangka regulasi ini karena telah memasukkan PHC ke dalam konstitusi atau Undang-Undang Dasar. Sementara hingga saat ini regulasi sistem kesehatan Indonesia masih diatur dalam Peraturan Presiden (Perpres 72/2012). Dibutuhkan regulasi yang lebih tinggi/mengikat seperti misalnya Undang-Undang, mengingat reformasi sistem kesehatan nasional dan transformasi PHC membutuhkan waktu yang panjang dan diikuti dengan komitmen anggaran. Alokasi anggaran yang konkrit pada tingkat nasional dan subnasional dibutuhkan agar implementasi bisa dipastikan terjadi.

Kedua, dalam kualitas kebijakan publik, dibutuhkan reformasi juga pada kebijakan yang berhubungan dengan determinan sosial, ekonomi, komersial dan lingkungan yang berkaitan dengan sektor kesehatan. Beberapa contoh reformasi kebijakan yang terus menerus tertunda namun sesungguhnya sangat dibutuhkan adalah peningkatan cukai rokok, akses FCTC, pengendalian konsumsi gula garam lemak. Dalam konteks pandemi, bisa dimengerti apabila terjadi perebutan prioritas dalam menentukan kebijakan yang harus dilaksanakan lebih dulu. Di mana ancaman resesi terus mengintai. Namun untuk menata masa depan, pemerintah seharusnya tidak ragu untuk menempatkan kesehatan sebagai prioritas dalam semua kebijakannya. Penempatan prioritas pada kesehatan ini bisa dilihat dari contoh negara-negara lain sejak sebelum pandemi melanda.

Ketiga, di bawah reformasi model layanan dibutuhkan kebijakan untuk: (a) integrasi layanan publik dan swasta agar 100% publik bisa terjangkau oleh fasilitas kesehatan tingkat primer; (b) integrasi antara fungsi kesehatan masyarakat dan *primary care*; dan (c) perbaikan sistem akreditasi untuk fasilitas kesehatan tingkat primer yang secara objektif bisa memastikan kualitas layanan yang diberikan.

Keempat, dalam reformasi jaminan kesehatan harus dipahami bahwa pengertian *Universal Health Coverage* tidak terbatas hanya pada jumlah kepesertaan saja, melainkan juga tentang cakupan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas tanpa mengganggu kondisi finansial. Reformasi dalam aspek keempat ini mencakup redistribusi kepesertaan agar tidak

terpusat di puskesmas saja. Selain itu, *strategic purchasing* terutama dalam kaitannya dengan kapitasi; akreditasi terutama dalam kaitannya dengan *credentialing*; dan pengembangan *clinical pathways*.

Kelima, reformasi SDM kesehatan yang mencakup tidak hanya tenaga kesehatan tapi juga kader kesehatan. Dalam *desk review* berbagai publikasi ilmiah yang dilakukan oleh tim peneliti, terlihat jelas kesamaan antar negara-negara yang mempunyai sistem PHC yang kuat terletak pada berdayanya para kader kesehatan. Hal ini bisa tercapai karena para kader kesehatan diberi wadah kelembagaan yang akomodatif mendukung peningkatan kapasitas serta ditempatkan sebagai bagian dari kelompok profesional kesehatan. Khusus untuk dokter yang bekerja dalam PHC, berbagai praktik baik dan *evidence* dari banyak negara telah menunjukkan bahwa standar dokter Primary Care yang bekerja di dalam PHC setara dengan dokter spesialis yang bisa dicapai dalam 15-20 tahun. Di Indonesia sebenarnya hal ini telah diatur dalam UU Pendidikan Kedokteran, yaitu dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer (Sp KKL), di mana para dokter bisa mencapainya melalui *Recognized Prior Learning* maupun melalui program reguler.

Indikator keberhasilan transformasi PHC

Keberhasilan dari transformasi PHC bisa diukur dengan indikator yang ditawarkan oleh PHC *Operational Framework WHO* (PHC Operational Framework, WHO, 2018). Kerangka ini membagi operasionalisasi kebijakan kesehatan dengan prioritas pada transformasi PHC ke dalam dua bagian besar, yaitu pengungkit strategis dan pengungkit operasional sebagaimana telah dijelaskan dalam bab 4. Melihat tantangan struktural yang ada dan skenario ideal yang bisa dikerjakan bila masa depan layanan kesehatan primer di Indonesia ditata hari ini; tim peneliti menyarankan beberapa indikator strategis yang bisa digunakan untuk mengukur keberhasilan transformasi PHC.

Dari pengungkit strategis atau *strategic levers*, terdapat tiga indikator yaitu: (1) komitmen politik dan arah kebijakan; (2) komitmen anggaran; dan (3) pelibatan masyarakat. Sementara dari pengungkit operasional, tiga indikator yang mengukur keberhasilan operasionalisasi skenario ideal adalah: (1) penggunaan *big data* dan *digital health*; (2) pengembangan penelitian dengan orientasi pada PHC; (3) terbangunnya sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas dengan prioritas pada PHC.

Pengungkit Strategis

Dalam komitmen politik dan arah kebijakan, transformasi harus dimulai dari perubahan cara pandang. Transformasi PHC adalah investasi jangka panjang. Karena perspektif inilah, diperlukan kesesuaian kebijakan dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) hingga Rencana Strategis dan Rencana Kegiatan dan Anggaran Kementerian.

Dalam komitmen anggaran, kita mengetahui bahwa alokasi APBN untuk PHC adalah 0,05% dari GDP. Sementara, berdasarkan rekomendasi WHO, dibutuhkan alokasi anggaran sebanyak 1% dari GDP agar transformasi PHC berhasil. Yang harus digaris bawahi di sini adalah untuk operasionalisasi skenario ideal di mana *health in all policies* tercapai, tidak selalu berarti memisahkan anggaran sebesar jumlah yang dibutuhkan. Harus terlebih dahulu dipastikan transformasi memang tepat dan menyasar elemen transformasi yang akan dilakukan. Hanya dengan ketepatan inilah penataan masa depan bisa dilakukan dengan sesungguhnya. Sementara di tingkat sub-nasional ketergantungan pemerintah daerah terhadap pemerintah pusat adalah salah satu hal terpenting untuk ditata ulang. Ketergantungan ini berlawanan dengan hakikat desentralisasi di mana pemerintah daerah mampu mandiri dalam komitmen anggaran serta penganggaran untuk sektor kesehatan. Pada tingkat layanan kesehatan, dibutuhkan redistribusi kapitasi antara puskesmas dengan klinik swasta; serta perubahan cara pandang agar sektor swasta juga melihat PHC sebagai investasi dan mendapat insentif yang menarik untuk ikut masuk membangunnya.

Transformasi PHC tidak akan berhasil tanpa dukungan aktif masyarakat. Integrasi upaya pemenuhan tenaga kesehatan berkualitas dengan kader kesehatan masyarakat yang bergerak aktif menjadi sebuah kesatuan bernama SDM Kesehatan atau *health workforce*, adalah kunci dalam penataan masa depan PHC. Penempatan tenaga kesehatan dalam bentuk tim, integrasi serta pelembagaan kader kesehatan dalam mengerjakan kegiatan di PHC adalah *cornerstones* dalam penataan masa depan PHC. Selain itu, pelibatan masyarakat sipil kian menjadi salah satu faktor penentu keberhasilan. Pandemi telah mengajarkan kita bahwa dengan asumsi arah kebijakan sudah tepat, maka implementasi kebijakan tersebut membutuhkan aktor pembangunan lain di luar pemerintah. Masyarakat sipil dalam bentuk organisasi maupun kelompok yang berada di tingkat nasional, sub-nasional bahkan komunitas dibutuhkan untuk memastikan sebuah kebijakan tidak hanya dipahami dengan benar tapi juga bisa dilaksanakan hingga tingkat komunitas. Penataan masa depan PHC termasuk di dalamnya menata kembali posisi strategis masyarakat sipil sebagai advokat kebijakan di tingkat nasional dan sub-nasional dan sebagai pendamping masyarakat.

Indikator pengungkit operasional

Sebagai pengungkit operasional, indikator penggunaan *big data* dan *digital health* dalam transformasi PHC terutama dalam era yang telah mengalami disrupsi pandemi adalah keniscayaan. Salah satu contoh yang jelas terlihat adalah *crowd-sourcing* data pandemi dari tingkat komunitas. Telediagnostik juga “dipaksa” oleh pandemi untuk berkembang pesat dan digunakan secara luas. Teknologi digital kesehatan atau *digital health* digunakan juga untuk memastikan rantai pasokan logistic termasuk untuk distribusi vaksin, kesiapan dan manajemen fasilitas kesehatan hingga rujukan antar tingkatan pelayanan dalam sistem kesehatan. Pandemi sebagai *wild card* berhasil mengguncang dan memaksa perubahan untuk terjadi dalam data dan teknologi digital, penataan masa depan yang dibutuhkan saat ini adalah mendorong agar transformasi benar terjadi melalui sebuah kebijakan yang bisa dilaksanakan oleh pemerintah nasional maupun sub-nasional.

Transformasi PHC memerlukan dukungan riset dan yang ekstensif dan pengembangan *body of knowledge* yang secara signifikan jauh melebihi apa yang tersedia saat ini. Hingga kini, setidaknya di Indonesia, PHC dan riset tentang sistem kesehatan belum menjadi bidang yang terlalu diminati oleh para peneliti. Baik dari sudut teknologi, pengembangan kapasitas SDM maupun dari sudut peningkatan kualitas layanan, riset PHC di Indonesia tidak/belum menunjukkan perkembangan yang berarti. Sementara sejak setidaknya satu dekade lalu, riset tentang penggunaan teknologi melalui *social network analysis* pada sistem kesehatan, telah dikerjakan (Blanchet & James, 2012). Menata masa depan PHC di Indonesia dimulai dari melakukan penelitian dan secara berkesinambungan mengumpulkan *evidence* agar arah kebijakan tepat dan komitmen investasi anggaran diletakkan pada alokasi yang sesuai.

Di tingkat strategis maupun operasional, peran strategis sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas merupakan indikator keberhasilan dioperasionalkannya skenario ideal yang mempunyai kesetimbangan antara Primary Care dan Fungsi Kesehatan Masyarakat. Peran universitas dalam penataan masa depan PHC khusus untuk transformasi SDM kesehatan sejatinya sangat strategis. Berkaca pada *Thailand*, transformasi PHC yang bertumpu pada universitas menyorot tiga hal, yaitu: (1) mengembangkan kurikulum tenaga kesehatan; (2) melakukan kajian sebagai landasan advokasi pada dinas kesehatan; dan (3) melakukan riset atau evaluasi implementasi program. Di Indonesia, Komite Bersama Kementerian Pendidikan Kebudayaan dan Riset Teknologi – Kementerian Kesehatan intinya adalah integrasi antara pendidikan dan kesehatan sebenarnya merupakan platform yang telah tersedia. Namun dalam konteks penataan masa depan, komite ini harus mendapatkan *buy in* lebih luas dalam mengembangkan kebijakan Sistem Kesehatan Akademik (*Academic Health System*) agar perkembangan serta inovasinya tidak hanya sesuai tapi juga membawa inovasi yang

sesungguhnya telah inheren di dalam sistem tersebut. Melalui sistem ini diharapkan terjadi peningkatan jumlah, kualitas dan pemerataan tenaga kesehatan.



Bab 8

What is Needed to Deliver?

Penutup



*The woods are lovely, dark and deep,
But I have promises to keep,
And miles to go before I sleep,
And miles to go before I sleep*

Robert Frost

Sudah terlalu lama *delivery* dari transformasi PHC tertunda. Pemindaian cakrawala memperlihatkan bahwa pembicaraan publik tentang layanan kesehatan primer masih sangat minim dan belum mempunyai kedalaman kebijakan. Cakrawala diskursus publik seperti terjebak dalam tingkat operasional semata dan PHC terperangkap dalam retorika para pembuat kebijakan; tapi selalu tidak berhasil mewujudkan dalam sebuah implementasi yang berdampak pada meningkatnya status kesehatan masyarakat.

Kajian ini memberikan rekomendasi menyeluruh dari arah kebijakan yang tepat dan langkah-langkah dan investasi anggaran negara pada transformasi yang sesungguhnya. Ulasan mengenai keterkaitan elemen-elemen di luar sektor kesehatan yang mempengaruhi arah kebijakan kesehatan diakomodasi masuk ke dalam skenario ideal. Selain arah kebijakan, jawaban dari kebuntuan dalam operasionalisasi juga telah diberikan. Penting untuk diingat bahwa skenario memetakan masa depan yang mungkin terjadi, serta kemungkinan-kemungkinan deviasinya. Hal ini diharapkan dapat memberikan gambaran utuh pada para pembuat kebijakan maupun aktor pembangunan lain sebagai pengingat bahwa perencanaan kebijakan pembangunan mempunyai multi faktor di dalamnya. Diskursif atau perubahan dalam satu hal akan berpengaruh pada elemen lain.

Inovasi sosial menjadi salah satu faktor pemungkin terjadinya skenario ideal sebagaimana temuan kajian ini. Reformasi tata kelola dalam kebijakan kesehatan dan transformasi PHC bukan berarti pemerintah sepenuhnya melepaskan *command and control*. Namun juga tidak berarti bahwa masyarakat luas bisa ditempatkan atau menempatkan diri sebagai penonton. Dinamika dan dialog sehat antara pembuat kebijakan dengan publik adalah syarat mutlak untuk menata masa depan layanan kesehatan primer Indonesia.

Annex.

Pemetaan Tantangan Struktural Berdasarkan **Primary Health Care Operational Framework**

PHC Approach	Integrated health services with an emphasis on primary care essential public function				Empowered people and communities					Multisectoral policy and action				
PHC Levels	Strategic Levels				Operational Levels									
	Political commitment and leadership	Governance and policy frameworks	Funding and allocation resources	Engagement communities and other stakeholders	Model of care	Primary health care workforce	Physical infrastructure	Medicine and other health products	Engagement with private sector provider	Purchasing and payment system	Digital technologies for health	System for improving the quality of care	Primary health care-oriented research	Monitoring and evaluation
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12	14
Undang-undang sistem kesehatan nasional	Human capital birokrasi	Anggaran layanan kesehatan primer	Pelembagaan kader	Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP)	Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer	Sumber daya listrik; Puskesmas	Standar kode obat teregister	Dokter Praktik Mandiri (DPM)	Fee for service; dokter	Telemedicine ; Indonesia; pro kontra praktik kedokteran	Kebutuhan Dasar Kesehatan (KDK)	Perubahan iklim dan kesehatan	Pengawasan insentif dan disinsentif	
Sistem kesehatan nasional	Kementerian Kesehatan dan Kementerian Desa; Kementerian Kesehatan dan Kementerian Keuangan; Kementerian Kesehatan dan Bappenas	Distribusi peserta BPJS	Insentif kader kesehatan	Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)	Tenaga Kesehatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku	Jaringan internet; Puskesmas		Bidan Praktik Mandiri (BPM)	Remunerasi dokter	Startup kesehatan	Kelas rawat inap standar	Integrasi data kesehatan	Akreditasi Puskesmas	
Sistem kesehatan daerah	Anggaran kesehatan dari tahun ke tahun	Urun biaya BPJS	Komunikasi Perubahan Perilaku		Restrukturisasi Kementerian Kesehatan	Telemedicine		Klinik swasta	Out-of-pocket (OOP) menurun	Teknologi diagnosis kesehatan	Evaluasi paket manfaat BPJS	Penelitian partisipasi masyarakat		

PHC Approach	Integrated health services with an emphasis on primary care essential public function				Empowered people and communities					Multisectoral policy and action				
PHC Levers	Strategic Levers				Operational Levers									
	Political commitment and leadership	Governance and policy frameworks	Funding and allocation resources	Engagement communities and other stakeholders	Model of care	Primary health care workforce	Physical infrastructure	Medicine and other health products	Engagement with private sector provider	Purchasing and payment system	Digital technologies for health	System for improving the quality of care	Primary health care-oriented research	Monitoring and evaluation
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12	14
	GBHN; konsep layanan kesehatan primer	Evidence-based policy dalam kebijakan kesehatan				Tenaga non kesehatan di lapangan			Rumah Sakit swasta	Kapitasi; kecil; Puskesmas; klinik	Utilisasi big data kesehatan	Reformasi Dana Alokasi Khusus (DAK)		
		Integrasi layanan dan dokter layanan primer							Asuransi kesehatan swasta		Regulatory sandbox; Indonesia	Kualitas data kesehatan		
									Penanaman Modal Asing (PMA) bidang kesehatan					
PHC Results	Improved access utilization and quality				Improved participation, health literacy and care seeking					Improved determinants of health				

References

- Amiri A & Gerdtham U-G. (2013). Impact of maternal and child health on economic growth: new evidence based Granger causality and DEA analysis. *Study Comm Partnersh Matern Newborn Child Health PMNCH*.
- Balitbangkes. (2019). *Laporan Puskesmas Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Bappenas. (2019). *The Consolidated Report on Indonesia Health Sector Review 2018: National Health System Strengthening*. Jakarta: Bappenas.
- Batista R, Pottie K, Bouchard L, Ng E, Tanuseputro P, Tugwell P. (2018). Primary health care models addressing health equity for immigrants: a systematic scoping review. *J Immigr Minor Health*, 20:214–30.
- Blanchet K & James P (2012). How to do (or not to do) ...a social network analysis in health systems research. *Health Policy and Planning*, 27(5): 438–446. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czr055>
- BPJS Kesehatan. (2014). *Manual Pelaksanaan JKN-BPJS Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2019). *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Sistem Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Layanan Kesehatan Primer*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- BPS. (2021). Profil Kemiskinan Indonesia Maret 2021. Badan Pusat Statistik. Berita Resmi Statistik No 53/07/Th.XXIV. 15 Juli [online] Available at: <https://www.bps.go.id/pressrelease/2021/07/15/1843/persentase-penduduk-miskinmaret-2021-turun-menjadi-10-14-persen.html>
- Bhatia, M., & Rifkin, S. B. (2013). Primary health care: Now and forever? A case study of a paradigm change. *International Journal of Health Services*, 43: 459–471.

- Bhutta ZA, Ali S, Cousens S, Ali TM, Haider BA, Rizvi A, et al. (2008). Alma-Ata: rebirth and revision 6 interventions to address maternal, newborn, and child survival: what difference can integrated primary health care strategies make? *Lancet Lond Engl*, 372:972–89.
- Black RE, Taylor CE, Arole S, Bang A, Bhutta ZA, Chowdhury AMR, et al. (2017). Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 8. Summary and recommendations of the Expert Panel. *J Glob Health*. 7:010908.
- Brown TM, & Fee E. (2008). The Bandoeng Conference of 1937: A Milestone in Health and Development. *AJPH*. 98(1): 42.
- Cabana MD, & Jee SH. (2004). Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract*, 53: 974–80.
- Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*, 25:7–28.
- Christopher JB, May AL, Lewin S, Ross DA. (2011). Thirty years after Alma-Ata: a systematic review of the impact of community health workers delivering curative interventions against malaria, pneumonia and diarrhea on child mortality and morbidity in sub-Saharan Africa. *Hum Resour Health*, 9:27.
- CISDI. (2020). Health Outlook 2020. Jakarta: CISDI.
- CISDI. (2021). Penguatan Puskesmas sebagai Investasi Esensial Kesehatan untuk Semua. 1 Feb Available at: <https://cisdi.org/wp-content/uploads/2021/02/Penguatan-Puskesmas.pdf>
- CISDI & PUSKAPA. (2021). Masukan Kebijakan untuk Memastikan Terjaminnya Akses Kelompok Rentan pada Vaksinasi COVID-19 di Indonesia. Lembar Kebijakan. Available at: <https://cisdi.org/id/open-knowledge-repository/policypaper/masukan-kebijakan-untuk-memastikan-terjaminnya-akses-kelompok-rentan-pada-vaksinasi-covid-19-diindonesia/>
- College of Family Physicians of Canada. (2019). *A new vision for Canada: Family Practice—The Patient's Medical Home 2019*. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada.

- Commission on the Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- Conejo-Cerón S, Moreno-Peral P, Rodríguez-Morejón A, Motrico E, Navas-Campaña D, Rigabert A, et al. (2017). Effectiveness of psychological and educational interventions to prevent depression in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med*, 15:262–71.
- Dahn B, Woldemariam AT, Perry H, Maeda A, et al. (2015). *Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers: Investment Case and Financing Recommendations*.
- Dovlo, D. (2004). Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. *Human Resource for Health*, 2(1): 7.
- Dueweke AR, Bridges AJ. (2018). Suicide interventions in primary care: A selective review of the evidence. *Fam Syst Health J Collab Fam Healthc*, 36:289–302
- Dyakova M, Hamelmann C, Bellis MA, Besnier E, Grey CNB, et al. (2017). *Investment for health and well-being: a review of the social return on investment from public health policies to support implementing the Sustainable Development Goals by building on Health 2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 51). Available at: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/345797/HEN51.pdf
- Engström S, Foldevi M, Borgquist L. (2001) Is general practice effective? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care*, 19:131–44.
- Ferdika, R & Nasution, RD. (2020). Perubahan Orientasi Motivasi Pegawai Pada Penerapan E-Absensi di kabupaten Ponorogo. *Jurnal Penelitian Komunikasi dan Opini Publik*, 24(1): 71–84.
- Fernandez A, Moreno-Peral P, Zabaleta-del-Olmo E, Bellon JA, Aranda-Regules JM, Luciano JV, et al. (2015). Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review. *Prev Med*, 76 Suppl:S5–11.
- Ferrer RL. (2007). Pursuing equity: contact with primary care and specialist clinicians by demographics, insurance, and health status. *Ann Fam Med*, 5:492–502.

- Freire P. (1970). *The Pedagogy of the Oppressed*. New York: Seabury Press.
- Frenk, J., Gonzalez-Pier, E., Gomez-Dantes, O., Lezana, M. A., & Knaul, F. M. (2006). Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet*, 368: 1524–1534.
- Gakidou, E., Lozano, R., Gonzalez-Pier, E., Abbott-Klafter, J., Barofsky, J. T., Bryson-Cahn, C., et al. (2006). Assessing the effect of the 2001–2006 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet*, 368(9550): 1920–1935.
- Gray DJP, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. (2018). Continuity of care with doctors— a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8:e021161.
- Harrold LR, Field TS, Gurwitz JH. (1999) Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *J Gen Intern Med*, 14:499–511.
- Huntley A, Lasserson D, Wye L, Morris R, Checkland K, England H, et al. (2014). Which features of primary care affect unscheduled secondary care use? A systematic review. *BMJ Open*, 4:e004746– e004746.
- Huntley AL, Johnson R, King A, Morris RW, Purdy S. (2016). Does case management for patients with heart failure based in the community reduce unplanned hospital admissions? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 6:e010933–e010933.
- Idil, A. (2021). Vaksinasi COVID-19 dan Kebijakan Negara: Perspektif Ekonomi Politik. *Jurnal Academia Praja*, 4(1): 244-255.
- Indrayathi, PA & Noviyani, R. (2017). *Bahan Ajar: Equity dalam Pelayanan Kesehatan*. Denpasar.
- Institute for Alternative Futures. (2014). Public Health 2030: A Scenario Exploration. Alexandria, VA. May 2014. Available at: www.altfutures.org/pubs/PH2030/IAF-PublicHealth2030Scenarios.pdf
- Ivan I. (1973). *Tools for Conviviality*. London: Calder and Boyars.
- Jackson GL, Powers BJ, Chatterjee R, Bettger JP, Kemper AR, Hasselblad V, et al. (2013). The patient-centred medical home: a systematic review. Centre for Reviews and Dissemination (UK) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK114596/>, accessed 16 July 2018).

- Jones CE, Hollis RH, Wahl TS, Oriel BS, Itani KMF, Morris MS, et al. (2016). Transitional care interventions and hospital readmissions in surgical populations: a systematic review. *Am J Surg*, 212: 327–35.
- Joo JY & Liu MF. Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review. (2017). *Int Nurs Rev*, 64:296–308
- Jungo, K.T., Anker, D. & Wildisen, L. (2020). Astana declaration: a new pathway for primary health care. *Int J Public Health* 65, 511–512. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01368-5>
- Kemenkes RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2021a). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2021b). *Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2020*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kirkland SW, Soleimani A, Newton AS. (2018). Review: The impact of pediatric mental health care provided outpatient, primary care, community and school settings on emergency department use – a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*, 23:4–13.
- Koenker H, Keating J, Alilio M, Acosta A, et al. (2014). Strategic roles for behaviour change communication in a changing malaria landscape. *Malaria Journal*, 13(1): 1–4.
- Kruk ME, Mbaruku G, McCord CW, Moran M, Rockers PC, Galea S. (2009). Bypassing primary care facilities for childbirth: a population-based study in rural Tanzania. *Health Policy Plan*, 24:279–88.
- Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, and Van Lerberghe W. (2010). The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med*. 70(6):904–11. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.11.025
- Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, et al. (2018). High-quality health system in the Sustainable Development Goals era: time for revolution. *The Lancet Global Health*, 6: e1196–252. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3.

- Lin, Z & Meissner, C.M.. (2020). *Health vs Wealth? Public Health Policies and the Economy During Covid-19*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Litsios S. (2015). On the Origin of Primary Health Care. In: Medcalf A, Bhattacharya S, Momen H, et al., editors. *Health For All: The Journey of Universal Health Coverage*. Hyderabad (IN): Orient Blackswan. Chapter 1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316278/>
- Macinko J, Starfield B, Shi L. (2007). Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv Plan Adm Eval*, 37:111–26.
- Macinko, J., Starfield, B., & Erinosh, T. (2009). The impact of primary healthcare on population health in low – and middle–income countries. *Journal of Ambulatory Care Management*, 32(2) : 150–171.
- Microsoft. (2021). Microsoft to establish first datacenter region in Indonesia as part of Berdayakan Ekonomi Digital Indonesia initiative. Feb 25 [online] Available at: <https://news.microsoft.com/apac/2021/02/25/microsoft-to-establish-first-datacenter-region-in-indonesia-as-part-of-berdayakan-digital-economy-indonesia-initiative/> [Accessed Mar 4, 2022]
- Muntingh ADT, Van DF-C, Van M, Spinhoven P, Van B. (2016). Collaborative care for anxiety disorders in primary care: A systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract*, 17:62.
- Nair, V. M. (2004). Health in South Asia: future of Kerala depends on its willingness to learn from past. *British Medical Journal*, 328(7454): 1497.
- Nasseri, K., Sadrizadeh, B., Malek-Afzali, H., Mohammad, K., Chamsa, M., Cheraghchi- Bashi, M. T., et al. (1991). Primary health care and immunisation in Iran. *Public Health*, 105(3): 229–238.
- Nkonki L, Tugendhaft A, Hofman K. (2017). A systematic review of economic evaluations of CHW interventions aimed at improving child health outcomes. *Hum Resour Health*, 15(19) Available at: [https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28245839](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28245839) [Accessed October 1, 2018].

Nugraha, YN. (2019). Ketergantungan Fiskal Daerah Dalam Pelaksanaan Desentralisasi Fiskal di Indonesia. 20 Jan [online] Available at:

<https://www.kemenkeu.go.id/publikasi/artikel-dan-opini/ketergantungan-fiskal-daerah-dalam-pelaksanaan-desentralisasi-fiskal-di-indonesia/> [Accessed February 25, 2022]

OECD. (2019). Strategic Foresight: Strategic Foresight for Better Policies. [online] Available at: <https://www.oecd.org/strategic-foresight/ourwork/Strategic%20Foresight%20for%20Better%20Policies.pdf>

OECD. (2021a). COVID-19 pandemic underlines need to strengthen resilience of health systems, says OECD. [online] Available at:

<https://www.oecd.org/health/covid-19-pandemic-underlines-need-to-strengthen-resilience-of-health-systems-says-oecd.htm> [Accessed February 24, 2022]

OECD. (2021b), Primary Health Care in Brazil, OECD Reviews of Health Systems. Paris: OECD Publishing. doi: 10.1787/120e170e-en.

Oppenheim, C. (2011). Pengetahuan, Kebijakan, dan Kekuasaan: Enam Dimensi dari Titik Temu antara Pengetahuan dan Kebijakan Pembangunan. *Bulletin SMERU*, No.32 Sep=Dec/2011, pp. 12-17.

O'Malley AS. (2004). Current evidence on the impact of continuity of care. *Curr Opin Pediatr*. 16:693-9.

Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

Perry HB, Rassekh BM, Gupta S, Freeman PA. (2017). Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 7. shared characteristics of projects with evidence of long-term mortality impact. *J Glob Health*, 7:010907.

PHCPI. (2018). Brazil: A community-based approach to comprehensive primary care. Available at: <https://improvingphc.org/promising-practices/brazil> [Accessed Mar 1, 2022]

- PHCPI. (2022). Facility Infrastructure. Available at: <https://improvingphc.org/improvement-strategies/facility-infrastructure> [Accessed Mar 3, 2022]
- Pérez-Cuevas, R et al. (2017) Understanding public perception of the need for major change in Latin American healthcare systems. *Health Policy and Planning*, 32(6): 816–824. doi: 10.1093/heapol/czx020.
- Qibthiyah, R.M. (2021). *Province and Local Finances in Indonesia During COVID-19 Pandemic*. Working paper. Jakarta: LPEM FEB-UI.
- Rahma, A, Arso, SP, Suparwati, A. (2015). Implementasi Fungsi Pokok Pelayanan Primer Puskesmas sebagai *Gatekeeper* dalam Program JKN (Studi di Puskesmas Juwana Kabupaten Pati). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 3(3): 1–11.
- Richard L, Furler J, Densley K, Haggerty J, Russell G, Levesque J-F, et al. (2016). Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovations. *Int J Equity Health*, 15(64).
- Rifkin, S. B. & Walt, G. (1986). How health improves: Defining the issues concerning “comprehensive primary health care” and “selective primary health care. *Social Science and Medicine*, 23: 559–566.
- Rifkin, SB. (2018). Health for All and Primary Health Care, 1978–2018: A Historical Perspective on Policies and Programs Over 40 Years. Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health. Available at: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.55>
- Rohde, J., Cousens, S., Chopra, M., Tangcharoensathien, V., Black, R., Bhutta, Z. A., et al. (2008). 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries?. *Lancet*, 372(9642): 950–961.
- Rosano A, Loha CA, Falvo R, van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G, et al. (2013). The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Public Health*, 23:356–60.
- Rosero-Bixby, L. (2004). Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Social Science & Medicine*, 58(7): 1271–1284.

- Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. (2006). Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*, 23:308–16.
- Schumacher EF. (1973). *Small is Beautiful: A Study of Economics as if People Mattered*. New York: Harper & Row.
- Shi L. (2012). The impact of primary care: a focused review. *Scientifica*, 2012: 432892.
- Starfield B. (2012). Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit*, 26:20–6.
- Sulaeman ES, Karsidi R, Murti B, Kartono DT, et al. (2012). Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, Studi Program Desa Siaga. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7(2): 186–192.
- Smith SM, Wallace E, O’Dowd T, Fortin M. (2016). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*, 3:CD006560.
- Smith SM, Cousins G, Clyne B, Allwright S, O’Dowd T. (2017). Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. *John Wiley & Sons, Ltd*. (<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004910.pub3/full>, accessed 4 August 2018).
- Starfield B, Shi L, Macinko J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 83:457–502
- Stokes J, Panagioti M, Alam R, Checkland K, Cheraghi-Sohi S, Bower P. (2015). Effectiveness of case management for “at risk” patients in primary care: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10:e0132340.
- Sweeney R, Mulou N. (2012). Fee or free? Trading equity for quality of care for primary health care in Papua New Guinea. *Int Health*, 4:283–8.

- Tao W, Agerholm J, Burström B. (2016). The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*, 16:542.
- Telykov, A. (2001). *Guide to Prospective Capitation with Illustrations from Latin America: Health Sector Reform Initiative*.
- TEMPO. (2019). Banyak Menteri Jokowi Berasal dari Partai, Indef Khawatirkan Ini. 23 Oktober [online] Available at: <https://bisnis.tempo.co/read/1263494/banyak-menteri-jokowi-berasal-dari-partai-indef-khawatirkan-ini> [Accessed Mar, 2022]
- UII. (2020). Inovasi Kesehatan untuk Kemaslahatan 4 Juli [online] Available at: <https://www.uii.ac.id/inovasi-kesehatan-untuk-kemaslahatan/>
- UGM. (2020). *New Normal: Perubahan Sosial ekonomi dan Politik Akibat Covid-19*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- United Nations. (2022). SDGs. [online] Available at: <https://sdgs.un.org/> [Accessed Mar, 2022]
- van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Can Med Assoc J*, 174:177–83.
- van Loenen T, van den Berg MJ, Westert GP, Faber MJ. (2014). Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. *Fam Pract*, 31: 502–16.
- Vapattanawong, P., Hogan, M. C., Hanvoravongchai, P., Gakidou, E., Vos, T., Lopez, A. D., et al. (2007). Reductions in child mortality levels and inequalities in Thailand: analysis of two censuses. *The Lancet*, 369(9564): 850–855.
- Varatharajan, D., Thankappan, R., & Jayapalan, S. (2004). Assessing the performance of primary health centres under decentralized government in Kerala, India. *Health Policy and Planning*, 19(1): 41–51.
- Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S, Geerlings SE, de Rooij SE, Buurman BM. (2014). Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health Aff Proj Hope*, 33: 1531–9.

- Walton, D. A., Farmer, P. E., Lambert, W., Leandre, F., Koenig, S. P., & Mukherjee, J. S. (2004). Integrated HIV prevention and care strengthens primary health care: lessons from rural Haiti. *Journal of Public Health Policy*, 25(2): 137–158.
- Withanachchi, N., & Uchida, Y. (2006). Healthcare rationing: a guide to policy directions in Sri Lanka. *Health Policy*, 78(1): 17–25.
- Wolters RJ, Braspenning JCC, Wensing M. Impact of primary care on hospital admission rates for diabetes patients: A systematic review. *Diabetes Res Clin Pract*, 129:182–96.
- World Bank. (1993). *World Development Report 1993 : Investing in Health*. New York: Oxford University Press. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>
- World Bank. (2000). *World Development Report 2000/01 : Attacking Poverty*. World Development Report. New York: Oxford University Press. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/11856>
- World Bank. (2021). *Walking The Talk Report : Reimagining Primary Health Care After COVID-19*. Washington DC : World Bank. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/446861624530245206/At-a-Glance-Walking-The-Talk-Reimagining-Primary-Health-Care-After-COVID-19>
- World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978 [online] Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2
- World Health Organization. (2000). *The World health report : 2000 : health systems : improving performance*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>
- World Health Organization. (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development; Report of the commission on macroeconomics and health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008a). *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization. (2008b). *Regional Conference on Revitalizing Primary Health Care*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. [Jakarta, Indonesia, 6–8 August 2008].
- World Health Organization. (2010). *World Health Report: Health System Financing; The Path to Universal Coverage*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Indonesia, abridged version*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018a). *Primary Health Care at forty: reflections from South-East Asia*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.
- World Health Organization. (2018b). *Building the economic case for primary health care: a scoping review*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *Global spending on health: a world in transition*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF).
- World Health Organization & the United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2020). *Operational framework for primary health care: transforming vision into action*. Geneva: World Health Organization & the United Nations Children’s Fund (UNICEF).
- World Health Organization. (2021a). Role of primary care in the COVID-19 response: Interim guidance. WHO Regional Office for the Western Pacific. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2021b). *South-East Asia Regional Strategy for Primary Health Care: 2022–2030*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

- World Health Organization. (2022a). Governance: Constitution. [online] Available at: <https://www.who.int/about/governance/constitution> [Accessed Mar 2022].
- World Health Organization. (2022b). The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986: The Ottawa Charter for Health Promotion. [online] Available at: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> [Accessed Mar, 2022].
- World Health Organization. (2022c). Primary care. [online] Available at: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care> [Accessed Mar, 2022].
- Worrall G, & Knight J. (2006). Continuity of care for older patients in family practice. *Can Fam Physician*, 52:755.
- Wulandari, FK & Achadi, A. (2017). Analisis Karakteristik dan Persepsi Pengguna Pelayanan Terhadap Pemanfaatan Puskesmas Sebagai Gatekeeper di Dua Puskesmas Kota Bekasi Tahun 2016. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 2(1): 39-47.
- Zahroh AH, Putri RA, Shima L, Erdayani, et al. (2018). Risk Adjustment of Capitation Payment System: What Can Indonesia Adopt from Other Countries?. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 3(1): 118-124. doi: 10.7454/eki.v3i1.2408.

Lampiran

Daftar Narasumber Ahli Foresight PHC

No.	Nama Narasumber Ahli	Jabatan	Instansi	FGD/Delphi 1 (Arah Kebijakan)	FGD/Delphi 2 (Economic & Investment Case)	Delphi Pleno	STEEPV
1.	Prof. dr. Adi Utarini, M.Sc., MPH., Ph.D	Guru Besar FKMK	Universitas Gadjah Mada	✓	-	✓	-
2.	dr. Ahmad Fuady, PhD	Peneliti dan Dosen Fakultas Kedokteran	Universitas Indonesia	✓	✓	-	-
3.	Prof. dr. Ali Ghufron Mukti, M.Sc., Ph.D	Direktur Utama	BPJS Kesehatan	-	-	✓	-
4.	Dr. dr. Andrestia Meliala, DPH. MKes, MAS	Direktur Manajemen Rumah Sakit FKMK	Universitas Gadjah Mada	✓	✓	-	✓ (Econ)
5.	Dr. Anis Fuad	Peneliti dan Dosen Informatika Kependudukan	Universitas Gadjah Mada	-	-	-	✓ (Tech)
6.	Prof. Dr. Ir. Antonius Suwanto, MSc	Komisi Ilmu Rekayasa	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	-	✓	-
7.	dr. Ari Dwi Aryani, MKM	Deputi Direksi Bidang Jaminan Pembiayaan Kesehatan Primer	BPJS Kesehatan	-	✓	-	-
8.	Prof. drh. Aris Junaidi, Ph.D	Direktur Pembelajaran dan Kemahasiswaan	Kemdikbud Ristek	✓	-	-	-

No.	Nama Narasumber Ahli	Jabatan	Instansi	FGD/Delphi 1 (Arah Kebijakan)	FGD/Delphi 2 (Economic & Investment Case)	Delphi Pleno	STEEPV
9.	dr. Bacht Alisjahbana, Sp.PD-KPTI, Ph.D	Komisi Ilmu Kedokteran	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	-	✓	-
10.	Dr. Brian Sri Prahastuti	Tenaga Ahli Utama Kedepuitan II	Kantor Staf Presiden (KSP)	✓	✓	✓	-
11.	Prof. Dr. dr. Budi Wiweko, Sp.OG, MPH	Komisi Ilmu Kedokteran	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	-	-	-
12.	dr. Dante Saksono Harbuwono, Sp.PD-KEMD, Ph.D	Wakil Menteri Kesehatan	Kementerian Kesehatan	✓	-	-	-
13.	dr. Darius Erlangga, MPH	Akademisi	London School of Hygiene and Tropical Medicine	-	✓	✓	-
14.	Prof. David Handoyo Mulyono, SpPPD, FINASIM, Ph.D	Komisi Ilmu Kedokteran	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	-	✓	-
15.	Dewi Amila Solikha, SKM. MSc	Kasubdit Kesehatan Masyarakat Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat	Kementerian PPN/Bappenas	-	✓	-	-
16.	Dewi Bramono, BS, MS, MBA	CEO	Klinik SehatQ	-	-	-	✓ (Econ)
17.	dr. Donald Pardede, MPPM			✓	✓	✓	-

No.	Nama Narasumber Ahli	Jabatan	Instansi	FGD/Delphi 1 (Arah Kebijakan)	FGD/Delphi 2 (Economic & Investment Case)	Delphi Pleno	STEEP V
18.	dr. Elvina Karyadi, MSc., SpGK, Ph.D	Senior Health Specialist	World Bank	✓	-	-	-
19.	Dr. Emi Nurjasmi, M.Kes	Ketua Umum	Ikatan Bidan Indonesia (IBI)	✓	-	✓	-
20.	Prof. Dr. Endang Sukara	Komisi Ilmu Pengetahuan Dasar	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	-	✓	-	-
21.	Faisal Basri, S.E.,M.A	Ekonom senior		-	✓	-	✓ (Politics)
22.	Gita Putri Damayana, S.H., LL.M	Direktur Eksekutif	Pusat Studi Hukum dan Kebijakan (PSHK)	✓	-	-	-
23.	Gita Syahrani, S.H., LL.M	Head of Secretariat	Lingkar Temu Kabupaten Lestari (LTKL)	-	-	-	✓ (Environ)
24.	Dr. RM Sri Hananto Seno, drg., Sp.BM(K), MM.	Ketua Umum	Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI)	✓	-	-	-
25.	Dr. Harif Fadhillah, S.Kp.,S.H.,M.Kep.,M.H	Ketua Umum	Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)	✓	-	-	-
26.	Henny Supolo Sitepu, S.S	Ketua	Yayasan Cahaya Guru	-	-	-	✓ (Value)
27.	Prof. dr. Herawati Sudoyo, Ph.D	Komisi Ilmu Kedokteran	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	✓	-	-
28.	Ir. Heru Prasetyo	Chairman, Board of	Indonesia Business Link	-	-	-	✓ (Value)

No.	Nama Narasumber Ahli	Jabatan	Instansi	FGD/Delphi 1 (Arah Kebijakan)	FGD/Delphi 2 (Economic & Investment Case)	Delphi Pleno	STEEP V
		Patrons					
29.	dr. Irvan Afriandi Grad.Dipl, OEH, MPH, Dr.Ph	Dosen Dept Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran	Universitas Padjadjaran	✓	✓	-	-
30.	dr. Isti Ilmiati Fujiati, MSc.CM-FM, M.Pd.Ked	Ketua	Kolegium KKLK	-	-	✓	-
31.	dr. Kalsum Komaryani, MPPM	Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan	Kementerian Kesehatan	✓	-	-	-
32.	Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc., Ph.D.	Direktur Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FKKMK	Universitas Gadjah Mada	-	-	✓	-
33.	dr. M. Subuh, MPPM	Ketua Umum	Asosiasi Dinas Kesehatan (Adinkes)	✓	-	-	-
34.	Prof. Mayling Oey-Gardiner, Ph.D	Komisi Ilmu Sosial	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	✓	-	-
35.	Dr. Pandu Harimurti, MPPM	Senior Health Specialist	World Bank	✓	-	✓	-
36.	Prastuti Soewondo, Ph.D	Staf Khusus Menteri Kesehatan	Kementerian Kesehatan	-	-	✓	-
37.	Prof. dr. Pratiwi Pujilestari Sudarmono, Ph.D., SpMK(K)	Guru Besar Mikrobiologi	Universitas Indonesia	✓	✓	-	-

No.	Nama Narasumber Ahli	Jabatan	Instansi	FGD/Delphi 1 (Arah Kebijakan)	FGD/Delphi 2 (Economic & Investment Case)	Delphi Pleno	STEEPV
38.	Pungkas Bahjuri Ali, S.TP, MS, Ph.D	Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat	Kementerian PPN/Bappenas	✓	-	-	-
39.	dr. Putu Moda Arsana, Sp.PD-KEMD., FINASIM	Ketua Umum	Konsil Kedokteran Indonesia (KKI)	✓	-	-	-
40.	Prof. Dr. dr. Ratna Sitompul, SpM(K)	Dekan Fakultas Kedokteran	Universitas Indonesia	✓	✓	✓	-
41.	Rimawan Pradiptyo, SE, M.Sc., Ph.D	Dosen Fakultas Ekonomi dan Bisnis	Universitas Gadjah Mada	✓	-	✓	-
42.	Prof. Dr. Satryo Soemantri Brodjonegoro	Ketua	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	✓	✓	✓
43.	Prof. Dr. dr. Sofia Mubarika Haryana, M.Med., Sc Ph.D	Komisi Ilmu Kedokteran	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	-	-	✓	✓ (Environ)
44.	Prof. dr. Sultana Muhammad Hussein Faradz, Ph.D	Komisi Ilmu Kedokteran	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	-	✓	-
45.	drg. Usman Sumantri, MSc	Direktur	Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI)	✓	✓	-	-
46.	dr. Yodi Mahendradhata, MSc., Ph.D, FRSPH	Wakil Dekan Bidang Penelitian dan Pengembangan FKKMK	Universitas Gadjah Mada	✓	✓	-	-

No.	Nama Narasumber Ahli	Jabatan	Instansi	FGD/Delphi 1 (Arah Kebijakan)	FGD/Delphi 2 (Economic & Investment Case)	Delphi Pleno	STEEPV
47.	dr. Yudhi Prayudha Ishak Djuarsa, MPH		Asosiasi Akreditasi Puskesmas	-	-	-	✓ (Value)
48.	Prof. Dr. Yunita Triwardani Winarto	Komisi Kebudayaan	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	-	✓	✓ (Social)

