



BUKU
PANDUAN
JURNALIS
ISU
KESEHATAN

TIM PRAKARSA



PRAKARSA
Welfare Initiative for Better Societies



Kata Pengantar

Laporan *Millennium Development Goals/MDGs* 2015 menunjukkan bahwa pencapaian Indonesia di bidang kesehatan, khususnya kesehatan ibu dan anak, masih jauh dari target dan bahkan cenderung memburuk. Banyak negara yang indikator pembangunan kesehatannya masih buruk, maka dalam *Sustainable Development Goals (SDGs)* 2015-2030 sebagai penerus MDGs, masih menempatkan bidang kesehatan yakni “*ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*” sebagai salah satu tujuan pembangunan dunia di SDGs.

Kondisi ini memperlihatkan bahwa bidang kesehatan masih banyak permasalahan dan harus ditempatkan menjadi salah satu prioritas penting nan mendesak untuk diselesaikan. Tentu tidak hanya pemerintah yang mempunyai tanggung-jawab, namun aktor pembangunan non-pemerintah juga harus menaruh prioritas di bidang kesehatan. BPJS Kesehatan sebagai ‘*revolusi*’ *universal health care* (jaminan kesehatan

semesta) di Indonesia harus dijadikan tonggak bagi semua pihak untuk bersinergi dan bergotong-royong dalam kerja-kerja pembangunan bidang kesehatan. Harapannya, capaian kesehatan Indonesia makin membaik dan dengan kesehatan itu rakyat makin cerdas, makin produktif dan makin sejahtera.

Jurnalis sebagai pilar keempat demokrasi juga sebagai aktor pembangunan yang strategis. Kasus-kasus kesehatan di berbagai penjuru dapat mendapatkan respon penanganan lebih cepat saat diberitakan oleh media massa. Jika ada kebijakan pemerintah yang oleh rakyat dianggap tidak berpihak kepada masyarakat, maka jurnalis dapat menjadi 'penyambung suara rakyat' dengan memberitakannya. Agar berbagai inisiatif inovatif bidang kesehatan terkabarkan dengan baik, maka butuh peran jurnalis. Dalam konteks itulah, kami Perkumpulan Prakarsa melakukan penyusunan buku panduan liputan jurnalis di bidang kesehatan ini sebagai wujud sumbangan pemikiran. Perkumpulan Prakarsa sebagai lembaga pemikir dan peneliti yang fokus pada bidang kebijakan sosial-ekonomi dan kesejahteraan sosial secara lebih luas berinisiatif melakukan pengarusutamaan isu kesehatan dalam peliputan dan pemberitaan media massa.

Sebagai buku panduan jurnalis isu kesehatan, buku ini menyajikan sub-tema pembahasan yang komprehensif. Tema yang didedah antara lain mulai dari hal-hal substansial seperti gambaran umum kesehatan di

Indonesia, proses perumusan kebijakan kesehatan, isu-isu kesehatan yang menjadi sasaran pemerintah, pembiayaan kesehatan, hingga hal-hal teknis seperti teknik liputan dan penulisan isu-isu kesehatan.

Dua tema terakhir merupakan hal yang hendak ditekankan dalam buku ini. Pasalnya, terdapat perbedaan fundamental antara liputan isu kesehatan dengan liputan isu lainnya. Jurnalis yang meliput isu kesehatan dituntut untuk tidak hanya berpegang pada standar kerja dan kode etik jurnalistik, namun juga memiliki kompetensi medis dan non-medis (karakter, mental dan ketertarikan) yang memadai. Secara garis besar, jurnalis yang meliput isu kesehatan harus menghindari berita sensasional dan jauh dari komersialisasi liputan kesehatan. Selain itu, peliputan isu kesehatan juga harus dapat mendorong kontrol sosial untuk mengingatkan sistem pelayanan kesehatan yang buruk dan tidak sesuai dengan parameter pemenuhan akses hak atas kesehatan.

Lebih jauh, buku panduan ini juga menegaskan kembali tentang peran strategis jurnalis isu kesehatan. Hal ini berangkat dari satu prinsip bahwa jurnalis isu kesehatan di seluruh dunia mengemban tanggung jawab untuk menyampaikan informasi kepada masyarakat, membantu mereka mencegah atau mengelola kesehatan, baik di saat krisis maupun dalam kehidupan sehari-hari. Jurnalis isu kesehatan juga dapat berperan secara preventif-promotif dengan

menunjukkan kepada masyarakat mengenai pola hidup sehat serta membantu masyarakat memutuskan bagaimana membangun sistem dan layanan serta mengatasi masalah kesehatan secara kolektif. Semua peran itu menunjukkan bahwa jurnalis isu kesehatan mempunyai peran vital dalam mendorong perubahan.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada Tim Penulis dan semua pihak yang turut berkontribusi dalam penyusunan buku ini. Semoga buku ini bermanfaat dan dapat menjadi pegangan bagi jurnalis dalam peliputan, bagi publik yang hendak melakukan *citizen journalism* dan aktor pembangunan lainnya yang konsen terhadap isu kesehatan.

Selamat membaca!

Jakarta, Maret 2016

Ah Maftuchan

Direktur Eksekutif Perkumpulan Prakarsa



Daftar Isi

Bab I. Pendahuluan.....	1
Bab II. Kebijakan Kesehatan di Tingkat Global, Nasional dan Daerah.....	10
II.1. Kebijakan kesehatan di tingkat global.....	11
II.2. Kebijakan kesehatan di tingkat nasional.....	20
II.3. Kebijakan kesehatan di tingkat daerah.....	26
Bab III. Gambaran Umum Kesehatan di Indonesia.....	33
III.1. Pencapaian Indonesia dalam MDGs.....	34
III.2. Profil kesehatan Indonesia.....	37
III.3. Aspek kesehatan tradisional dan pendekatan kesehatan holistik.....	41
Bab IV. Proses Perumusan Kebijakan Kesehatan.....	44
IV.1. Siklus pembuatan kebijakan.....	47
IV.2. Peta analisa kebijakan.....	50
Bab V. Isu-Isu Kesehatan Sasaran Pemerintah.....	52
V.1. Kesehatan ibu dan anak.....	54
V.2. Kematian bayi dan balita.....	56

V.3. Penyakit menular.....	59
V.4. HIV/AIDS.....	60
V.5. Tuberkulosis.....	64
V.6. Malaria.....	65
V.7. Demam Berdarah Dengue.....	66
V.8. Gizi masyarakat.....	66
V.9. Penyakit tidak menular.....	67
V.10. Kesehatan jiwa.....	68
V.11. Akses dan kualitas pelayanan kesehatan.....	69
V.12. Aksesibilitas, mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan.....	70
V.13. Sumber daya manusia kesehatan.....	72

Bab VI. Pembiayaan Kesehatan.....74

Bab VII. Teknis Peliputan dan Penulisan Isu-Isu Kesehatan.....87

VII.1. Teknis peliputan.....	88
VII.2. Ide peliputan.....	95
VII.3. Sumber data.....	105
VII.4. Etika jurnalistik yang berkaitan dengan isu kesehatan.....	106

Daftar Rujukan.....110

Daftar Bagan

1. Beberapa Kebijakan dan Kesepakatan Internasional.....	12
2. Landasan Hukum Kebijakan Kesehatan di Indonesia.....	21
3. Tujuh Aspek Kesehatan Indonesia.....	37
4. Siklus Pembuatan Kebijakan.....	48
5. Kluster Isu Kesehatan Sasaran Pemerintah.....	53

Daftar Tabel

1.Sistem Kesehatan Nasional.....	24
2.Ruang Lingkup Sistem Kesehatan Kota Bandung (SKKB).....	27
3.Kalender Kesehatan Nasional.....	97



BAB I

Pendahuluan

Seorang wartawan kesehatan yang baik bekerja untuk publik, bukan untuk para dokter, bukan untuk para ilmuwan, ataupun untuk media tempat ia bekerja. Wartawan kesehatan diberikan sebuah keistimewaan untuk berkontribusi pada pemberitaan yang dibutuhkan dalam demokrasi. Tidak ada pekerjaan yang lebih penting bagi wartawan kesehatan selain memberikan informasi yang diperlukan masyarakat untuk bekerja, menikmati hidup, serta berperan di dalamnya. Ia menjaga kebebasan masyarakat yang demokratis.

—Victor Cohn, editor sains dan medis *The Washington Post*¹

Kesehatan adalah isu yang pelik. Ia tak saja terkait dengan persoalan penyebaran penyakit dan pengobatannya untuk masyarakat, namun juga terkait dengan kebijakan lintas sektoral. Kaitannya yang luas ini membuat telaah, analisis, dan pelaporan mengenai isu kesehatan tidak bisa dilihat parsial. Kebijakan kesehatan di suatu negara misalnya, berhubungan erat dengan beragam aturan yang memberi ruang pada tenaga kesehatan, teknologi kedokteran, industri farmasi, serta jangkauan upaya pencegahan dan pengobatan secara merata.

Konstitusi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 1948 menyepakati antara lain bahwa derajat kesehatan yang setinggi-tingginya adalah hak

¹ <http://casw.org/casw/victor-cohn-prize-medical-science-reporting>

fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, preferensi politik, dan tingkat sosial ekonominya. Hak fundamental ini berada pada lingkaran kebijakan dan praktik-praktik kesehatan yang dilakukan dalam skala global, nasional, maupun lokal. Tantangan modernitas, misalnya, dengan adanya industri farmasi dan berbagai kerja sama internasional menyangkut persoalan global seperti penyebaran virus transnasional, krisis pengungsi, tren mortalitas akibat kualitas pangan yang tercemar, serta pola dan kultur masyarakat tradisional dalam mengolah pangan dan sumber kesehatan. Warisan nusantara dalam pemakaian obat herbal dan tradisional juga masih merupakan alternatif yang dipercaya oleh masyarakat dalam menghadapi penyakit.

Untuk memahami lingkaran kebijakan tersebut, suatu kajian jurnalistik membutuhkan referensi dan perspektif yang luas dan kritis. Berbagai kasus penyakit yang muncul di kelompok masyarakat miskin misalnya, tidak saja menyoal kurangnya 'sosialisasi' dan 'tingkat pemahaman' terhadap pencegahan penyakit, namun bisa jadi dampak kerusakan lingkungan yang ditimbulkan oleh limbah pabrik misalnya. Kepekaan terhadap bagaimana masyarakat miskin secara struktural terpinggirkan ke kawasan pembuangan sampah, limbah, atau kawasan yang sudah rusak secara ekologis juga perlu untuk mengurai persoalan. Disini, pengetahuan seorang jurnalis diuji untuk menelisik persoalan hingga ke akarnya.

Dalam beberapa aspek, isu kesehatan merupakan bagian dari politik yang melampaui urusan birokrasi dan sengkabut hirarki kebijakan dan implementasinya. Saat melakukan peliputan berbagai isu sensitif yang menyangkut kepentingan para pejabat publik dan korporasi misalnya, seorang jurnalis akan dihadapkan oleh keterbatasan untuk mendapat sumber informasi yang lebih lengkap atau melakukan liputan dua sisi (*cover both sides*).

Di tengah berbagai tantangan ini, jurnalisme dan publik di Indonesia memiliki ruang kebebasan untuk menyuarakan informasi menyangkut kebutuhan dan hak dasar rakyat. Ketika media cetak dan daring menjadi pelapor dan pembentuk opini masyarakat, media sosial dan wadah petisi *online* yang karakternya cepat dan viral turut menjadi katalisator bagi munculnya keragaman opini dan aspirasi, termasuk meramaikan diskusi publik soal isu-isu sosial politik di Indonesia. Inilah bentuk demokrasi informasi setelah Indonesia lepas dari kungkungan Orde Baru.

Demokratisasi menyaratkan adanya kebebasan, tak terkecuali kebebasan pers. Kebebasan pers merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari hak asasi manusia (HAM) yang termaktub dalam konstitusi Indonesia, UUD 1945 pasal 28F: "Setiap orang berhak berkomunikasi dan memperoleh informasi untuk mengembangkan pribadi dan lingkungan sosialnya,

serta berhak untuk mencari, memperoleh, memiliki, menyimpan, mengolah, dan menyampaikan informasi dengan menggunakan segala jenis saluran yang tersedia.”

Dalam beberapa dekade terakhir, kebebasan memegang peranan penting di berbagai kawasan, khususnya dalam proses liberalisasi politik yang berhubungan dengan munculnya pers yang lebih terbuka dan kritis (Neumann: 1998). Media massa menjadi aktor penting dalam kehidupan sosial-politik. Bahkan media massa dapat bertindak sebagai “pendorong” sekaligus “pengawal” perubahan. Dengan demikian, media massa tidak lagi hanya berperan sebagai “pilar keempat” demokrasi dengan melakukan kontrol dan pengawasan (*checks and balances*) urusan publik.

Peran media massa berkembang dan mempunyai posisi strategis sebagai aktor demokrasi. Namun, peran ini belum dipahami oleh masyarakat, bahkan oleh pakar politik. Akibatnya, media massa dan para jurnalis berhasil “menyembunyikan” identitasnya sebagai institusi politik dan aktor politik. Masyarakat dan aktor politik lainnya telah gagal untuk mengenali peran politik jurnalis dan media massa (Cook, 1998:4). Untuk menjaga agar jurnalis dan media massa tidak terlalu jauh melakukan “politik praktis”, maka perlu ada pengawalan secara terus-menerus. Salah satu

peran jurnalis dan media massa adalah melakukan kontrol dan pengawasan atas urusan publik dalam kerangka tata kelola pemerintahan yang baik. Selain memastikan bahwa kerangka kebijakan (perencanaan, implementasi dan pertanggungjawaban) berjalan baik, semua pihak juga harus memastikan bahwa hak-hak dasar warga dipenuhi oleh pemerintah. Lembaga pemerintah tidak lagi dapat menutup keterlibatan para pihak dalam pengawasan dan pelaksanaan pembangunan. Dengan adanya UU 25/2009 tentang Pelayanan Publik dan UU 14/2008 tentang Kebebasan Informasi Publik, maka landasan yuridis terkait hak dasar publik, baik itu kesehatan, pendidikan, pangan, papan, rasa aman, air bersih maupun informasi dapat ditagih, diimplementasikan, dan diawasi.

Jurnalis dan media massa harus konsisten dalam menyuarakan kepentingan publik dan mampu mendorong kebijakan pemerintah agar lebih memihak kepentingan publik. Kebebasan mengakses informasi melalui penggunaan media sosial dan daring cukup tinggi di Indonesia, namun cakupannya masih terbatas pada kalangan kelas menengah yang berada di perkotaan. Dengan kondisi sosial ekonomi masyarakat Indonesia yang masih timpang, media massa memiliki peran tidak saja berbicara pada publik yang melek teknologi dan menjadi konsumen primer berita, tapi juga membawa suara kritis yang mampu menjembatani kelompok masyarakat marginal dan tak memiliki ruang

bersuara di panggung publik dengan mereka yang memiliki fasilitas menjangkau ruang tersebut. Inilah juga yang membuat perhatian jurnalis pada kebijakan kaum miskin menjadi penting.

Kebijakan pro-rakyat miskin (*pro poor policy*) merupakan tindakan politik yang bertujuan mengalokasikan hak-hak dan sumber daya kepada perorangan, organisasi dan wilayah yang terpinggirkan oleh negara dan pasar (Moore dan Putzel: 2000). Untuk bidang kesehatan, misalnya, jurnalis dan media massa dapat berperan aktif dalam mendorong pengawasan kinerja pemerintah dengan memberikan informasi (literasi) kepada masyarakat agar meleak terhadap isu kesehatan. Di sini, fungsi media sebagai penyebar informasi, sarana pendidikan, dan kontrol sosial makin meningkat. Permasalahan yang diangkat oleh media massa biasanya akan menarik perhatian para pengambil kebijakan. Agar hal ini dapat dilakukan, jurnalis perlu mendapatkan pemahaman yang memadai terkait isu, kondisi dan permasalahan di bidang kesehatan. Sebagai contoh, buku panduan “11 Langkah Memahami AIDS: Pegangan Wartawan” (Slamet Riyadi S dkk: 1996) sangat membantu jurnalis dalam memahami isu AIDS dan bagaimana melakukan peliputannya.

Guna melengkapi dan mendukung peningkatan peran jurnalis dan media massa dalam isu kesehatan,

Perkumpulan Prakarsa memandang perlunya disusun buku saku bertajuk “Panduan Peliputan Isu Kesehatan Berbasis Bukti”. Harapannya, buku saku ini dapat memberi bekal bagi jurnalis dalam melakukan liputan, investigasi, dan kegiatan jurnalistik lainnya di bidang kesehatan secara kritis dan mampu menyajikannya secara tajam dan bernas.

Buku panduan ini coba dirancang dengan ringkas, padat, dan mudah untuk para jurnalis yang masih pemula dengan isu kesehatan. Di beberapa bagian terdapat pula catatan kritis untuk jurnalis sebagai refleksi, tips penulisan, dan sumber informasi yang bisa dikunjungi dari internet.

Berita kesehatan bukanlah jurnal kesehatan, berita kesehatan bukan berita berat dan susah dicerna. Ia pun tidak berisi istilah-istilah medis, bahan kandungan obat dengan deretan nama unsur kimia yang membingungkan pembaca. Justru semakin sederhana informasinya, semakin mudah orang mengerti. Informasi baru yang berguna untuk dasar penulisan kesehatan selalu muncul. Memberitakan isu kesehatan bukan berarti membutuhkan latar belakang kedokteran atau keperawatan, namun, pengetahuan yang memadai tentang medis akan sangat membantu penulisan jurnalistik. Pengetahuan medis ini, ditambah ketrampilan memilah dan merangkum data-data yang tepat serta kemampuan membawa elemen

kemanusiaan di dalamnya, akan memaksimalkan peran jurnalis dalam menyampaikan potret realitas yang tajam dan menyentuh.

BAB II

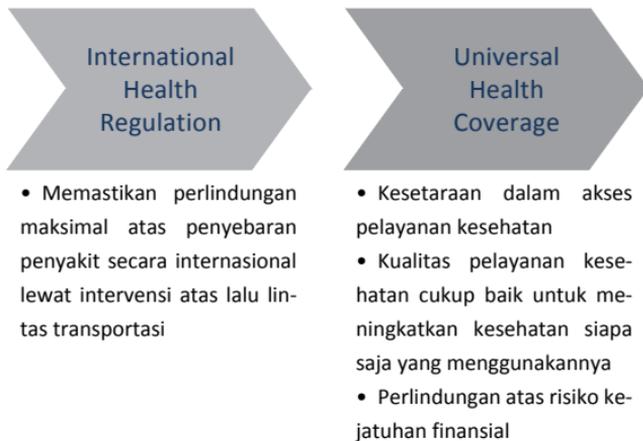
**Kebijakan Kesehatan di
Tingkat Global, Nasional
dan Daerah**

Analisis kebijakan publik terkait kesehatan tidak bisa dilepaskan dari berbagai aktor, faktor kontekstual maupun proses pengambilan kebijakan kesehatan pada level global, nasional dan lokal/daerah.

II.1. Kebijakan kesehatan di tingkat global

Pasca Perang Dunia Kedua, negara-negara sekutu yang keluar sebagai pemenang perang menginisiasi berdirinya lembaga kerja sama multilateral di tingkat global dengan nama *United Nations* atau Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). Tujuan berdirinya PBB adalah untuk turut menciptakan perdamaian dunia dan meredakan konflik dan ketegangan di antara negara-negara anggota. Selain di bidang politik dan keamanan, kerja sama multilateral di PBB juga mencakup ke berbagai bidang seperti pendidikan, kesehatan, kebudayaan. Bergabungnya Indonesia dalam berbagai organisasi kerja sama global seperti PBB membawa konsekuensi mendalam bagi berbagai kebijakan publik termasuk di bidang kesehatan. Sebagai anggota badan dunia tersebut, Indonesia terlibat dalam berbagai perundingan, kesepakatan, dan konvensi-konvensi yang dirumuskan pada level internasional khususnya konvensi World Health Organization untuk bidang kesehatan.

Bagan 1: Beberapa Kebijakan dan Kesepakatan Internasional





- Kesetaraan dalam akses pelayanan kesehatan
- Kualitas pelayanan kesehatan cukup baik untuk meningkatkan kesehatan siapa saja yang menggunakannya
- Perlindungan atas risiko kejatuhan finansial
- Tiga di antara tujuan yang hendak dicapai MDGs terkait dengan sektor kesehatan primer, yaitu:
 - Mengurangi 2/3 angka kematian bayi di bawah lima tahun
 - Mengurangi 3/4 rasio kematian ibu, dan
 - Memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit lainnya.
- Mengakhiri kelaparan,
- Mencapai ketahanan pangan dan meningkatkan gizi dan mempromosikan pertanian berkelanjutan,
- Memastikan kehidupan yang sehat dan mempromosikan kesejahteraan bagi semua orang pada semua usia,
 - Memastikan ketersediaan dan manajemen air dan sanitasi yang berkelanjutan bagi semua

Data diolah dari berbagai sumber

a. *International Health Regulation*

International Health Regulation adalah aturan kesehatan internasional yang diterima oleh seluruh negara anggota WHO tahun 1969. Aturan ini dimaksudkan untuk memperkuat prinsip-prinsip epidemis yang diterapkan secara internasional, mendeteksi, mengurangi, atau menghapus sumber penyebaran infeksi, meningkatkan sanitasi di dalam dan di sekitar pelabuhan dan bandara untuk mencegah penyebaran vektor, dan secara umum mendorong aktivitas epidemiologis pada level nasional sehingga mengurangi resiko infeksi.

b. *Universal Health Coverage*

Konstitusi World Health Organization (WHO) tahun 1948 menyatakan kesehatan merupakan hak asasi manusia dan deklarasi Alma-Ata (1978) menyatakan bahwa kesehatan untuk semua. Atas dasar itulah WHO berkomitmen untuk mengembangkan suatu sistem kesehatan dimana semua orang memiliki akses kepada pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa terkendala biaya (WHO, 2011; Savedoff, 2012). Sistem ini dikenal sebagai *universal health coverage* (UHC). Untuk menghindari terjadinya kendala biaya, maka dikembangkan suatu sistem asuransi (*financial protection*) dalam upaya pencapaian UHC. WHO mendefinisikan *Universal Health Coverage* sebagai

sebuah konsep untuk memastikan seluruh masyarakat memiliki akses yang dibutuhkan terhadap usaha promosi, pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi oleh pelayanan kesehatan dengan kualitas yang mencukupi.

Berdasarkan hal tersebut, konsep UHC merupakan penentu dalam mencapai tujuan kebijakan kesehatan dan kesejahteraan sosial di sebuah negara. Hal-hal yang terkandung dalam UHC merupakan hal-hal yang terkait kesetaraan dan kesejahteraan yang meliputi kualitas pelayanan kesehatan untuk memperbaiki status kesehatan masyarakat, kesetaraan akses terhadap pelayanan kesehatan yang efektif sehingga mengurangi ketidakadilan dalam akses kesehatan, dan perlindungan/jaminan terhadap risiko jatuh miskin sebagai konsekuensi beban biaya pelayanan kesehatan (WHO, 2013).

Seluruh negara yang menerapkan UHC dalam sistem kesehatannya mempunyai visi untuk mengurangi perbedaan dan ketidaksetaraan antara kebutuhan akan pelayanan kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan, memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan, serta memperbaiki perlindungan keuangan bagi penduduk (WHO, 2012).

c. *Framework Convention On Tobacco Control (FCTC)*

FCTC merupakan respon global yang paling kuat terhadap tembakau dan produk tembakau, yang merupakan penyebab berbagai penyakit fatal. Hingga Maret 2015, sebanyak 180 negara di dunia telah meratifikasi FCTC tersebut. FCTC diadopsi oleh Sidang ke-56 WHO pada bulan Mei 2013 dengan suara bulat dari 192 negara anggota yang hadir.

Sesuai ketentuan Undang-Undang 36 tahun 2009 dan Peraturan Pemerintah Nomor 109 tahun 2012 di Indonesia, perusahaan rokok wajib untuk mencantumkan peringatan “bahaya merokok bagi kesehatan” dengan gambar yang menyeramkan pada rokok produk luar maupun rokok produk dalam negeri.

d. Tujuan Pembangunan Milenium/*Millenium Development Goals (MDGs)*

MDGs yang diusung hingga tahun 2015 adalah pendekatan multisektor yang terdiri dari pendidikan, gender, lingkungan dan kerja sama internasional. MDGs ditetapkan pada tahun 2000 pada saat *World Summit* Majelis Umum PBB. MDGs telah disetujui oleh 189 negara dengan dukungan dari *International Monetary Fund*, *World Bank*, *Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)*, serta kelompok G8 dan G20. Kedelapan MDGs itu adalah mengentaskan kemiskinan dan kelaparan ekstrem,

mencapai pendidikan dasar universal, mempromosikan kesetaraan gender dan memberdayakan perempuan, mengurangi angka kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit lainnya, menjamin kelestarian lingkungan, dan membangun kemitraan global untuk pembangunan.

Kedelapan MDGs memiliki target spesifik dan memuat indikator yang bisa diverifikasi terkait perkembangan apa yang diukur dan kemana semua pelaku harus berkomitmen. Tiga di antara tujuan yang hendak dicapai MDGs terkait dengan sektor kesehatan primer, yaitu mengurangi 2/3 angka kematian bayi di bawah lima tahun, mengurangi 3/4 rasio kematian ibu, dan memerangi HIV/AIDS, malaria serta penyakit lainnya.

e. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/*Sustainable Development Goals (SDGs)*

SDGs adalah komitmen global yang dicanangkan setelah MDGs selesai pada tahun 2015. SDGs memuat sejumlah aspirasi tujuan lintas negara dengan menekankan 17 tujuan pembangunan berkelanjutan berisi 169 target dan 304 indikator yang menunjukkan kepatuhan negara-negara pada tujuan-tujuan ini.

Tujuan dari pembangunan berkelanjutan ini terkandung dalam paragraf 51 Resolusi PBB No. A/RES/70/1 pada 25 September 2015. Resolusi ini

adalah kesepakatan antarnegara sebagai Agenda Pembangunan Pasca 2015 yang menggantikan MDGs.

Di antara tujuan pembangunan berkelanjutan ini adalah menghapus kemiskinan dan kelaparan, memajukan kesehatan dan pendidikan, membangun kota-kota secara berkelanjutan, memerangi perubahan iklim dan melindungi samudera dan hutan.²

SDGs juga menjadi refleksi bagi MDGs dengan memberikan beberapa catatan penting, di antaranya persoalan kapasitas data dan statistik di tingkat nasional serta pentingnya pendekatan holistik menuju pembangunan lintas dan multisektoral.

f. Kebijakan non-kesehatan berdampak pada bidang kesehatan

Selain kebijakan-kebijakan soal kesehatan, ada juga kebijakan-kebijakan non kesehatan yang disepakati oleh lembaga-lembaga PBB yang memiliki dampak pada bidang kesehatan. Di antaranya kebijakan liberalisasi perdagangan yang dikeluarkan oleh *World Trade Organization* (WTO). WTO didirikan pada tahun 1995 dengan tujuan agar arus perdagangan dunia berjalan lancar, bebas, adil, dapat diprediksi, dan memberi peluang pasar serta hak khusus bagi negara anggota. Meski demikian salah satu perjanjian di bawah WTO

² [http://www.un.or.id/documents_upload/newsletter/2015%2002_\(BI\)_UN%20in%20Indonesia_Newsletter.pdf](http://www.un.or.id/documents_upload/newsletter/2015%2002_(BI)_UN%20in%20Indonesia_Newsletter.pdf)

yang masih kontroversial sampai hari ini adalah *Trade Related Aspect of Intellectual Property Rights* (TRIPS) atau perjanjian internasional di bidang Hak Atas Kekayaan Intelektual. Perjanjian ini menyeragamkan sistem HAKI di seluruh negara anggota WTO yang terdiri atas Hak Paten, Hak Cipta, Merek, Indikasi Geografis, Desain Industri, dan Rangkaian Elektronik Terpadu.

Adanya TRIPS ini membawa indikasi bagi bidang kesehatan lantaran dianggap menghambat akses obat-obatan bagi masyarakat. Adanya paten terhadap obat-obatan dalam jangka waktu tertentu berdampak pada mahalnya harga obat. Penyebabnya, setiap perusahaan farmasi yang akan memproduksi obat-obatan paten harus membayar royalti kepada individu atau perusahaan yang menemukan obat-obatan tersebut dan telah mematenkannya selama 20 tahun. Indonesia sendiri meratifikasi TRIPS ini melalui Undang-undang No 7 Tahun 1994.

Tak hanya melalui kerja sama multilateral, kebijakan kesehatan di tingkat global juga dipengaruhi oleh kerja sama bilateral antar negara. Organisasi bilateral antara lain *United States Agency for International Development* (USAid), *UK Department for International Development*, *Australian Agency for International Development* (AusAID), dan *Swedish International Development Agency* (SIDA) memainkan peranan di tingkat internasional, regional dan nasional.

Organisasi tersebut kerap menjadi penyandang dana bagi program-program kesehatan di negara miskin dan program-program kesehatan di bawah naungan organisasi-organisasi PBB. Di samping itu, terdapat juga lembaga-lembaga masyarakat sipil internasional yang berperan dalam mempengaruhi kebijakan kesehatan di level global dan nasional.

Masyarakat sipil di level global mencakup serangkaian pelaku yang membidik target beragam persoalan. Misalnya, ada organisasi masyarakat sipil global yang aktif dalam isu kesehatan reproduksi (misalnya *International Women's Health Coalitions*), persetujuan perdagangan (misalnya *Health Action International*), hak-hak penderita AIDS (*International Community of Women Living With HIV/AIDS*), standar etika dalam bantuan kemanusiaan misalnya (SPHERE project), dan ranjau darat (*International Campaign to Ban Landmines*).

II.2. Kerangka kebijakan kesehatan di tingkat nasional

Ada tiga landasan kebijakan yang ada untuk memahami kebijakan pembangunan kesehatan di Indonesia sebagaimana dijelaskan pada bagan berikut.

Bagan 2: Landasan Hukum Kebijakan Kesehatan di Indonesia

Undang-Undang Kesehatan	RPJMN 2015-2019	Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019: Program Indonesia Sehat
<ul style="list-style-type: none"> • UUD 1945 Pasal 27 ayat 2: “Tiap-tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan” • UUD 1945 Pasal 28H: “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan” • Kesehatan menurut UU No 36/2009: "...keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis." 	<ul style="list-style-type: none"> • (1) Meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak • (2) Meningkatnya pengendalian penyakit • (3) Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal, dan perbatasan • (4) Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan • (5) Terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat, dan vaksin • (6) Meningkatkan responsivitas sistem kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> • (1) Pilar paradigma sehat: pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif, dan pemberdayaan masyarakat • (2) Penguatan pelayanan kesehatan: peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan <i>continuum of care*</i> dan intervensi berbasis risiko kesehatan • (3) Jaminan kesehatan nasional: perluasan sasaran dan manfaat serta kendali mutu dan kendali biaya

Data diolah dari berbagai sumber

**continuum of care* atau kontinum (rangkaian) perawatan adalah konsep yang melibatkan sistem terpadu perawatan yang memandu dan melacak pasien dari waktu ke waktu melalui susunan yang komprehensif, pelayanan kesehatan yang mencakup semua tingkat intensitas perawatan.

Kebijakan kesehatan Indonesia dirumuskan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Bagian pertama dari Sistem Kesehatan Nasional menggariskan arah, tujuan, kebijaksanaan, dasar, serta landasan tentang bagaimana seharusnya pengadministrasian segala upaya kesehatan di Indonesia. Pasal 167 Undang-undang No.36 Tahun 2012 menyatakan pengelolaan kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, serta pengaturan hukum kesehatan. Pelaku SKN adalah masyarakat, termasuk pihak swasta, dan pemerintah (eksekutif) yang terdiri dari pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten.

Terdapat tujuh subsistem Kesehatan Nasional, yaitu:

- a. Upaya Kesehatan
- b. Penelitian dan Pengembangan
- c. Pembiayaan
- d. SDM Kesehatan
- e. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan
- f. Manajemen, Informasi dan Regulasi Kesehatan
- g. Pemberdayaan Masyarakat

Sistem kesehatan nasional adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945.

– Peraturan Presiden No. 72 tahun 2012 Pasal 1 angka 2

Tabel 1. Sistem Kesehatan Nasional

Subsistem	Unsur	Peran
Upaya kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Upaya kesehatan (promotif dan rehabilitatif) • Fasilitas pelayanan kesehatan (primer, sekunder, tertier) 	Melakukan pembinaan dan pengawasan
Penelitian dan pengembangan	<p>Penelitian dan pengembangan biomedis dan teknologi dasar kesehatan, teknologi terapan kesehatan, epidemiologi klinik, teknologi intervensi kesehatan masyarakat-humaniora, kebijakan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat</p>	
Pembiayaan	<p>Pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, maupun swasta serta sumber lainnya.</p>	<p>Pembiayaan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi tanggung jawab pemerintah. Subsistem ini diharapkan mampu mencapai <i>universal health coverage</i> sesuai UU No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU No. 24/2011 tentang BPJS.</p>

SDM kesehatan	Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan guna menjamin ketersediaan, pendistribusian, dan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan.	
Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan	Komoditas, sumber daya, pelayanan kefarmasian, pengawasan dan pemberdayaan masyarakat	Menjamin aspek keamanan, manfaat dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan. Ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial
Manajemen, informasi dan regulasi kesehatan	Kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, hukum kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya manajemen kesehatan	Koordinasi, integrasi, regulasi, sinkronisasi dan harmonisasi berbagai subsistem SKN agar efektif, efisien dan transparan dalam penyelenggaraannya
Pemberdayaan masyarakat	Penggerak pemberdayaan, sasaran pemberdayaan, kegiatan hidup sehat dan sumber daya	

Data diolah dari berbagai sumber

II.3. Kerangka kebijakan kesehatan di tingkat daerah

Sistem kesehatan daerah adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya pemerintah, masyarakat dan sektor swasta di daerah yang secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pada hakekatnya Sistem Kesehatan Daerah juga merupakan wujud dan sekaligus metode penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.

Sistem kesehatan daerah merupakan terjemahan dari Sistem Kesehatan Nasional yang diterjemahkan dalam peraturan daerah, peraturan gubernur, peraturan bupati ataupun peraturan walikota.

Meskipun Peraturan Presiden No. 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional tidak secara tegas mewajibkan penerbitan peraturan di level daerah, secara prinsip SKN sebagai sebuah sistem nasional mengamanatkan pengelolaan kesehatan secara berjenjang antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah baik provinsi maupun kabupaten. Pengelolaan kesehatan secara berjenjang ini dilakukan dengan memperhatikan semangat otonomi daerah dan otonomi fungsional sesuai dengan kemampuan dan ketersediaan sumber daya daerah di bidang kesehatan.

Salah satu contoh penerapan ini adalah Sistem Kesehatan Daerah Kota Bandung. Sistem Kesehatan Kota Bandung adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya pemerintah dan masyarakat di Kota Bandung secara terpadu dan saling mendukung guna mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Tabel 2: Ruang Lingkup Sistem Kesehatan Kota Bandung (SKKB)

Subsistem	Unsur	Peran
Pelayanan Kesehatan	1. Pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan rujukan	Pelayanan kesehatan dasar secara operasional dilaksanakan oleh Puskesmas, Puskesmas berfungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan, dan pusat pelayanan kesehatan tingkat dasar.
	2. Pelaksanaan kesehatan darah	
	3. Pemantauan dan pengamatan penyakit	
	4. Pencegahan dan penanggulangan penyakit	
	5. Lingkungan sehat	
	6. Kesehatan pekerjaan	Setiap Kecamatan wajib memiliki 1 (satu) Puskesmas koordinator/ pembina yang keberadaannya diatur oleh Pemerintah Daerah. Pelayanan kesehatan rujukan dilaksanakan oleh pemerintah, masyarakat dan swasta antara lain dalam bentuk rumah sakit, praktik dokter spesialis, praktir dokter gigi spesialis, klinik spesialis, balai pengobatan penyakit paru-paru, balai kesehatan mata dan balai kesehatan jiwa.
	7. Pelayanan kesehatan keluarga	
	8. Kesehatan jiwa	
	9. Penanggulangan masalah gizi	
	10. Pelayanan kesehatan haji	
	11. Pelayanan kesehatan tradisional	

Regulasi Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regulasi tenaga kesehatan 2. Regulasi sarana kesehatan 3. Regulasi sarana kesehatan penunjang 4. Regulasi sarana kesehatan lainnya 5. Regulasi sarana kesehatan mobilitas/transportasi 6. Regulasi penyelenggara pembiayaan kesehatan 7. Regulasi sarana layanan umum 8. Regulasi farmasi 9. Makanan, minuman dan perbekalan kesehatan 10. Regulasi tarif 11. Regulasi identitas pelayanan kesehatan
Penanganan gawat darurat, bencana dan kejadian luar biasa (KLB)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gawat Darurat dan Bencana 2. Kejadian Luar Biasa (KLB)
Pembiayaan kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembiayaan pelayanan kesehatan 2. Pembiayaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat 3. Pembiayaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin dan orang terlantar 4. Badan jaminan pemeliharaan kesehatan daerah 5. Jaminan pemeliharaan kesehatan bagi tenaga kerja

<p>Sistem informasi kesehatan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Derajat kesehatan 2. Upaya kesehatan 3. Pembiayaan kesehatan 4. SDM kesehatan 5. Obat dan perbekalan kesehatan 6. Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan 7. Manajemen kesehatan
<p>Farmasi dan perbekalan kesehatan</p>	<p>Pemerintah Daerah menjamin ketersediaan dan keterjangkauan obat dalam jenis dan jumlah yang cukup di Puskesmas dan Rumah Sakit Daerah serta melakukan pengawasan terhadap penggunaannya. Pemerintah Daerah wajib mengelola <i>buffer-stock</i> obat pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, alat kesehatan, regensia dan vaksin.</p>
<p>Sumber daya manusia kesehatan</p>	<p>Pemerintah Daerah wajib merencanakan, mendayagunakan dan melakukan upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan; dan juga menjamin terpenuhinya kebutuhan sumber daya manusia kesehatan pada sarana kesehatan milik Pemerintah Daerah. Penyediaan sumber daya manusia kesehatan dapat dilakukan oleh pemerintah dan swasta.</p>

Pemberdayaan masyarakat	Masyarakat berperan serta dalam pemeliharaan dan peningkatan kesehatan serta menjaga lingkungan yang bersih dan sehat. Pemerintah Daerah menjalin kemitraan dengan kelompok masyarakat dalam memberdayakan kesehatan masyarakat.
Penelitian dan pengembangan masyarakat	Pemerintah Daerah dapat bekerja sama dengan institusi pendidikan. Lembaga dan/atau individu yang melakukan penelitian dalam bidang kesehatan di Daerah wajib memiliki rekomendasi dari Pemerintah Daerah. Hasil penelitian kesehatan yang dilakukan oleh lembaga dan/atau individu wajib dilaporkan ke Pemerintah Daerah.

Sumber: Perda Kota Bandung No.10 Tahun 2009

Di tingkat kecamatan, Puskesmas menjadi unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan.

Menurut Perda Kota Bandung No.10 Tahun 2009, Puskesmas adalah satuan organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat dengan peran aktif masyarakat.

Puskesmas menjalankan fungsi:

- a. Upaya mempromosikan kesehatan dan upaya kesehatan lingkungan
- b. Upaya kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana, upaya perbaikan gizi, upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
- c. Upaya pengobatan dasar, upaya kesehatan pilihan, dan pengembangan masyarakat disesuaikan dengan masalah dan kemampuan setempat.

Struktur organisasi Puskesmas:

- a. Kepala Puskesmas
- b. Unit tata usaha
- c. Unit pelaksana teknis fungsional: upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan
- d. Jaringan pelayanan: puskesmas pembantu, puskesmas keliling bidan di desa/komunitas.

Tata kerja Puskesmas:

- a. Puskesmas berkoordinasi dengan kantor kecamatan, dan bertanggungjawab kepada dinas kesehatan kabupaten atau kota
- b. Puskesmas bermitra dengan sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya

- c. Puskesmas menjalin kerja sama yang erat dengan fasilitas rujukan, berkoordinasi dengan lintas sektor dan bermitra dengan organisasi yang menghimpun tokoh masyarakat yang peduli kesehatan masyarakat.

BAB III

Gambaran Umum
Kesehatan di
Indonesia

III.1. Pencapaian Indonesia dalam MDGs

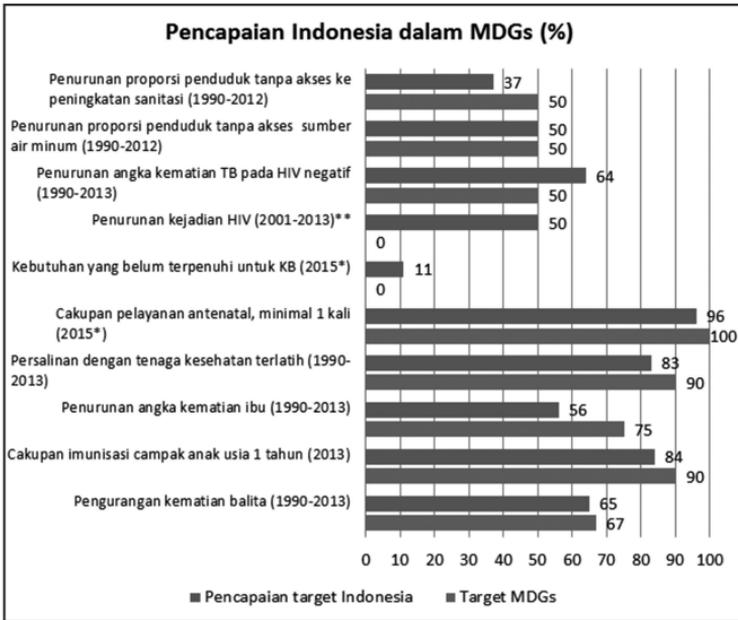
Tujuan Pembangunan Milenium atau Milenium Development Goals adalah delapan tujuan pembangunan yang disetujui oleh 189 negara anggota PBB. Deklarasi Millenium PBB ditandatangani pada bulan September 2000 yang mewajibkan para pemimpin negara dan dunia untuk memerangi kemiskinan, kelaparan, penyakit, buta huruf, degradasi lingkungan, dan diskriminasi terhadap perempuan. Millenium Development Goals dijabarkan dari Deklarasi Millenium menjadi target dan indikator spesifik yang coba dicapai pada tahun 2015.

Delapan tujuan pembangunan milenium itu adalah:

- a. Mengentaskan kemiskinan dan kelaparan ekstrem
- b. Mencapai pendidikan dasar universal
- c. Mempromosikan kesetaraan gender dan memberdayakan perempuan
- d. Mengurangi angka kematian anak
- e. Meningkatkan kesehatan ibu
- f. Memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit lainnya
- g. Menjamin kelestarian lingkungan
- h. Membangun kemitraan global untuk pembangunan

Tantangan terbesar Indonesia dalam bidang kesehatan yang tercakup dalam target MDGs adalah mengurangi angka kematian ibu. Krisis ini sebenarnya terkait dengan persoalan multidimensi seperti kemiskinan, minimnya akses kesehatan, hingga faktor budaya patriarkis yang dianut di banyak wilayah di Indonesia. Beragam faktor ini membuat kesehatan perempuan kerap tidak menjadi prioritas untuk ditangani.

Seperti terlihat dalam diagram di bawah, kematian ibu melahirkan, penurunan penyakit HIV, keterjangkauan alat kontrasepsi (KB), dan akses terhadap air dan sanitasi merupakan capaian yang masih belum memuaskan.



Sumber: World Health Statistic Index

*Target harus tercapai pada tahun 2015, **Target <50

Begitu MDGs berakhir pada 2015, *Sustainable Development Goals* (SDGs) akan menjadi acuan dalam perundingan negara-negara dunia untuk melanjutkan pembangun dari 2015 sampai 2030. SDGs dicanangkan untuk melanjutkan tujuan utama MDGs yang belum tercapai, antara lain permasalahan kesehatan ibu dan anak, akses terhadap air bersih dan sanitasi, dan status nutrisi.

III.2. Profil kesehatan Indonesia

Pusat Data dan Informasi Tahun 2014 yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan membagi profil kesehatan Indonesia ke dalam tujuh bagian: demografi, sarana kesehatan, tenaga kesehatan, pembiayaan kesehatan, kesehatan keluarga, pengendalian penyakit, dan kesehatan lingkungan. Jurnalis yang ingin meliput dan menulis tentang isu kesehatan bisa merujuk pada berbagai tabel yang tersedia di dalam dokumen ini sebagai acuan termasuk detil di tiap provinsi.³ Di bawah ini adalah ringkasannya.

Bagan 3: Tujuh Aspek Kesehatan Indonesia



³ Dokumen ini bisa diakses di <http://www.pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/data-dan-informasi-2014.pdf>.

Tujuh aspek kesehatan ini mencakup inti informasi sebagai berikut:

Demografi

- Tabel demografi untuk jumlah dan persentase penduduk miskin rentang tahun 2000-2014 di desa dan kota menunjukkan ada penurunan yang konsisten. Dikutip dari Badan Pusat Statistik 2015, data September 2014 menunjukkan ada 27,73 juta orang miskin dari 247,42 juta penduduk Indonesia, atau 10,96 persen dengan proporsi 8,16% berada di kota dan 13,76% di desa. Informasi lebih lanjut mengenai demografi kemiskinan juga bisa dilihat di dalam dokumen ini. Konsep dan metodologi mengukur kemiskinan yang dilakukan oleh BPS bisa dilihat di <http://www.bps.go.id/Subjek/view/id/23>.

Sarana kesehatan

- Jumlah puskesmas dan rasio terhadap penduduk, perawatan rawat inap dan non rawat inap, jumlah puskesmas dan rumah sakit menurut pengelola, kelas perawatan, dan provinsi, jumlah layanan HIV/AIDS dan IMS, jumlah unit wilayah dan posyandu, dan jumlah peserta didik program kesehatan.

Tenaga kesehatan

- Rekapitulasi SDM Kesehatan menurut jenis tenaga dan provinsi, SDM kesehatan di puskesmas, rasio dokter umum, dokter gigi, perawat dan bidan, status tenaga kesehatan, dan jumlah tenaga kesehatan menurut kriteria wilayah dan provinsi.

Pembiayaan kesehatan

- Mencakup data alokasi dan realisasi anggaran Kementerian Kesehatan 2014, realisasi Dana Dekonsentrasi Kesehatan 2014, APBD per provinsi, Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), BPJS, dan CBG.

Kesehatan keluarga

- Mencakup akses layanan dan persalinan untuk ibu hamil dan balita, imunisasi pada perempuan, bayi dan anak, KB, berat badan lahir balita, kunjungan pascakelahiran, ASI eksklusif, kasus gizi buruk, dan layanan puskesmas untuk anak dan remaja termasuk kasus kekerasan

Pengendalian penyakit

- Ada 11 penyakit yang masuk ke dalam data diantaranya tuberculosis, HIV/AIDS, pneumonia, diare, kusta, tetanus, campak, difteri, polio, malaria, dan DBD.

Kesehatan lingkungan

- Data ini fokus pada sanitasi, perilaku hidup bersih dan sehat, akses terhadap air minum berkualitas, akses terhadap sanitasi yang layak, rumah sehat, tempat umum sehat, pengelolaan makanan, dan pengelolaan limbah medis.

Isu kesehatan bukan tema yang asing bagi jurnalis di Indonesia. Persoalan kondisi dan sistem kesehatan merupakan hal yang amat dekat bagi para jurnalis di daerah maupun ibukota. Berbagai tema kesehatan kerap muncul sebagai berita halaman satu koran, investigasi mendalam majalah mingguan, laporan utama reporter radio dan daring, hingga laporan pandangan mata langsung dari lokasi yang disiarkan stasiun televisi (*live*).

Berita kesehatan yang marak diangkat oleh jurnalis di Indonesia selama ini umumnya berkaitan dengan suatu wabah yang melanda suatu kawasan pada waktu tertentu (contoh MERS, Flu Burung, Flu Singapura) atau berita layanan kesehatan. Salah satu contoh berita kesehatan ditulis harian *Kompas* pada September 2015 yang berjudul “Bahaya Kabut Asap Bagi Kesehatan”⁴. Berita ini menyoal sejumlah wilayah yang mengalami kebakaran hutan sehingga asap yang ditimbulkan mengancam kualitas udara dan berbahaya bagi kesehatan masyarakat.

Selain itu, hingga saat ini Indonesia masih menghadapi persoalan diskriminasi layanan kesehatan bagi rakyat miskin. Isu ini juga kerap muncul di dalam pemberitaan. Salah satu contoh adalah berita yang ditulis oleh *metrotvnews.com* tentang penolakan

⁴ <http://health.kompas.com/read/2015/09/07/100657423/Bahaya.Kabut.Asap.Bagi.Kesehatan>

terhadap pasien BPJS Kesehatan.⁵ Sebelumnya, pemberitaan yang marak terkait dengan kesehatan adalah indikasi korupsi pembelian alat kesehatan (alkes) di sejumlah daerah seperti di Tangerang Selatan, Bali, Mataram, Kendari, Medan, Jambi dan Banten. Dengan adanya urgensi untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang merata, kesenjangan dalam layanan kesehatan ini perlu ditelisik, salah satunya dengan mencermati alokasi anggaran kesehatan.

III.3. Aspek kesehatan tradisional dan pendekatan kesehatan holistik

Kementerian Kesehatan telah mendata praktik kesehatan tradisional dan pendekatan kesehatan holistik di puskesmas yang tenaga kesehatannya dilatih dengan kesehatan tradisional, alternatif, dan komplementer di Pusat Data dan Informasi 2014 Kementerian Kesehatan. Menurut Survei Sosial Ekonomi Nasional tahun 2004, lebih dari setengah penduduk Indonesia, yakni 72,44% melakukan pengobatan sendiri, dengan 32,87% diantaranya menggunakan obat tradisional.⁶

Tanaman herbal sebagai alternatif pengobatan dan pencegahan penyakit merupakan bagian dari tradisi

⁵ <http://news.metrotvnews.com/read/2015/08/08/419360/klaim-bpjs-ditolak-bayi-khiren-berutang-rp124-juta-kepada-rs-harapan-kita>

⁶ <http://www.gizikia.depkes.go.id/artikel/seberapa-besar-manfaat-pengobatan-alternatif/?print=pdf>

yang masih populer di masyarakat Indonesia. Menurut Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan, terdapat 280,000 pengobat tradisional dan 30 keahlian/spesialisasi. Dengan kepercayaan masyarakat terhadap pengobatan tradisional melalui herbal, kajian serius mengenai ini juga menjadi perhatian. Pada Deklarasi Alma Ata (1978) dunia telah berkomitmen bahwa obat tradisional harus dikembangkan secara signifikan. Negara anggota ASEAN juga menyadari pentingnya mengintegrasikan pengobatan tradisional ke dalam sistem kesehatan nasional, terutama dalam pelayanan kesehatan primer, dengan memanfaatkan obat tradisional.⁷

Pusat Studi Biofarmaka IPB merupakan salah satu lembaga penelitian melalui eksplorasi, konservasi, budidaya, ekstraksi, analisis komposisi, standarisasi, uji khasiat, hingga uji preklinis. Lembaga ini mengeluarkan hasil studi mengenai 250 tanaman berkhasiat obat pada tahun 2014.⁸ Ini menunjukkan bahwa isu dan aspek kesehatan di Indonesia tidak sebatas pada definisi praktik medis konvensional dan pengobatan dari industri farmasi besar semata.

Persoalan kesehatan di Indonesia juga terkait pada minimnya penjelasan dan komunikasi yang dibangun

⁷ <http://www.depkes.go.id/article/print/1706/integrasi-pengobatan-tradisional-dalam-sistem-kesehatan-nasional.html>

⁸ Buku ini diterbitkan dengan judul *Sehat Alami dengan Herbal: 250 Tanaman Berkhasiat Obat*. Gramedia, 2014.

oleh dokter kepada pasien mengenai pentingnya pengaturan pola makan untuk kesehatan, alih-alih fokus semata pada pemberian resep obat ke pasien. Konsultasi medis tidak dibangun dalam kerangka interaksi yang lebih humanis. Dr. Tan Shot Yen secara prihatin menyoroiti konsekuensi dari perspektif yang memandang tubuh sebagai mekanik dan semata objek pengobatan modern. Data statistik menunjukkan bahwa angka kematian tidak selalu berasal dari kasus penderita yang tidak tertangani secara professional oleh tenaga ahli kesehatan, melainkan justru dari kasus-kasus yang telah diteliti dengan baik, tercatat sebagaimana mestinya, dan obat diresepkan dan digunakan dengan benar. Lebih dari lima juta orang meninggal akibat praktik kedokteran barat di Eropa, Amerika Serikat, Kanada, Australia, dan Selandia Baru dalam dekade terakhir ini.⁹ Ini memberi pilihan kepada jurnalis untuk membuat tulisan mengenai dimensi yang lebih luas dan problematik dari dunia kesehatan, agar dapat melihat kasus, peristiwa, atau kajian dari aspek di luar kedokteran medis konvensional.

⁹ Tan Shot Yen, *Dari Mekanisasi Sampai Medikalisasi: Tinjauan Kritis atas Pereduksian Tubuh Manusia dalam Praktek Medis*. Jakarta: Dian Rakyat, 2009, hlm. 84-85, mengutip <http://www.mercola.com>, Iatrogenic Injury in Australia. "An executive summary of a 150-page official report revealing 14,000 preventable medical error deaths."

BAB IV

Proses Perumusan
Kebijakan Kesehatan

Proses kebijakan adalah serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan dalam proses kegiatan yang pada dasarnya bersifat politis. Kebijakan kesehatan dapat meliputi kebijakan publik (yang dirumuskan oleh pemerintah) dan swasta tentang kesehatan. Kebijakan kesehatan diasumsikan untuk merangkum segala arah tindakan (dan dilaksanakan) yang mempengaruhi tatanan kelembagaan, organisasi, layanan dan aturan pembiayaan dalam sistem kesehatan. Karena sektor kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor penentu di luar sistem kesehatan itu sendiri, para pengkaji kebijakan kesehatan juga menaruh perhatian pada segala tindakan dan rencana tindakan dari organisasi di luar sistem kesehatan yang memiliki dampak pada kesehatan (misalnya: pangan, tembakau atau industri obat).

Sama halnya dengan beragam definisi kebijakan kesehatan, ada banyak gagasan dan penekanan terkait pengkajian kebijakan kesehatan: Seorang ekonom mungkin berpendapat bahwa kebijakan kesehatan adalah tentang pengalokasian sumber daya yang langka bagi kesehatan; seorang perencana melihatnya sebagai cara untuk mempengaruhi faktor-faktor

penentu di sektor kesehatan agar dapat meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat; dan bagi seorang dokter, kebijakan merupakan segala sesuatu yang berhubungan dengan layanan kesehatan¹⁰. Menurut Walt, kebijakan kesehatan terkait dengan segala penawaran terbuka kepada orang yang berpengaruh dalam penyusunan kebijakan, bagaimana mereka mengolah pengaruh tersebut, dan dengan persyaratan apa.

Kebijakan kesehatan karenanya serupa dengan politik. Politik dalam konteks ini dimaknai tidak sebatas pada ranah eksekutif dan legislatif. Misalnya: ilmuwan mungkin harus memfokuskan penelitian pada hal-hal yang menarik minat pemberi biaya, alih-alih pertanyaan yang ingin mereka eksplorasi sendiri; dalam menuliskan resep, tenaga kesehatan mungkin harus mempertimbangkan kemungkinan perselisihan dengan pihak manajemen rumah sakit, peraturan pemerintah, dan kemampuan masyarakat untuk membayar. Para profesional ini mungkin didatangi oleh tenaga penjual perusahaan obat (*retailer*) yang ingin mempengaruhi mereka untuk memberikan obat dari perusahaan mereka, dan mungkin saja para tenaga penjual perusahaan ini menggunakan bentuk insentif yang berbeda. Sebagian besar kegiatan merupakan bagian dari pasang surut arus politik.

¹⁰ Watl, G. (1994). *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. London: Zed Books.

IV.1. Siklus pembuatan kebijakan

- **Identifikasi masalah dan isu:** menemukan isu-isu yang dapat masuk ke dalam agenda kebijakan, mengapa isu-isu yang lain justru tidak pernah dibicarakan.
- **Perumusan kebijakan:** menemukan siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan dihasilkan, disetujui, dan dikomunikasikan.
- **Pelaksanaan kebijakan:** tahap ini yang paling sering diacuhkan dan dianggap terpisah dari kedua tahap yang pertama. Namun, ini adalah tahapan yang diperdebatkan sebagai tahap yang paling penting dalam penyusunan kebijakan. Pasalnya, bila kebijakan tidak dilaksanakan atau diubah selama tahap pelaksanaan, sesuatu yang salah mungkin terjadi—dan hasil kebijakan tidak akan seperti yang diharapkan.
- **Evaluasi kebijakan:** menemukan apa yang terjadi pada saat kebijakan dilaksanakan, bagaimana pengawasannya, apakah tujuannya tercapai, dan apakah terjadi akibat yang tidak diharapkan. Tahapan ini merupakan saat dimana kebijakan dapat diubah atau dibatalkan serta penting untuk merumuskan kebijakan yang baru.¹¹

¹¹ http://hpm.fk.ugm.ac.id/hpmlama/images/chapter_1_mhp.pdf

Bagan 4: Siklus Pembuatan Kebijakan



Sumber : Dunn, W. (2003)

Secara lebih spesifik, perhatian mengenai pentingnya mengintegrasikan perspektif gender ke dalam kebijakan kesehatan nasional juga telah meningkat seiring dengan komitmen banyak negara terhadap aspek penghilangan diskriminasi terhadap perempuan seperti dalam CEDAW (*Convention on Elimination of Discrimination Against Women*). Di Indonesia sendiri, kebijakan yang integral seperti ini menjadi sangat relevan mengingat persoalan perempuan dan kesehatan reproduksi merupakan tantangan yang jauh dari target capaian MDGs. Menurut

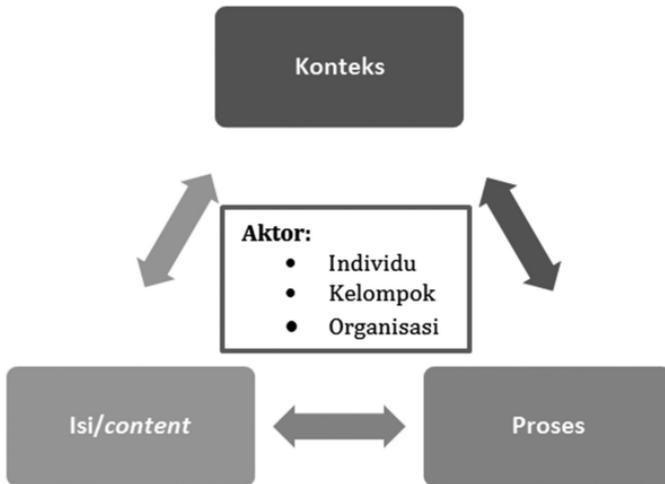
Lesly Doyal¹², hal-hal yang perlu dipertimbangkan dalam proses membuat kerangka kebijakan kesehatan nasional berperspektif gender adalah:

- a. Melakukan klarifikasi konsep-konsep mengenai seks, gender, dan kesehatan
- b. Pengaruh-pengaruh biologis antara laki-laki dan perempuan dalam kesehatan dan penyakit
- c. Pembagian gender dalam masyarakat
- d. Dampak ketidaksetaraan gender pada kesehatan perempuan
- e. Menelisik kesehatan kaum laki-laki, pengaruh biologis dan perubahan gaya hidup serta konteks sosial budaya terhadap status kesehatan
- f. Bias gender dalam praktik kedokteran
- g. Bias gender dalam penelitian
- h. Bias gender dalam pemberian layanan kesehatan
- i. Pengarusutamaan gender dalam penelitian kedokteran
- j. Mengukur kesehatan perempuan
- k. Melibatkan perempuan di dalam penelitian biomedis
- l. Memperluas batasan disiplin ilmu dalam penelitian kesehatan
- m. Memperluas paradigma dalam memandang kesehatan laki-laki dan perempuan dalam dimensi publik dan privat

¹² Lesly Doyal, 'A Draft Framework for Designing National Health Policies with an Integrated Gender Perspective', <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/draft.htm>

IV.2. Peta analisa kebijakan

Untuk memudahkan liputan mendalam atau investigasi kebijakan, jurnalis bisa berpedoman pada segitiga analisis yang melibatkan empat faktor: konteks, proses, isi, dan aktor. Dalam banyak kasus, proses pembuatan dan implementasi kebijakan yang berlapis merupakan bentuk tak terpisah interaksi multifaktor dari segitiga ini. Tiap faktor misalnya, juga dipengaruhi oleh hal-hal lainnya. Berikut skemanya.



Sumber: Walt, G. dan Gilson, L. (1994).

Konteks dapat dipengaruhi oleh ideologi, ketidakstabilan politik, sejarah maupun budaya setempat. **Aktor** dapat dipengaruhi oleh lokasi tempat

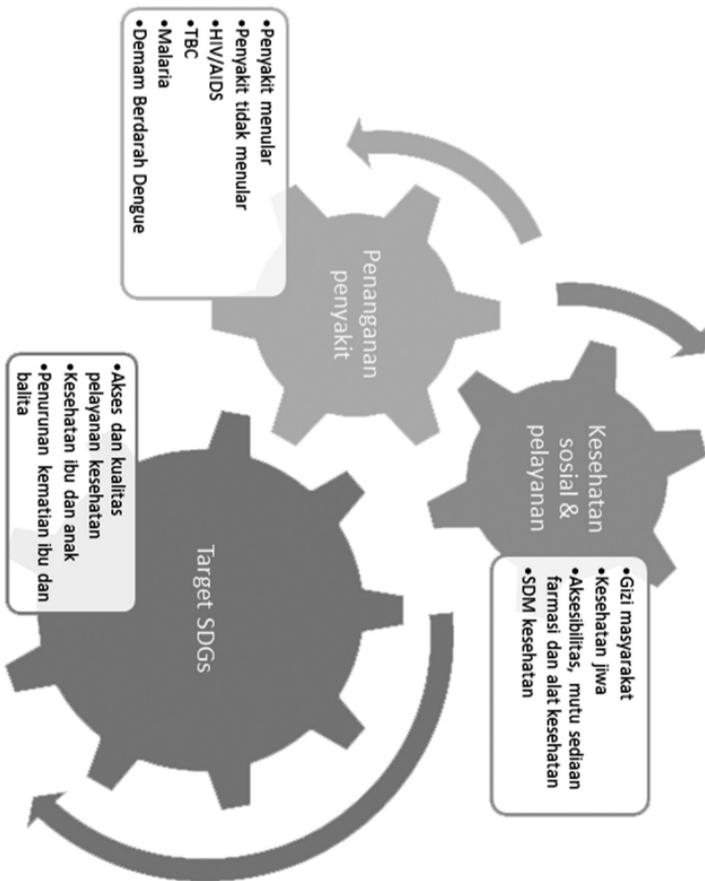
tinggal/bekerja, aturan atau perjanjian yang disepakati, dan ekspektasi kelompok (mengikat atau tidak terikat). **Proses** dapat dipengaruhi oleh pelaksana kebijakan, posisi dalam kekuasaan, norma, ataupun ekspektasi aktor. **Isi** kebijakan mencakup sebagian atau seluruh bagian ini.

BAB V

Isu-Isu Kesehatan Sasaran
Pemerintah

Terdapat sebelas isu kesehatan yang menjadi sasaran pemerintah berdasarkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Untuk memudahkan fokus kajian liputan, berikut adalah tiga kluster beserta isu-isu yang berada di dalamnya.

Bagan 5: Kluster Isu Kesehatan Sasaran Pemerintah

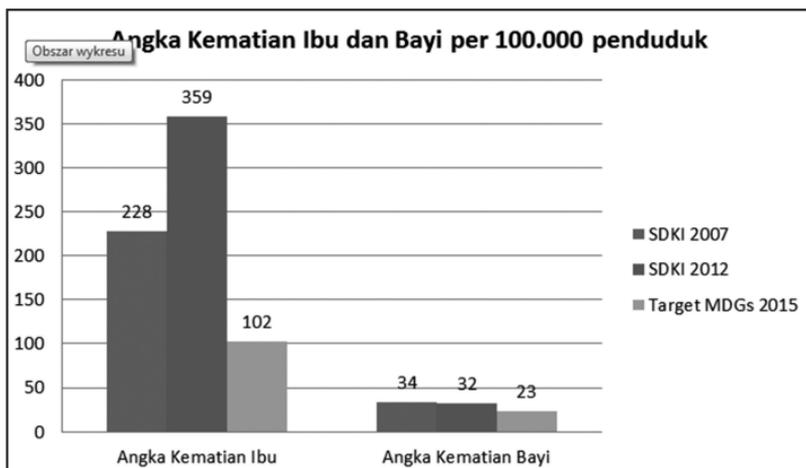


Data diolah dari berbagai sumber

V.1. Kesehatan ibu dan anak

Angka Kematian Ibu sudah mengalami penurunan, namun masih jauh dari target MDGs tahun 2015, meskipun jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mengalami peningkatan. World Health Statistic 2015¹³ mendata rasio kematian ibu (per 100.000 kelahiran hidup) di Indonesia pada tahun 1990 mencapai 430, lalu turun pada tahun 2000 menjadi 310 dan pada tahun 2013 menjadi 190. Data World Health Statistic ini berbeda dengan data yang bersumber pada Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2012. Dalam survei itu, angka kematian ibu (AKI) tercatat mencapai 359 per 100 ribu kelahiran hidup. Rata-rata angka kematian ini melonjak dibanding hasil SDKI 2007 yang mencapai 228 per 100 ribu. Padahal, pemerintahan bertekad menurunkan AKI hingga 108 per 100 ribu pada 2015 sesuai target MDGs. Bahkan, jika mengacu pada SDGs, targetnya lebih ambisius yakni hingga <70 AKI per 100 ribu kelahiran hidup.

¹³ The World Health Statistics adalah seri kompilasi data tahunan WHO dari 194 negara anggota yang berisi ringkasan kemajuan kesehatan yang berhubungan dengan target Millennium Development Goals (MDGs).



Sumber: World Health Statistic

Penyebab Angka Kematian Ibu dapat diminimalisasi apabila kualitas Antenatal Care¹⁴ dilaksanakan dengan baik. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan kondisi ibu hamil tidak sehat antara lain adalah penanganan komplikasi, anemia, ibu hamil yang menderita diabetes, hipertensi, malaria, dan empat terlalu (terlalu muda dari 35 tahun, terlalu tua untuk melahirkan yaitu di atas 40 tahun, terlalu dekat jarak kehamilan yaitu kurang dari 2 tahun dan terlalu banyak anak yaitu lebih dari 3).

¹⁴ Antenatal Care adalah perawatan yang diterima perempuan dari para profesional kesehatan selama kehamilan.

Untuk usia di atas neo-natal sampai satu tahun, penyebab utama kematian adalah infeksi khususnya pneumonia dan diare. Ini berkaitan erat dengan perilaku hidup sehat ibu dan juga kondisi lingkungan setempat.

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI tahun 2015 menyebut sebanyak 54,2 per 1000 perempuan di bawah usia 20 tahun telah melahirkan, sementara perempuan usia di atas 40 tahun yang melahirkan sebanyak 207 per 1000 kelahiran hidup. Hal ini diperkuat oleh data

yang menunjukkan masih adanya 46,7% dari semua perempuan yang sudah kawin dengan usia perkawinan pertama kurang dari 20 tahun.

Potensi dan tantangan dalam penurunan kematian ibu dan anak adalah jumlah tenaga kesehatan yang menangani kesehatan ibu, khususnya bidan, sudah relatif tersebar ke seluruh wilayah Indonesia, namun dengan kompetensi yang masih belum memadai. Secara kuantitas, meski jumlah Puskesmas PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) dan RS PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif) meningkat, namun belum diiringi dengan peningkatan kualitas pelayanan. Peningkatan kesehatan ibu sebelum hamil terutama pada masa remaja, menjadi faktor penting dalam penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi.

V.2. Kematian bayi dan balita

Dalam 5 tahun terakhir, Angka Kematian Neonatal (AKN) tetap sama yakni 19/1000 kelahiran, sementara Angka Kematian Pasca Neonatal (AKPN) menurun dari 15/1000 menjadi 13/1000 kelahiran hidup, angka kematian anak balita juga turun dari 44/1000 menjadi 40/1000 kelahiran hidup. Data World Health Statistic 2015 menunjukkan tingkat kematian bayi baru lahir di Indonesia pada tahun 1990 mencapai 30,8 dan terjadi penurunan pada tahun 2013 hingga mencapai 14,4.

World Health Statistic 2015 juga mendata penurunan tingkat kematian bayi (probabilitas kematian pada usia 1 dan 5 tahun per 1.000 kelahiran hidup) di Indonesia pada tahun 1990, 2000 dan 2013 seperti ditampilkan dalam grafik berikut ini:

	USIA 1 TAHUN	USIA 5 TAHUN
1990	62	84.3
2000	41	52.2
2013	24.5	29.3

Keterangan grafik: Tingkat kematian balita (probabilitas kematian pada usia 1 dan 5 tahun per 1.000 kelahiran hidup) di Indonesia. Sumber data dari World Health Statistic 2015.

Penyebab kematian pada kelompok perinatal disebabkan oleh Intra Uterine Fetal Death (IUFD) atau kematian di dalam kandungan sebanyak 29,5% dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 11,2%. Ini berarti faktor kondisi ibu sebelum dan selama kehamilan amat menentukan kondisi bayinya.

Jika dibandingkan antara data Renstra 2015 dengan World Health Statistic 2015 terdapat rujukan data yang berbeda. Perbedaan data dapat terjadi karena perbedaan acuan sumber dan tahun pengumpulan data.

Tantangan ke depan adalah mempersiapkan calon ibu agar benar-benar siap untuk hamil, melahirkan, dan menjamin kesehatan lingkungan yang mampu melindungi bayi dari infeksi.

Salah satu penyebab kematian bayi dan balita adalah penyakit menular dan Indonesia telah cukup berhasil menekan kematian akibat penyakit menular ini. Angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh penyakit menular yang dapat dicegah mela-

Persentase penurunan kasus Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) tertentu dapat mencapai 40% pada 2019 mendatang. Karena itu, jurnalis amat berperan dalam menuliskan manfaat dari vaksinasi, termasuk memberikan edukasi mengenai kondisi bayi atau anak pasca vaksinasi, aturan dan jangka waktu pemberian vaksin dan lain sebagainya.

lui imunisasi seperti polio, campak, difteri, pertusis, hepatitis B, dan tetanus baik pada maternal maupun neonatal sudah sangat menurun. Bahkan, pada tahun 2014, WHO menyatakan bahwa Indonesia telah bebas polio. Jumlah bayi yang mendapat satu kali imunisasi Hepatitis B; satu kali imunisasi BCG; tiga kali imunisasi DPT, HB dan Hib; empat kali imunisasi polio; dan satu kali imunisasi campak dalam kurun waktu satu tahun pada 2012 mencapai 90%. Imunisasi berhasil dijalankan di seluruh Indonesia. Renstra 2015-2019 mencatat persentase kabupaten/kota yang berhasil mencapai 80 persen imunisasi dasar lengkap pada bayi pada tahun 2013 sebesar 71,2% dari seluruh kabupaten/kota. Target untuk tahun 2019 diharapkan mencapai 95% kabupaten/kota.

V.3. Penyakit menular

Prioritas masih tertuju pada penyakit HIV/AIDS, tuberkulosis, malaria, demam berdarah, influenza dan flu burung. Disamping itu, Indonesia juga belum sepenuhnya berhasil mengendalikan penyakit yang terabaikan (*neglected diseases*) seperti kusta/lepra,

Temuan kasus kusta di Indonesia termasuk tinggi dibandingkan negara-negara di Asia dan Afrika sekalipun, meski tidak setinggi India yang mencapai 126.913 kasus. Sebagai perbandingan dengan sesama negara di Asia Tenggara, temuan kasus kusta di Malaysia menurut data tahun 2013 adalah hanya sebanyak 306 kasus.

filariasis, leptospirosis dan lain-lain. Angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi seperti polio, campak, difteri, pertusis, hepatitis B dan tetanus baik pada maternal maupun neonatal sudah sangat menurun. Bahkan, pada 2014, Indonesia telah dinyatakan bebas polio. Namun, World Health Statistic 2015 melaporkan 16.856 kasus kusta pada 2013.

V.4. HIV/AIDS

Dalam rilis pers UNAIDS Juli 2014, Indonesia disebut termasuk negara yang dianggap tertinggal dalam kemajuan melawan HIV. Indonesia bersama lima negara lain dikatakan menghadapi tiga ancaman, yaitu beban HIV yang berat, cakupan pengobatan yang rendah, dan tingkat penurunan infeksi HIV rendah. Dalam laporan 'Gap Report' UNAIDS yang diterbitkan tahun 2014, disebutkan bahwa infeksi HIV baru di Indonesia meningkat sebesar 48 persen. Disebutkan pula bahwa kematian terkait AIDS di Indonesia meningkat sebesar 427 persen antara tahun 2005 dan 2013.

Rilis ini tampak paradoks dengan Penghargaan Bergengsi Pita Merah yang diraih oleh Persaudaraan Korban Napza Indonesia (PKNI) oleh UNAIDS. Penghargaan ini diberikan untuk hasil kerja komunitas yang inovatif dan mengagumkan dalam tindakan terhadap epidemik AIDS. Dalam penghargaan yang berbeda tim UN Cares Indonesia juga memenangkan Penghargaan

UN Cares 2014 untuk keberhasilan mereka dalam mempromosikan pengujian HIV dan pentingnya mengetahui status HIV seseorang.¹⁵

Sementara menurut data Kementerian Kesehatan pada tahun 2010 prevalensi pengguna narkoba suntik (penasun) sudah mulai menurun, namun mulai muncul kasus HIV pada ibu rumah tangga sehingga upaya pencegahan Penularan Melalui Transmisi Seksual (PMTS) mulai diintensifkan. Upaya tersebut difokuskan pada populasi kunci di 141 Kabupaten/Kota prioritas. Pada tahun 2011, terdapat peningkatan kasus HIV/AIDS melalui penularan kepada ibu rumah tangga serta penularan dari ibu positif HIV ke bayi yang dilahirkan. Hingga 2014, menurut Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) terdapat 6539 kasus HIV pada ibu rumah tangga. Sementara, pada Pekerja Seks Komersial terjadi 2062 kasus. Kemenkes kemudian melakukan akselerasi peningkatan cakupan dan layanan Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA) dengan tujuan utama memutus rantai penularan dari

Pada pertengahan 2013, dilaksanakan Strategic Use of ARV (SUFA) sebagai kebijakan baru agar setiap orang yang rentan atau berisiko HIV, ditawarkan untuk melakukan tes. Bila hasilnya positif, akan langsung ditawarkan pemberian obat Anti-retroviral.

¹⁵ Baca liputan 'Memerangi AIDS: Indonesia Diakui pada Dunia Penghargaan Global' di [http://www.un.or.id/documents_upload/newsletter/2015%2002_\(BI\)_UN%20in%20Indonesia_Newsletter.pdf](http://www.un.or.id/documents_upload/newsletter/2015%2002_(BI)_UN%20in%20Indonesia_Newsletter.pdf)

orang tua ke bayinya. Sebagian besar kasus anak dengan HIV disebabkan oleh penularan dari ibu ke anak, padahal penularan perinatal dapat dihindari dengan terapi obat. Karena itulah sejak awal tahun 2013, Kementerian Kesehatan mewajibkan petugas kesehatan untuk menganjurkan tes HIV bagi para ibu hamil yang tinggal di daerah dengan kasus HIV-AIDS yang tinggi. Hingga akhir tahun 2013, telah terdapat layanan PPIA di 91 RS dan di 23 Puskesmas.

Catatan kritis untuk jurnalis

Rilis pers UNAIDS bulan Juli 2014 ini berbeda dengan berita bulan Februari 2015 ketika UNAIDS memberikan penghargaan Pita Merah pada PKNI. Kementerian Kesehatan dan PKBI juga mencatat peningkatan penderita di kalangan ibu rumah tangga dan pekerja seks komersial (PSK). Jurnalis bisa menelisik beberapa pertanyaan penting saat hendak menulis tentang HIV/AIDS:

- Apakah sudah tersedia data yang menunjukkan kemajuan dalam penanganan HIV di Indonesia dalam satu tahun (2014-2015)?
- Apa saja indikator yang digunakan untuk menilai tingkat penanganan HIV?
- PKNI adalah organisasi berbasis komunitas. Kegiatan apa yang mereka lakukan terkait isu HIV sehingga mencapai perubahan transformatif yang mungkin tidak berdampak langsung pada statistik, tapi pada tata nilai dan perilaku komunitas yang mereka geluti?
- Seperti apa demografi sosial penderita HIV/AIDS? Selama ini statistik penderita yang disebut adalah ibu rumah tangga dan PSK, apakah kajian ini telah memasukkan aspek kesetaraan gender terkait perilaku dan relasi seksual yang timpang antara laki-laki dan perempuan maupun transgender, di lokasi prostitusi, kasus KDRT, dan wilayah yang memiliki prevalensi penderita tinggi?

Sejak 2012 pemerintah mulai mengembangkan Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) di tingkat Puskesmas. Pelayanan HIV/AIDS mulai dari upaya pencegahan, tes HIV sedini mungkin, sampai kepada pengobatan dapat dilaksanakan di tingkat Puskesmas. Pemberian ARV sedini mungkin diharapkan dapat menurunkan jumlah virus dalam darah dan risiko penularan kepada orang lain juga berkurang. Menurut data Dinas Kesehatan Provinsi sampai dengan Juni 2014, jumlah kumulatif pengidap HIV sebanyak 143.078 orang dan AIDS sebanyak 54.018 orang. Prevalensi HIV di Indonesia 0.4% sementara untuk Papua sebesar 2.3%.

Potensi yang dimiliki Indonesia dalam pengendalian HIV-AIDS diantaranya adalah persiapan yang cukup baik mencakup tata laksana penanganan pasien, tenaga kesehatan, pelayanan kesehatan (khususnya rumah sakit), dan laboratorium kesehatan. Setidaknya terdapat empat laboratorium yang sudah terakreditasi dengan tingkat keamanan biologi 3 (BSL 3), yakni Laboratorium Badan Litbang Kesehatan, Institute of Human Virology and Cancer Biology (IHVCB) Universitas Indonesia, Institut Penyakit Tropis Universitas Airlangga dan Lembaga Biologi Molekuler Eijkman di Jakarta.

V.5. Tuberkulosis

Menurut www.kncvtbc.org, sebuah lembaga independen yang menangani tuberkulosis (TB), tuberkulosis adalah penyakit mematikan nomor dua di dunia. Menurut Strategi Nasional TB 2015-2019 Kementerian Kesehatan, jumlah semua kasus TB yang ditemukan, semua jenis yaitu kasus TB dengan konfirmasi bakteriologis dan kasus TB terdiagnosis klinis, baru dan kambuh di Indonesia mencapai 357.646 kasus. World Health Statistic 2015 mencatat jumlah kasus TB yang dilaporkan pada tahun 2013 sebesar 325.582 kasus. Artinya terdapat peningkatan kasus atau temuan kasus yang baru terdata selama dua tahun terakhir. Strategi Nasional TB 2015-2019 Kementerian Kesehatan juga mendata terdapat 38.830 anak dengan TB.

Berbagai upaya telah dilakukan Kementerian Kesehatan dan pihak terkait sehingga berhasil membawa Indonesia sebagai negara pertama di Regional Asia Tenggara yang mencapai target TB global yang dicanangkan waktu itu, yaitu Angka Penemuan Kasus (Crude Detection Rate/CDR) diatas 70% dan Angka Keberhasilan Pengobatan (Treatment Success Rate/ TSR) diatas 85% pada tahun 2006.¹⁶ Namun Strategi Nasional Pengendalian Tuberkolosi 2015-2019, Kementerian Kesehatan RI menyebutkan

¹⁶ Data Global Tuberculosis Report 2014

survei prevalensi dengan metode yang lebih akurat memperkirakan prevalensi TB sebesar 660/100.000 atau 2,4 kali lebih tinggi daripada perkiraan sebelumnya. Prevalensi ini sebanding dengan 0,65% dari populasi umum menderita TB, atau setara 1.600.000 kasus TB dengan 1.000.000 kasus baru per tahun. Berdasarkan estimasi ini, Indonesia berada di rangking kedua dunia, dan dalam hal beban TB Indonesia di bawah India. Diperkirakan terdapat 670.000 kasus per tahun yang tidak dilaporkan, sebanding dengan angka penemuan kasus (*case detection rate*) sebesar 33%. Tahun 2014, terdapat 6.226 laboratorium mikroskopis TB di seluruh Indonesia yang diharapkan dapat meningkatkan angka temuan kasus baru.

V.6. Malaria

Pengendalian Penyakit Menular yang termasuk dalam komitmen global seperti malaria juga telah menunjukkan pencapaian program yang cukup baik. *Annual Parasite Incidence (API)*¹⁷ yang menjadi indikator keberhasilan upaya penanggulangan malaria cenderung menurun dari tahun ke tahun. Secara nasional, kasus malaria selama tahun 2005-2012 juga cenderung menurun. Angka API pada 1990 sebesar 4,69 per 1000 penduduk turun menjadi 1,38 per 1000 pada 2013 dan diharapkan dapat mencapai target MDGs yaitu API kurang dari 1 per 1000 penduduk

¹⁷ Annual Parasite Incidence. $API = (\text{kasus yang ditemukan selama satu tahun dibagi populasi yang dipantau}) \times 1000$

pada 2014. Menurut data World Health Statistic 2015 jumlah kasus malaria yang dilaporkan pada tahun 2013 sebesar 343.527 kasus.

V.7. Demam Berdarah Dengue

Target angka kesakitan DBD secara nasional tahun 2012 sebesar 53 per 100.000 penduduk atau lebih rendah. Sampai tahun 2013, di Indonesia tercatat sebesar 45,85 per 100.000 penduduk atau lebih baik dari target yang ditetapkan. Angka Kematian DBD sudah menurun dibanding pada tahun 1968 angka *Case Fatality Rate* (CFR)¹⁸ mencapai 41,30%, pada tahun 2013 menjadi 0,77%.

V.8. Gizi masyarakat

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014, perbaikan status gizi masyarakat merupakan salah satu prioritas dengan menurunkan prevalensi balita gizi kurang (*underweight*) menjadi 15% dan prevalensi balita pendek (*stunting*) menjadi 32% pada tahun 2014. Hasil Riset Kesehatan Dasar dari tahun 2007 ke tahun 2013 menunjukkan kasus *underweight* meningkat dari 18,4% menjadi 19,6% dan *stunting* naik dari 36,8% menjadi 37,2%.

¹⁸ Case Fatality Rate (CFR) atau Angka Kefatalan Kasus adalah perbandingan antara jumlah kematian terhadap penyakit tertentu yang terjadi dalam satu tahun dengan jumlah penduduk yang menderita penyakit tersebut pada tahun yang sama

Stunting terjadi karena kekurangan gizi kronis yang disebabkan oleh kemiskinan dan pola asuh tidak tepat, yang mengakibatkan kemampuan kognitif tidak berkembang maksimal, mudah sakit dan berdaya saing rendah, sehingga bisa terjebak dalam kemiskinan. Seribu hari pertama kehidupan seorang anak adalah masa kritis yang menentukan masa depannya, dan pada periode itu anak Indonesia menghadapi gangguan pertumbuhan yang serius. Yang menjadi masalah, lewat dari 1000 hari, dampak buruk kekurangan gizi sangat sulit diobati. Untuk mengatasi balita pendek, masyarakat perlu dididik untuk memahami pentingnya gizi bagi ibu hamil dan anak balita.

Pemerintah Indonesia fokus pada 1000 hari pertama kehidupan (terhitung sejak konsepsi hingga anak berusia 2 tahun) dalam menyelesaikan masalah balita pendek secara terintegrasi karena masalah gizi tidak hanya dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan saja (intervensi spesifik) tetapi juga oleh sektor di luar kesehatan (intervensi sensitif). Hal ini tertuang dalam Peraturan Pemerintah Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi.

V.9. Penyakit tidak menular

Renstra 2015-2019 memasukkan hipertensi, diabetes melitus, kanker, dan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) sebagai penyakit tidak menular utama. Tetapi Renstra 2015-2019 mencatat jumlah kematian akibat

rokok terus meningkat dari 41,75% pada tahun 1995 menjadi 59,7% di 2007. Selain itu dalam survei ekonomi nasional 2006 disebutkan penduduk miskin menghabiskan 12,6% penghasilannya untuk konsumsi rokok. Terdapat lima jenis penyakit yang pada umumnya disebabkan oleh konsumsi rokok yaitu: asma bronchiale, tumor paru, emphysema, bronchitis serta jantung koroner.¹⁹ Perokok pasif (yang menghirup asap rokok) dapat terkena asma bronchiale.

V.10. Kesehatan jiwa

Renstra 2015-2019 menegaskan permasalahan kesehatan jiwa sangat besar dan menimbulkan beban kesehatan yang signifikan. Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menyebutkan lebih dari 14 juta jiwa menderita gangguan mental emosional, sementara 400.000 orang mengalami gangguan jiwa berat seperti gangguan psikosis. Angka pemasangan pada orang dengan gangguan jiwa berat mencapai 57.000 kasus. Setelah gagal mewujudkan “Indonesia Bebas Pasung 2014” , Indonesia menargetkan “Indonesia Bebas Pasung 2019”.

Upaya mencegah pemasangan pada orang dengan gangguan jiwa, pemerintah menetapkan surat Menteri Dalam Negeri No.PEM.29/6/2015, Pemerintah Daerah

¹⁹ Case Fatality Rate (CFR) atau Angka Kefatalan Kasus adalah perbandingan antara jumlah kematian terhadap penyakit tertentu yang terjadi dalam satu tahun dengan jumlah penduduk yang menderita penyakit tersebut pada tahun yang sama

diperintahkan untuk melarang masyarakat memasung penderita gangguan jiwa dan akan menindak pelaku pemasangan. Sejumlah daerah membiayai pengobatan pasung melalui Jaminas Kesehatan Daerah. Namun karena keterbatasan anggaran, umumnya masa rawat pasien hanya 50 hari sehingga proses penyembuhan tidak maksimal.

Gangguan jiwa juga dapat mendorong perilaku bunuh diri. Mabes Polri pada tahun 2012 menemukan angka bunuh diri sekitar 0.5 % dari 100.000 populasi, yang berarti ada sekitar 1.170 kasus bunuh diri yang dilaporkan dalam satu tahun.

V.11. Akses dan kualitas pelayanan kesehatan

Data Oktober 2014 menunjukkan terdapat 2.368 rumah sakit (RS) dengan laju pertumbuhan jumlah RS rata-rata 147 per tahun. Dari sisi pelayanan, jumlah admisi pasien RS per 10.000 penduduk baru mencapai 1,9%. Rata-rata tingkat pasien rawat inap 65%. Kemampuan Rumah Sakit dalam transfusi darah secara umum masih rendah (kesiapan rata-rata 55%), terutama komponen kecukupan persediaan darah (41% RS Pemerintah dan 13% RS Swasta). Renstra 2015-2019 menyebutkan meski kesiapan peralatan dasar di Puskesmas memang cukup tinggi (84%), tetapi kemampuan menegakkan diagnosis ternyata masih rendah (61%).

V.12. Aksesibilitas, mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan

Aksesibilitas obat ditentukan oleh ketersediaan obat bagi pelayanan kesehatan. Pada tahun 2013, tingkat ketersediaan obat dan vaksin telah mencapai 96,82%. Namun ketersediaan obat dan vaksin belum terdistribusi merata antar-provinsi. Data tahun 2012 menunjukkan terdapat 3 provinsi dengan tingkat ketersediaan di bawah 80%. Sasaran strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 adalah peningkatan persentase ketersediaan obat dan vaksin sebesar 90%. Pada periode 2010-2014 telah dimulai upaya perbaikan manajemen logistik obat dan vaksin, salah satunya melalui implementasi *e-catalog* dan inisiasi *e-logistic* obat. Pada tahun 2013, *e-catalog* telah dimanfaatkan oleh 432 Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan RS pemerintah, serta menghemat anggaran penyediaan obat hingga sebesar 30%. Sedangkan *e-logistic*, sampai dengan tahun 2013 telah terdapat 405 instalasi farmasi Kabupaten/Kota telah memanfaatkan aplikasi ini. Melalui *e-logistic*, pemantauan ketersediaan obat dan vaksin secara *real time* akan memudahkan pengelolaan dan pelaksanaan program kesehatan.

Pada tahun 2013, baru 35,15% Puskesmas dan 41,72% Instalasi Farmasi RS yang memiliki pelayanan kefarmasian sesuai standar. Penggunaan obat generik

sudah cukup tinggi, 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. Di lain pihak, penduduk yang mengetahui seluk-beluk dan manfaat obat generik masih sangat sedikit, yakni 17,4% di pedesaan dan 46,1% di perkotaan. Pengetahuan masyarakat tentang obat secara umum juga masih belum baik, terbukti sebanyak 35% rumah tangga menyimpan obat, termasuk, antibiotik tanpa resep dokter (Risksedas 2013).

Persentase obat yang memenuhi standar mutu, khasiat, dan keamanan terus meningkat dan telah mencapai 96,79% pada 2011. Mutu sarana produksi obat, produk kefarmasian lain, alat kesehatan, dan makanan umumnya masih belum baik akibat kurang efektifnya pengawasan dan pembinaan. Tahun 2013, hanya 67,8% sarana produksi obat dan hanya 78,18% sarana produksi alat kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) yang memiliki sertifikasi *Good Manufacturing Practices* (GMP adalah aspek jaminan mutu yang memastikan bahwa produk obat dan/atau alat kesehatan terus-menerus diproduksi dan dikontrol dengan standar kualitas yang sesuai dengan tujuan penggunaannya dan seperti yang dipersyaratkan oleh spesifikasi produk).

Hampir 90% kebutuhan obat nasional sudah dapat dipenuhi dari produksi dalam negeri. Hanya, industri farmasi masih bergantung pada bahan baku obat impor. Sebanyak 96% bahan baku yang digunakan industri farmasi diperoleh melalui impor. Komponen bahan baku obat berkontribusi 25-30% dari total biaya produksi obat, sehingga intervensi di komponen ini akan memberikan dampak bagi harga obat. Sasaran strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 adalah jumlah bahan baku obat, obat tradisional, serta alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri sebanyak 35 jenis.

V.13. Sumber daya manusia kesehatan

Mengacu pada data tahun 2013, Indonesia masih kekurangan dokter spesialis anak, spesialis kandungan, spesialis bedah, dan spesialis penyakit dalam. Dokter umum yang memiliki Surat Tanda Registrasi berjumlah 88.309 orang, sehingga rasio dokter umum sebesar 3,61 orang dokter per 10.000 penduduk. Padahal menurut rekomendasi WHO seharusnya 10 orang dokter umum per 10.000 penduduk.

Sementara itu, mutu lulusan tenaga kesehatan juga masih belum menggembirakan. Persentase tenaga kesehatan yang lulus uji kompetensi masih belum banyak, yakni dokter 71,3%, dokter gigi 76%, perawat 63%, D3 keperawatan 67,5%, dan D3 kebidanan 53,5%.

Pada tahun 2013 terdapat 877.088 orang yang bekerja sebagai tenaga kesehatan, 40% bekerja di Puskesmas. Renstra 2015-2019 menyebutkan persebaran tenaga kesehatan tidak merata. Karena itu sasaran strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 yang berkaitan dengan SDM kesehatan adalah penempatan minimal 5 jenis tenaga kesehatan di 5.600 Puskesmas di seluruh Indonesia.

BAB VI

Pembiayaan Kesehatan

Urusan kesehatan berkaitan erat dengan urusan pembiayaan. Biaya yang harus dikeluarkan untuk mendapatkan layanan kesehatan di rumah sakit tentu berbeda dengan biaya puskesmas. Ongkos dokter di rumah sakit tentu lebih mahal jika dibandingkan ongkos dokter puskesmas. Bicara soal dana kesehatan, kelompok masyarakat golongan ekonomi bawah yang paling merasakan beban ongkos kesehatan tersebut. Karena itulah untuk mendapatkan layanan kesehatan yang memadai khususnya bagi kelompok masyarakat golongan ekonomi bawah, pemerintah menyediakan pembiayaan kesehatan. Idealnya seluruh warga negara harus bisa mengakses asuransi kesehatan milik pemerintah.

Di Indonesia, kebijakan fiskal untuk sektor kesehatan menggunakan pendekatan *mandatory spending*, artinya dalam tiap tahun fiskal alokasi anggaran kesehatan sudah dipatok dengan persentase tertentu. Mengacu pada amanat Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, alokasi anggaran kesehatan di tingkat nasional sebesar 5% dari total APBN di luar gaji pegawai bidang kesehatan. Sedangkan alokasi anggaran kesehatan di tingkat daerah (provinsi dan kabupaten/kota) sebesar 10% dari total APBD di luar gaji pegawai bidang kesehatan. Jika dilihat tren anggaran kesehatan enam tahun

terakhir, alokasi anggaran kesehatan dari total APBN rerata hanya 3,2%, sudah termasuk belanja pegawai yang terdiri dari gaji, biaya perjalanan dinas, tunjangan, honorarium dan lain-lain.

Indonesia telah membangun dasar hukum yang kuat untuk jaminan kesehatan semesta yakni UU Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) tahun 2004 yang mengamanatkan perlindungan bagi seluruh rakyat Indonesia melalui suatu sistem asuransi kesehatan wajib secara nasional. UU No. 40/2004 mengamanatkan pembentukan Sistem Jaminan Sosial Nasional, SJSN untuk melindungi semua warga dari risiko keuangan karena penyakit, cedera, dan usia tua. Undang-undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) diundangkan pada 24 November 2011 (undang-undang No 24/2011) dengan pembentukan dua lembaga nasional: BPJS I untuk asuransi kesehatan dan BPJS II untuk asuransi ketenagakerjaan (termasuk cedera, pensiun dan kematian). Kementerian Kesehatan telah mengembangkan peta jalan yang berfungsi sebagai panduan untuk implementasi program asuransi kesehatan sebagai bagian dari undang-undang SJSN.

Peta jalan BPJS menyatakan saat BPJS mulai beroperasi pada awal tahun 2014, akan ada 121,6 juta orang (48% dari total penduduk) terdaftar menjadi peserta. Angka ini akan terdiri dari 96 juta orang dari

Jamkesmas (asuransi kesehatan untuk masyarakat miskin dan hampir miskin), 17 juta orang dari PT Askes (asuransi kesehatan pegawai negeri sipil), 6 juta dari PT Jamsostek (pekerja sektor swasta) dan tambahan 2,5 juta orang dari jaminan kesehatan daerah. Limapuluh juta orang memiliki skema asuransi-asuransi lainnya dan menurut proyeksi ini ada 74 juta orang (30%) yang tidak dilindungi oleh asuransi pada permulaan tahun 2014. Transisi ke jaminan kesehatan semesta akan dicapai pada tahun 2019, setelah terjadi harmonisasi dari skema yang ada dan secara bertahap perluasan cakupan untuk masyarakat yang saat ini belum dilindungi oleh asuransi. Rencananya masing-masing pemegang asuransi akan diberi paket manfaat komprehensif yang menanggung semua penyakit.

Tanpa bantuan asuransi kesehatan dari Pemerintah, masyarakat terutama kelompok yang tidak memiliki asuransi akan kepayahan menanggung biaya pengobatan. Beban individu karena sakit secara akumulatif akan menciptakan beban ekonomi bagi negara. Sebagai contoh, beban ekonomi akibat kasus baru TB di Indonesia diperkirakan mencapai 2 milyar USD (Rp 20 triliun). Beban ekonomi akibat TB itu dihitung meliputi biaya layanan, biaya pasien, dan hilangnya produktivitas karena kecacatan dan kematian dini. Angka 20 triliun merujuk pada perkiraan sekitar 80.000 kematian yang terkait dengan infeksi TB baru dalam satu tahun. Unsur terbesar adalah

hilangnya produktivitas karena kematian dini (63%), diikuti kecacatan (31%), biaya medis (4%) dan biaya langsung rumah tangga (0,4%).

Selain itu, total proporsi belanja kesehatan ditanggung oleh sektor publik adalah kurang dari 40% pada bulan Januari 2012, berarti bahwa sebagian besar biaya layanan kesehatan dibayar dari dompet perorangan. Belanja kesehatan pemerintah ini juga terhitung rendah dibandingkan dengan negara Asia Tenggara lainnya. Pada tahun 2011, belanja pemerintah untuk kesehatan adalah 5,3% dari total pengeluaran pemerintah. Ini lebih rendah daripada negara-negara Asia Tenggara yang lain kecuali Myanmar dan Timor-Leste. Angka absolut 43 USD per kapita (2005 PPP USD)²⁰ ini lebih rendah dari negara-negara Asia Tenggara yang lain kecuali Myanmar, Kamboja, dan Laos. Peningkatan belanja kesehatan pemerintah diperlukan jika Indonesia ingin melakukan perbaikan yang signifikan dalam kesehatan.

²⁰ Purchasing Power Parity (PPP) atau Paritas Daya Beli adalah sebuah metode untuk menghitung nilai tukar antar mata uang dari dua negara. PPP mengukur berapa banyak sebuah mata uang dapat membeli dalam pengukuran internasional (biasanya dolar) karena barang dan jasa memiliki harga yang berbeda di beberapa negara.

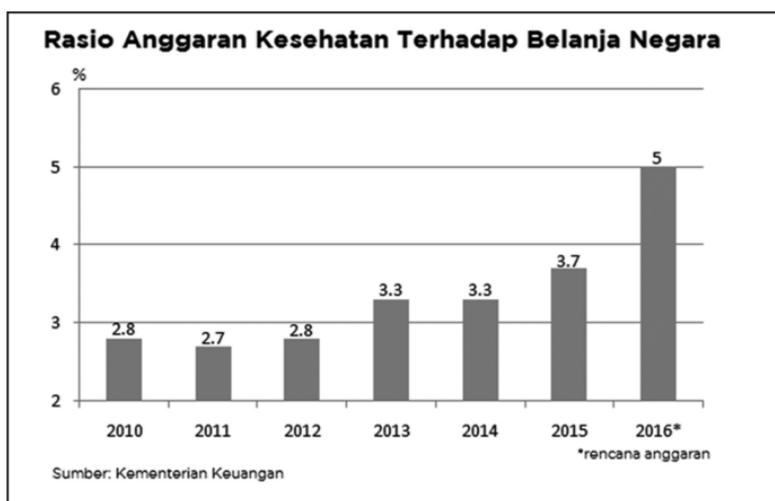
Belanja kesehatan di Indonesia relatif rendah dibandingkan banyak negara Asia lain (United Nasional ESCAP, 2013). Total belanja kesehatan 2012 diperkirakan 150 USD per kapita, yang merupakan 3,0% dari total PDB. Ini lebih rendah daripada rata-rata belanja per kapita negara-negara Asia Tenggara, yaitu 3,7%, kecuali Brunei dan

Tahun 2015 anggaran pemerintah untuk sektor kesehatan yang tercantum dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Perubahan (APBN-P) sebesar Rp 24,2 triliun atau naik dua kali lipat dibanding tahun 2014. Namun ini masih di bawah ketentuan Undang-Undang Kesehat-

an yang mengalokasikan belanja kesehatan setidaknya mencapai 5 persen dari total belanja negara. Minimnya anggaran kesehatan yang dialokasikan Pemerintah Indonesia menempatkan Indonesia sebagai salah satu negara dengan anggaran kesehatan terendah di dunia menurut data Bank Dunia. Posisi Indonesia hanya lebih baik daripada Sudan Selatan, Chad, Myanmar dan Pakistan. Ekonom Bank Dunia Cristobal Ridao-Cano menyatakan, anggaran kesehatan Indonesia saat ini hanya 1,2 persen terhadap produk domestik bruto (PDB). Bank Dunia menghendaki Pemerintah Indonesia meningkatkan rasio dana kesehatan menjadi 2,5 persen pada 2019 dan mencapai 5 persen pada tahun 2024.

Pada bulan Juni 2015 Menteri Keuangan Bambang P.S Brodjonegoro mengumumkan pemerintah akan

menganggarkan anggaran fungsi kesehatan sebesar lima persen dalam APBN 2016. Pemenuhan anggaran mencapai 5 persen ini baru terjadi untuk pertama kalinya. Peningkatan anggaran belanja kesehatan sesuai amanat UU Kesehatan tersebut sejalan dengan cita-cita pemerintah untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan tetap mempertahankan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).



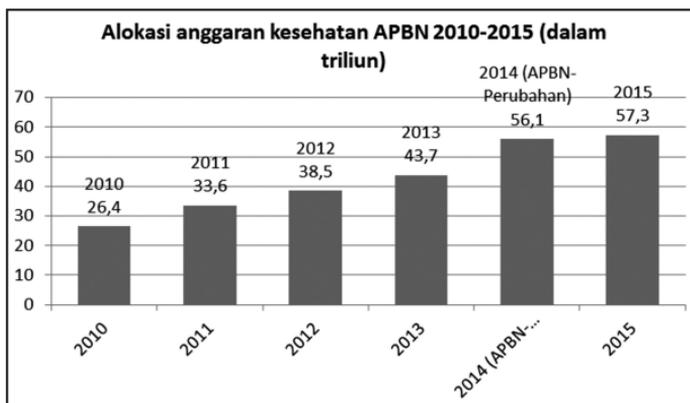
Kemauan pemerintah mengalokasikan anggaran fungsi kesehatan sebesar lima persen dalam APBN 2016 patut diapresiasi. Jika pemerintah telah taat pada tuntutan UU No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, maka anggaran kesehatan APBD (Provinsi/Kabupaten/Kota) sebesar 10% (di luar gaji) dapat diupayakan. Pada umumnya provinsi baru dapat mengalokasikan 2% hingga 8% untuk sektor kesehatan. Sementara untuk

tingkat kabupaten/kota, terdapat 221 wilayah atau 42,2% sudah menganggarkan kesehatan lebih dari 10%.

Alokasi anggaran untuk Kementerian Kesehatan menurut Renstra 2015-2019 menunjukkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2008, Kementerian Kesehatan mendapat alokasi anggaran dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) sebesar Rp 18,55 Triliun, dan pada tahun-tahun berikutnya alokasi ini terus meningkat. Tahun 2009 alokasi anggaran Kementerian Kesehatan menjadi Rp 20,93 Triliun, dan meningkat menjadi Rp 38,61 Triliun pada tahun 2013, dan tahun 2014 sebesar Rp 46,459 Triliun. Kenaikan pada tahun 2014 dialokasikan untuk penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, sementara alokasi untuk upaya kesehatan menurun¹.

Anggaran pemerintah untuk sektor kesehatan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Perubahan (APBN-P) 2015 sebesar Rp 24,2 triliun²¹, meningkat sebesar Rp 3 triliun dari alokasi APBN 2015 yang ditetapkan Rp 21,1 triliun. Anggaran kesehatan pada APBN 2014 jauh lebih kecil yaitu Rp 12,1 triliun. Sedangkan untuk alokasi anggaran kesehatan dari APBN yang disalurkan melalui Kementerian Kesehatan menurut Departemen Keuangan berturut-turut adalah:

²¹ <http://katadata.co.id/berita/2015/02/18/anggaran-kesehatan-indonesia-salah-satu-yang-terendah-di-dunia>



Sumber: <http://www.anggaran.depkeu.go.id>

Khusus untuk membantu pemerintah kabupaten/kota meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat melalui puskesmas, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan menyalurkan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Pemanfaatan dana BOK ini difokuskan pada beberapa upaya kesehatan promotif dan preventif seperti kesehatan ibu-anak, Keluarga Berencana, imunisasi, perbaikan gizi masyarakat, promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, pengendalian penyakit, dan lain-lain, sesuai dengan standar pelayanan minimal dan MDGs bidang kesehatan. Permasalahan dalam penganggaran adalah alokasi anggaran untuk kuratif dan rehabilitatif jauh lebih tinggi daripada anggaran promotif dan preventif, padahal upaya promotif dimaksudkan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat yang sehat

agar tidak jatuh sakit. Keadaan tersebut berpotensi menimbulkan inefisiensi dalam upaya kesehatan.

Kini masyarakat mengandalkan BPJS Kesehatan yang sudah berjalan sejak 1 Januari 2014. Dengan demikian, Kementerian Kesehatan tidak lagi menyelenggarakan program Jamkesmas. Kemhan, TNI dan POLRI tidak lagi menyelenggarakan program pelayanan kesehatan kecuali untuk pelayanan yang berkaitan dengan kegiatan operasionalnya. PT Jamsostek tidak lagi menyelenggarakan program jaminan pemeliharaan kesehatan dan PT Askes dinyatakan bubar.

Masalah masih tingginya jumlah penduduk miskin masih akan menjadi masalah penting. Secara kuantitas, jumlah penduduk miskin bertambah dan ini menyebabkan permasalahan biaya yang harus ditanggung pemerintah bagi mereka yang masuk skema PBI (Penerima Bantuan Iuran, yang sepenuhnya ditanggung pemerintah). Tahun 2014 pemerintah memberikan uang premi jaminan kesehatan sebanyak 86,4 juta orang miskin dan mendekati miskin. Untuk mengendalikan beban anggaran negara yang dibutuhkan dalam Jaminan Kesehatan Nasional tentu harus ada upaya pencegahan agar masyarakat tetap sehat dan tidak mudah jatuh sakit. Sampai awal September 2014, jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional telah mencapai 127.763.851 orang (105,1% dari target). Penambahan peserta yang

cepat ini tidak diimbangi dengan peningkatan jumlah fasilitas kesehatan, sehingga terjadi antrian panjang yang bila tidak segera diatasi, kualitas pelayanan bisa turun. Indikator tercapainya sasaran program terselenggaranya penguatan Jaminan Kesehatan Nasional adalah jumlah penduduk yang menjadi peserta PBI melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS) sebanyak 109,9 juta jiwa pada 2019.

Berikut ini adalah Tabel Pengeluaran Kesehatan Indonesia menurut Indeks Statistik Kesehatan Dunia Tahun 2015:

Pengeluaran Kesehatan	%
Total pengeluaran untuk kesehatan dari produk domestik bruto	3
Seluruh belanja pemerintah pada kesehatan dari total pengeluaran untuk kesehatan	39,6
Pengeluaran pribadi di sektor kesehatan dari total pengeluaran untuk kesehatan	60,4
Seluruh belanja pemerintah pada sektor kesehatan dari total pengeluaran pemerintah	6,6
Sumber daya eksternal untuk kesehatan dari total pengeluaran untuk kesehatan	1,1
Pengeluaran jaminan sosial pada kesehatan dari seluruh pengeluaran pemerintah pada kesehatan	17,6
Pengeluaran pribadi dari pengeluaran pribadi pada kesehatan	75,1
Rencana prabayar swasta dari pengeluaran pribadi pada kesehatan	2,9
Total pengeluaran per kapita untuk kesehatan (pada nilai tukar rata-rata US\$)	108
Total pengeluaran kesehatan per kapita (pada nilai tukar rata-rata US\$)	43

Sumber: World Health Statistic Index http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1

Dari informasi anggaran kesehatan ini, para jurnalis di daerah dapat mencari tahu alokasi anggaran kesehatan di daerah yang bersangkutan.

Tips Menulis Isu Pembiayaan Kesehatan Daerah

- Mencari data APBD sektor kesehatan di daerah yang disasar
- Bandungkan dengan anggaran APBD secara keseluruhan
- Bandungkan alokasi dana dengan pengeluaran
- Bandungkan dengan temuan fakta di lapangan
- Memantau proses lelang atau pembelian obat/vaksin, alat kesehatan
- Temukan dokumen yang relevan
- Bandungkan dengan tingkat kesehatan masyarakat, gambarkan dengan deskripsi

Dokumen yang dibutuhkan

1. Perda APBD
2. Perda APBD-Perubahan
3. DPA SKPD Kesehatan
4. Laporan Semester 1 Keuangan Pemda
5. Laporan Keuangan Pemda
6. Hasil audit BPK

BAB VII

Teknis Peliputan dan
Penulisan Isu-Isu
Kesehatan

VII.1. Teknis peliputan

Penulis kesehatan tidak akan kekurangan materi atau kehabisan ide. Tantangannya adalah untuk mencari tahu bagaimana mengubah informasi menjadi cerita yang baik. Angka yang berderet-deret tidak akan berguna bagi banyak orang. Mulailah dengan pertanyaan apa yang orang ingin tahu dan apa yang orang perlu ketahui. Lalu pikirkan bentuk penyajian yang menarik audiens dan pembaca.

Seiring dengan kemajuan zaman, dunia kesehatan seperti tak kehabisan kabar dari perkembangan teknologi dan ilmu pengetahuan terkini. Penemuan obat dan vaksin terbaru, cara pengobatan paling canggih hingga terobosan muktahir dalam menangkal penyakit menjadi informasi berguna bagi masyarakat. Sebagai informasi kesehatan maka sumber informasi yang kredibel sangat mutlak. Umumnya tips kesehatan berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh universitas, lembaga penelitian, atau rumah sakit. Jika tips atau kiat kesehatan diberikan hanya berdasarkan pengalaman orang per orang maka informasi tersebut belum dapat dipublikasikan. Namun jika kiat sehat orang ini telah terbukti maka wartawan dapat mempublikasikannya. Contoh yang bisa diberitakan adalah rahasia umur panjang orang berusia ratusan tahun.

Namun ada kalanya narasumber yang tampak kredibel justru yang harus diwaspadai. Wartawan hendaknya tidak menelan bulat-bulat semua informasi yang diberikan dan percaya begitu saja terhadap informasi narasumber, meski yang sangat logis sekalipun. Bisa jadi narasumber mempunyai kepentingan tertentu terkait informasi yang diberikan. Misalnya sebuah perusahaan farmasi mengadakan konferensi pers untuk mengumumkan obat terbaru. Maka menjadi tugas wartawan untuk meverifikasi seluruh klaim yang disodorkan oleh perusahaan obat. Penemuan obat baru tentu luar biasa. Namun, di balik sukacita ini, wartawan dituntut berhati-hati mengolah semua informasi. Pasien-pasien yang sudah sembuh dapat menjadi sumber informasi terbaik. Pilihlah narasumber Anda sendiri, jangan menerima rekomendasi dari perusahaan obat atau orang lain yang diduga ada kepentingan. Tanpa kisah kesembuhan, segala kemanjuran obat baru bisa jadi hanya klaim belaka. Wartawan dapat mewawancarai farmakolog atau dokter yang terlibat dalam penemuan itu untuk mengetahui efek samping obat. Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) bisa menjadi narasumber untuk mengetahui isi kandungan obat dan nomor registrasi. Wartawan dapat menuliskan perjalanan obat terbaru ini untuk mengetahui proses jatuh bangun hingga sampai pada keberhasilan yang mendatangkan kesembuhan. Keseluruhan informasi yang diperoleh

dapat menjadi satu kabar yang membawa harapan bagi pasien dan keluarganya.

Informasi kesehatan terkait data jumlah penderita satu jenis penyakit patut diberitakan karena akan berkaitan dengan kebijakan atau program pemerintah. Seperti data penderita TB di Indonesia yang berkaitan dengan jenis TB, pengobatan, dan program pemerintah.²² Selain itu informasi kesehatan dapat berupa sosialisasi kampanye tema tertentu yang biasanya dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan, Lembaga Swadaya Masyarakat, atau komunitas. Jurnalis dapat turut membantu menyebarkan kampanye kesehatan melalui penulisan/pelaporan/penyiaran berita mendalam. Beberapa contoh kampanye Kementerian Kesehatan adalah program imunisasi, gerakan mencuci tangan sebelum makan, dan 3M untuk menangkal demam berdarah. Salah satu contoh penulisan yang berkaitan dengan program pemerintah yang bekerja sama dengan lembaga asing adalah tentang KB di Indonesia.²³

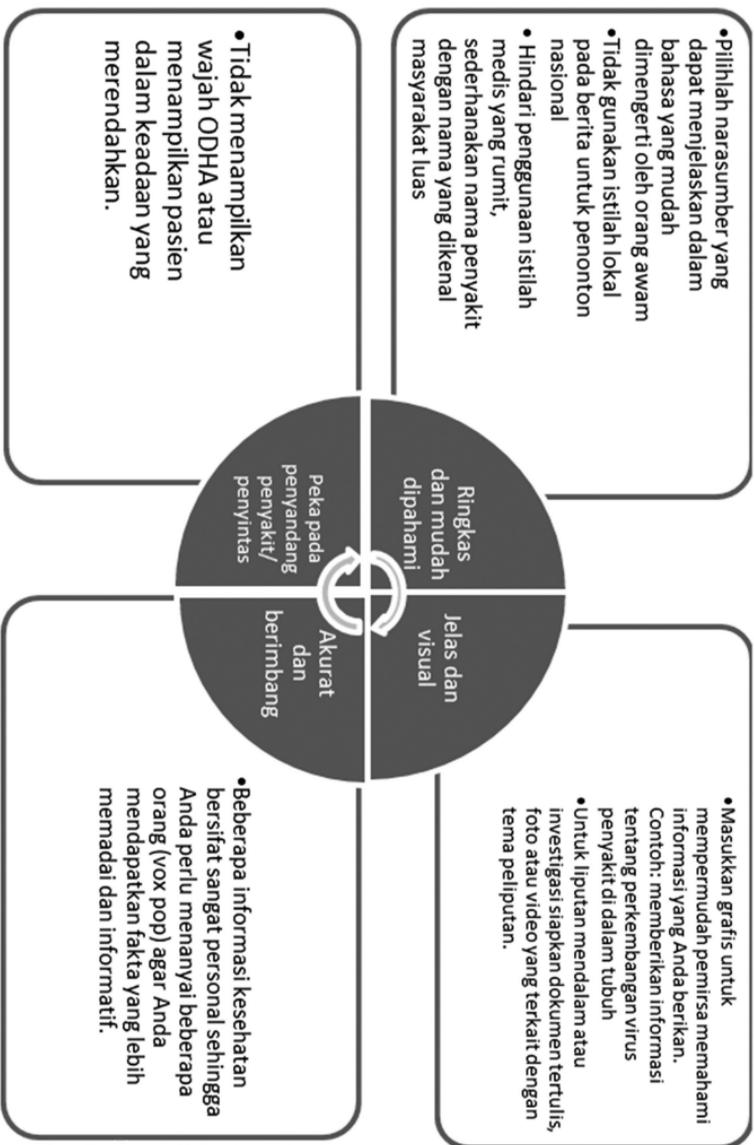
Virginia Hughes, seorang wartawan investigasi sains dan kesehatan yang tinggal di New York, Amerika Serikat dalam tulisan di blognya berjudul *Resveratrol Redux, or Should I Just Stop Writing*

²² <http://www.suara.com/health/2014/03/19/200644/awas-tuberculosis-masih-mengancam>

²³ <https://www.k4health.org/blog/post/decentralized-indonesia-local-support-family-planning-key>

About Health? mengatakan “Isu kesehatan itu amat sangat membingungkan. Saya berkhayal apakah lebih baik jika jurnalis berhenti menulis tentang kesehatan.” Kegelisahan Virginia Hughes ini muncul lantaran sebuah koran terkenal di Amerika Serikat menulis berita bernada optimis tentang sebuah hasil penelitian mengenai bahan kimia di dalam anggur merah yang disebut-sebut dapat memperpanjang usia. Sebelumnya klaim tersebut dinyatakan tidak benar. Koran itu menuliskan hasil penelitian itu sebagai perkembangan ilmu kesehatan yang terus menerus menghasilkan hal-hal baru. Hughes yang mengetahui ketidakbenaran fakta itu menyatakan, “90% dari semua penelitian biomedis di AS didanai oleh publik karena itu masyarakat berhak tahu apa yang mereka bayar. Saya hanya berpikir kita perlu sedikit lebih selektif tentang apa yang kita tutupi dan lebih jujur serta transparan pada pembaca tentang apa yang penelitian tunjukkan.” Apa yang dikatakan Virginia Hughes benar adanya. Publik berhak tahu kebenaran dari misalnya sebuah uji coba obat terbaru, bahan kimia yang terkandung pada asap hasil kebakaran hutan, kebun sawit, lahan gambut, atau mengenai pro dan kontra metode terbaru sebuah pengobatan. Hal-hal ini bisa diketahui publik jika seorang wartawan menuliskan/menyiarkan/melaporkan berita tersebut.

a. Tips menulis berita bagi jurnalis televisi



Sajikan fakta, berikan data, kemas dalam cerita. Meski berita kesehatan adalah berita serius, berat dan sangat ilmiah namun penyajian berita dapat dibuat menarik menjadi sebuah kisah tentang manusia bukan tentang penyakit. Contoh: alih-alih menjelaskan tentang kanker payudara secara medis, kisah perjuangan seorang penyintas kanker payudara malah dapat menjadi cara mengedukasi para perempuan untuk mawas diri memeriksa payudara.

Beberapa informasi kesehatan bersifat sangat personal sehingga Anda perlu menanyai beberapa orang (*vox pop*) agar mendapatkan fakta yang lebih memadai dan informatif. Contohnya jika terjadi keracunan makanan di sebuah sekolah, maka Anda perlu mewawancarai 3-4 orang untuk mengetahui gejala atau dampak yang dialami. Contoh lainnya, pada kasus gizi buruk, untuk memastikan kasus ini bukan hanya terjadi pada beberapa keluarga saja, maka Anda harus mencari data di satu-dua kelurahan.

Selain itu, berhati-hatilah dalam memberitakan kasus malpraktik. Diperlukan investigasi atau peliputan mendalam untuk sampai pada pemberitaan tentang malpraktik. Tanpa fakta dan data yang valid, jurnalis bisa salah memberitakan sebuah kejadian medis. Karena itu jangan berasumsi, pastikan Anda sudah mewawancarai semua pihak terkait.

b. Tips menulis bagi jurnalis radio

- Visualisasikan apa yang tidak dapat dilihat oleh pendengar radio Anda. Misalnya ketika Anda menjelaskan tentang seorang anak penderita busung lapar. Anda bisa sebutkan, “Perutnya buncit dengan kaki yang kurus.” Namun tentu saja Anda harus sangat selektif karena tidak semua hal perlu dideskripsikan.
- Ubah istilah medis dengan bahasa sehari-hari daripada menyulitkan Anda dalam membaca berita.
- Tips kesehatan, berita yang meningkatkan kewaspadaan terhadap isu kesehatan, atau gaya hidup sehat dapat menjadi sajian menarik di sela-sela program musik atau berita di radio Anda.

c. Tips menulis bagi jurnalis cetak/daring

- Kenalilah profil narasumber. Kebanyakan narasumber terutama kalangan dokter tidak mudah untuk diwawancarai jika menyangkut pasien karena berkaitan dengan kode etik kedokteran. Sederhanakan istilah ilmiah menjadi bahasa bertutur yang bisa dipahami.
- Ingatlah selalu bahwa data kesehatan Indonesia selalu kurang lengkap dan kurang akurat. Kebanyakan wartawan masih menggunakan data

non pemerintah. Opsi lain adalah melakukan perbandingan metode dan indikator yang digunakan serta mencari apa elemen-elemen yang luput dan kira-kira tetap memiliki bobot *human story*.

- Sebaiknya tidak menggunakan kata “penderita HIV/AIDS”. Gunakan kata Orang Dengan HIV/AIDS. Pilih kutipan narasumber yang menarik dan kuat.

VII.2. Ide peliputan

Wartawan yang bertugas menulis/melaporkan/menyiarkan tentang kesehatan dapat membagi jenis berita kesehatan menjadi tiga bagian besar yaitu:

1. Informasi terkait kesehatan
2. Pemberitaan kejadian yang terkait dengan kesehatan
3. Investigasi kasus kesehatan

a. Liputan tematik

Jurnalis yang ingin meliput tentang kesehatan bisa memanfaatkan berita yang sudah ada menjadi liputan yang mendalam (*feature* atau reportase khusus), momentum peringatan, atau deklarasi resmi yang telah disepakati terkait kesehatan dan aspek-aspek penting yang berdampak bagi kesehatan publik. Berikut adalah beberapa contohnya:

2015: Tahun Tanah Internasional

PBB mendeklarasikan tahun 2015 sebagai Tahun Tanah Internasional sebagai upaya untuk menyoroti kebutuhan untuk tanah yang sehat, yang membentuk fondasi makanan, bahan bakar, serat dan produk medis. Selain itu, tanah juga esensial bagi ekosistem kita mempengaruhi siklus karbon, penyimpangan dan penyaringan air, dan mengembangkan ketahanan terhadap banjir dan kekeringan.

Ada sekitar 805 juta orang menghadapi kelaparan dan nutrisi di tahun 2015. Pertumbuhan populasi membutuhkan peningkatan kurang lebih 60 persen produksi makanan, sedangkan makanan bergantung pada tanah.

Tema liputan atau *feature* mengenai refleksi peran tanah dalam ketahanan pangan serta pencegahan kelaparan dan malnutrisi bisa menjadi kajian kritis untuk tema akhir tahun, awal tahun, atau peringatan tertentu. Tema ini bisa dikontekstualisasikan di tahun-tahun berikutnya dengan relevansi ke kasus-kasus aktual, fenomena yang cukup mendapat sorotan selama beberapa waktu belakangan, atau melawan lupa pada tragedi kesehatan maupun pro-kontra yang belum usai diusut dari masa lalu.

Kalender internasional PBB

Manfaatkan kalender internasional PBB untuk mengangkat isu kesehatan di media sebagai bentuk diseminasi dan peningkatan kesadaran publik. Kalender ini juga bermanfaat bagi jurnalis untuk menyusun agenda liputan yang lebih sistematis dan terencana, sehingga persiapan mencari bahan dan isu aktual juga bisa dilakukan lebih terjadwal.

Tabel 3: Kalender Kesehatan Internasional

Januari	
15	Hari Kanker Anak Internasional
25	Hari Gizi Nasional
27	Hari Kusta Internasional
Februari	
4	Hari Kanker Dunia
6	Hari Internasional tentang Toleransi Nol terhadap Mutilasi Alat Kelamin Perempuan
20	Hari Dunia untuk Keadilan Sosial
Maret	
1	Hari Tanpa Diskriminasi [UNAIDS]
3	Hari Pendengaran Nasional
8	Hari Perempuan Internasional
15	Hari Keluarga Internasional
22	Hari Air Dunia
24	Hari Tuberculosis Dunia
24	Hari Malaria Dunia

April	
1	Hari Kanker Tulang
7	Hari Kesehatan Sedunia
Mei	
1	Hari Asma
8	Hari Palang Merah Sedunia
29	Hari Lanjut Usia Nasional
31	Hari Anti Tembakau Internasional
Juni	
1	Hari Anak Sedunia
5	Hari Lingkungan Hidup Sedunia
29	Hari Keluarga Nasional
Juli	
23	Hari Anak Nasional
September	
3	Hari Palang Merah Indonesia
Oktober	
10	Hari Kesehatan Jiwa
12	Hari Mata Internasional
15	Hari Cuci Tangan Sedunia
16	Hari Pangan Sedunia
18	Hari Menopause
20	Hari Osteoporosis
November	
12	Hari Kesehatan Nasional
14	Hari Diabetes Sedunia
Desember	
1	Hari AIDS Sedunia

Data diolah dari berbagai sumber

b. Liputan terkait kesehatan

Isu kesehatan tidak melulu mengenai tips dan kiat kesehatan. Justru berita kesehatan (*softnews*) bisa berasal dari isu berita harian (*hardnews*). Tertangkapnya kurir atau gembong narkoba, misalnya. Ini bukan sekadar kasus kriminal tetapi bisa diulas dari sisi jenis narkoba dan dampak pada organ tubuh pengguna narkoba tersebut.

Contoh kasus hukum lain yang berkaitan dengan kesehatan misalnya obat palsu. BPOM rutin melakukan pemusnahan obat palsu dan kosmetik ilegal. Informasi ini bukan hanya soal hukum belaka, namun menyangkut dampak obat palsu atau kosmetik ilegal tersebut pada konsumen. Sering kali pemusnahan obat palsu dan kosmetik ilegal hanya menghiasi halaman koran atau muncul di layar televisi sebagai keberhasilan penegak hukum dalam pengungkapan kasus. Peristiwa pemusnahan yang terjadi pada hari itu seakan-akan menjadi akhir dari isu obat palsu dan kosmetik ilegal.

Contoh berita hukum yang berkaitan dengan kesehatan adalah kasus malpraktik serta izin praktik dokter dan/atau klinik. Setelah Masyarakat Ekonomi ASEAN diterapkan pada penghujung 2015, maka dokter dan tenaga kesehatan dari berbagai negara di kawasan ASEAN bisa membuka praktik di Indonesia. Kebijakan terkait dokter asing tentu saja berkaitan erat dengan

aturan dan hukum. Kasus hukum yang berkaitan dengan kesehatan yang marak diberitakan media massa salah satunya adalah kasus korupsi pengadaan alat kesehatan atau alkes.²⁴ Kasus korupsi pengadaan alkes di tangerang Selatan, Banten yang mencapai nilai Rp 193 miliar hanya satu contoh kasus serupa yang terjadi di sejumlah wilayah di Indonesia. Pengadaan alat kesehatan dengan tujuan mengeruk keuntungan akan sangat merugikan masyarakat yang membutuhkan alat kesehatan layak pakai sesuai dengan kebutuhan rumah sakit atau puskesmas setempat. Bayangkan jika barang yang diminta tidak sesuai dengan kebutuhan atau sebenarnya peralatan tersebut tidak diperlukan, namun diajukan demi memperoleh keuntungan.

Isu lain yang kerap berkaitan dengan kesehatan adalah persoalan lingkungan hidup. Pencemaran udara, persoalan air bersih, hingga kebakaran hutan yang menimbulkan asap berdampak langsung pada kesehatan masyarakat di sekitar lokasi kejadian. Atau sebaliknya, berawal dari penyakit yang dialami warga maka bisa ditelusuri apakah telah terjadi pencemaran. Seperti ketika terjadi kasus Buyat di Sulawesi Utara, pencemaran logam berat akibat kegiatan pertambangan menyebabkan warga mengalami benjolan, ruam dan gatal-gatal pada kulit.

²⁴ Dugaan Korupsi Alkes Banten Tangsel Hingga Rp 193 Miliar <http://www.metrotvnews.com/metronews/read/2013/12/10/1/200457/Dugaan-Korupsi-Alkes-Banten-Tangsel-hingga-Rp193-Miliar>

Isu kesehatan pun bisa berawal dari problem sosial kemasyarakatan yang berkaitan dengan budaya seperti pernikahan usia muda. Usia yang terlalu muda terkait langsung pada organ reproduksi dan kesiapan mental sebagai ibu. Meski bagi sebagian masyarakat Indonesia, menikah muda adalah hal yang umum, data medis membuktikan salah satu penyebab kematian bayi dan ibu adalah usia ibu yang terlampau muda. Inilah salah satu *angle* yang perlu diberitakan guna mengurangi angka pernikahan remaja.

Ada pula isu kesehatan yang melekat pada agama seperti kehalalan produk farmasi dan kosmetik, sunat perempuan, vaksinasi, dan alat kontrasepsi. Penulisan berita yang berkaitan dengan isu agama memang lebih sensitif, karena itu wartawan harus lebih peka dan hati-hati agar tidak menimbulkan polemik. Pro dan kontra umumnya muncul jika berkaitan dengan agama. Karena itulah pemilihan sudut pemberitaan, akurasi rujukan produk hukum dan peraturan, serta pilihan narasumber sebaiknya lebih ditekankan pada isu kesehatan, bukan pada latar belakang agama. Salah satu contoh penulisan yang lebih menekankan pada latar belakang agama dan bukan pada kesehatan adalah berita ini: "Hukum Khitan Bagi Wanita."²⁵ Sebaliknya Femina, majalah khusus wanita ini memberikan informasi terang benderang tentang sunat perempuan

²⁵ <http://ramadan.sindonews.com/read/886218/92/hukum-khitan-bagi-wanita-1406240086>

dengan mengambil judul: “Efek Sunat Perempuan Bagi Kesehatan.”²⁶

Informasi kesehatan yang paling penting untuk diberitakan adalah mengenai ancaman wabah. Contohnya ketika terjadi flu burung, SARS, ebola dan MERS. Informasi tentang MERS yang ditulis BBC Indonesia berjudul “Sosialisasi MERS Jemaah Haji Masih Minim”²⁷ bisa menjadi contoh. Sedangkan untuk berita ebola²⁸, pemberitaan lebih mengutamakan informasi yang mendidik masyarakat. Walaupun ada peristiwa yang berkaitan dengan kejadian wabah ebola²⁹, porsi memberikan informasi yang benar dan bukan menciptakan kepanikan menjadi tanggung jawab pers.

Beberapa kebijakan pemerintah yang bertentangan dengan kebutuhan masyarakat juga dapat menjadi topik peliputan seperti misalnya soal aborsi yang aman, kontrasepsi dan pendidikan seks bagi remaja serta beberapa hal terkait HIV. Jurnalis dapat berperan mengedukasi masyarakat dalam memaknai sebuah kebijakan. Contoh yang pernah terjadi adalah saat terjadi pergeseran makna PP 61 Tahun 2014 yang

²⁶ <http://www.femina.co.id/isu.wanita/kesehatan/efek.sunat.perempuan.bagi.kesehatan/005/005/51>

²⁷ http://www.bbc.com/indonesia/berita_indonesia/2015/08/150828_indonesia_persiapan_mers

²⁸ <http://www.dw.com/id/misteri-virus-mematikan-ebola/a-17523257>

²⁹ http://www.bbc.com/indonesia/dunia/2014/11/141103_fakta_ebola

diberitakan sebagai PP Aborsi bukan PP Kesehatan Reproduksi.

c. Investigasi kasus kesehatan

Menemukan tema untuk investigasi kasus kesehatan memang sulit, namun bukan tidak mungkin. Dibutuhkan kejelian dari wartawan itu sendiri untuk menemukan *angle* berita yang dapat menjadi topik liputan mendalam. Sudah menjadi tugas jurnalis untuk menghasilkan karya jurnalistik yang berdasarkan fakta dan data sehingga dapat melahirkan informasi yang berguna bagi publik. Ide liputan mendalam dapat berasal dari satu topik yang mungkin sudah sering dibahas. Contoh: kasus gizi buruk, kasus diare yang terjadi berulang-ulang di sebuah daerah dapat menjadi tema untuk peliputan mendalam. Untuk menambah topik liputan mendalam, wartawan kesehatan membutuhkan riset dan ketekunan mendaftar sejumlah “peluang kasus.” Sebagai contoh kasus dua pasien di RS Siloam Karawaci yang meninggal pada Februari 2015 lalu yang diduga karena kesalahan pemberian Buvanest Spinal. Buvanest Spinal dengan label kemasan isinya tertukar dengan asam traneksamat. Buvanest Spinal yang diberikan dokter kepada pasien ternyata bukan berisi Bupivacaine yang merupakan obat bius, akan tetapi berisi asam traneksamat golongan antifibrinolitik yang bekerja mengurangi pendarahan.³⁰

³⁰ <http://www.beritasatu.com/kesehatan/250762-kasus-buvanest-spinal-kemkes-dan-bpom-investigasi-produk-kalbe-farma.html>

Investigasi yang dapat dilakukan bukan hanya berkaitan dengan pelaku kasus ini tetapi menelusuri dengan turun langsung ke sejumlah rumah sakit untuk mencari adakah rumah sakit yang masih menggunakan Buvanest Spinal pasca pembekuan izin edar yang dikeluarkan oleh BPOM. Lalu ke mana sisa Buvanest Spinal yang sudah diproduksi? Apakah perusahaan farmasi dapat membuktikan dengan dokumentasi video atau foto penarikan dan pemusnahan seluruh Buvanest Spinal yang diduga keliru tersebut? Sebagai wartawan sebaiknya kita tidak cepat “puas” dengan berita pencabutan izin edar atau penarikan sebuah obat atau produk farmasi. Informasi mengenai “sisa” obat atau produk farmasi yang belum dimusnahkan dan masih beredar itulah yang justru dapat menyelamatkan masyarakat dari menggunakan obat berbahaya.

Tantangan untuk menyajikan liputan mendalam atau investigasi yang kerap muncul adalah menemukan data berupa dokumen dan narasumber yang dapat meverifikasi dokumen yang diperoleh. Seorang jurnalis harus menampilkan berita dari dua sisi sehingga menemukan narasumber yang bersedia membuka mulutnya adalah sebuah *eureka* tersendiri. Keberhasilan menembus narasumber dan mendapatkan dokumen menjadi keunggulan karya jurnalistik investigasi terutama jika dapat menyatukan narasumber-narasumber utama di dalam satu naskah berita.

VII.3. Sumber data

Kesulitan yang biasa dihadapi wartawan adalah mendapatkan data yang akurat. Data yang tersaji dapat bersumber dari beberapa pihak sehingga angka yang disajikan tergantung pada sumber yang digunakan. Data versi pemerintah pusat, pemerintah daerah, Lembaga Swadaya Masyarakat atau lembaga internasional yang berada di Indonesia bisa berbeda. Berikut adalah beberapa contoh situs referensi untuk informasi penyakit:

AIDS
www.aidsindonesia.or.id
http://www.kebijakanaidssindonesia.net/id/
http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/indonesia
Malaria
http://www.malariasite.com/
http://www.malaria.org/malariaglossary.html
http://www.map.ox.ac.uk/
Tuberculosis
http://www.tbindonesia.or.id/
http://www.stoptbindonesia.org/
http://www.kncvtbc.org/
www.kncv.or.id

Persoalannya tidak semua lembaga atau organisasi memiliki data terbaru sehingga menjadi tanggung jawab jurnalis untuk mengonfirmasi kepada lembaga tersebut. Dalam beberapa topik, jurnalis bisa

mengambil rujukan internasional seperti “Survei Demografi dan Kesehatan” (<http://dhsprogram.com>) untuk mencari data kesehatan di negara berkembang. Untuk referensi terkait masalah anak bisa merujuk ke Unicef Indonesia (<http://www.unicef.org/indonesia>) dan referensi kesehatan secara umum bisa diakses melalui Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) di <http://www.who.int/en>. Data dari lembaga internasional ini dapat dikutip atau dibandingkan dengan data nasional tentang isu kesehatan seperti kesehatan ibu, bayi baru lahir dan kesehatan anak, cakupan vaksinasi dan kondisi gizi.

VII.4. Etika jurnalistik yang berkaitan dengan isu kesehatan

Pada pasal 8 Kode Etik Jurnalistik disebutkan bahwa ‘Wartawan Indonesia tidak menulis atau menyiarkan berita berdasarkan prasangka atau diskriminasi terhadap seseorang atas dasar perbedaan suku, ras, warna kulit, agama, jenis kelamin, dan bahasa serta tidak merendahkan martabat orang lemah, miskin, sakit, cacat jiwa atau cacat jasmani’. Contohnya, seorang jurnalis meliput seorang anak autis yang dipasung oleh orang tuanya. Seorang jurnalis televisi yang membutuhkan visual dan gambar yang kuat tetap harus mengutamakan kesadaran untuk menempatkan narasumber atau orang sakit secara bermartabat di layar kaca sehingga lebih

berhati-hati dalam menentukan gerak kamera dan tidak mendramatisasi gambar tersebut. Begitu pula ketika meliput penyandang kelainan jiwa yang sehari-hari harus dikurung. Meski ada tindakan lucu yang mengundang tawa (misal berjoget-joget sendiri), visual semacam ini tidak perlu diumbar sebagai tontonan untuk umum. Kepekaan untuk tidak merendahkan martabat orang sakit, penyandang kelainan jiwa, pelaku penyalahgunaan obat dan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA), termasuk anak-anak penderita busung lapar atau malnutrisi sudah sepatutnya melekat pada wartawan kesehatan terutama jurnalis televisi yang berpeluang tergelincir untuk mengeksploitasi gambar. Merahasiakan identitas narasumber menjadi cara menghargai privasi. Mengaburkan wajah atau menggunakan teknik pengambilan gambar tertentu sudah menjadi keharusan. Sudah merupakan standar baku bagi jurnalis televisi dan wartawan foto untuk memperketat editing agar wajah narasumber ODHA tidak terekspos.

Kepekaan jurnalis untuk menghindari berita sensasi harus dimulai dari masing-masing individu dan diterapkan dalam ruang redaksi. Pemberitaan harus menghindari komersialisasi kesehatan yang menyusup dalam bentuk program berita atau bincang-bincang. Pemberitaan tentang kesehatan harus memenuhi kebutuhan masyarakat bukan bisnis. Ruang redaksi harus ketat memilih narasumber yang diizinkan untuk

berbicara topik kesehatan agar tidak terjerumus menjadi iklan terselubung. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No 1787/Tahun 2010 tentang iklan dan publikasi pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dilarang mengiklankan atau menjadi model iklan obat.

Isu lain yang patut diperhatikan adalah ketika memberitakan kesehatan reproduksi. Informasi seperti hubungan intim dan aborsi merupakan masalah privasi sepanjang dalam peristiwa itu bukan kejahatan dan tidak terjadi tindakan kekerasan. Dalam etika pers, aborsi juga termasuk dalam kategori perawatan kesehatan dan pengobatan, satu dari sedikitnya empat masalah pribadi yang dilindungi oleh kode etik jurnalistik. Tiga kategori lainnya adalah kelahiran, kematian dan perkawinan. Ketika wartawan akan memberitakan tentang aborsi, misalnya maka harus memperoleh izin dari subjek berita yang bersangkutan atau dari keluarganya. Penulisan nama narasumber dalam kasus ini harus disamarkan dan sosok narasumber wajib dikaburkan. Menyembunyikan identitas subjek berita juga berlaku untuk pelaku tindak pidana yang berkaitan dengan isu kesehatan, contohnya pada berita penangkapan pasangan yang membeli obat penggugur kandungan dan penjualnya.³¹

Kode Etik Jurnalistik pasal 2 menyatakan, "Wartawan Indonesia menempuh cara-cara yang profesional dalam melaksanakan tugas jurnalistik."

³¹ <http://regional.kompas.com/read/2015/06/06/15183111/Tiga.Mahasiswa.di.Yogyakarta.Diringkus.Saat.Transaksi.Obat.Aborsi>

Cara yang profesional itu termasuk "menghormati hak privasi." Kode etik disepakati oleh 29 organisasi wartawan dan perusahaan pers dalam pertemuan di Jakarta pada 14 Maret 2006 dan dikukuhkan oleh Dewan Pers pada 24 Maret 2006.

Jurnalis kesehatan di seluruh dunia mengemban tanggung jawab untuk menyampaikan informasi kepada masyarakat, membantu masyarakat mencegah atau mengelola kondisi kesehatan di saat krisis dan setiap hari. Wartawan kesehatan dapat berperan menunjukkan kepada masyarakat bagaimana hidup sehat sebagai individu dan membantu masyarakat memutuskan bagaimana untuk membangun sistem dan layanan serta mengatasi masalah kesehatan secara kolektif.

Jurnalisme kesehatan idealnya berfokus pada perubahan perilaku pada tingkat individu, mendorong orang untuk membuat pilihan hidup sehat, seperti vaksinasi anak-anak terhadap penyakit yang dapat dicegah atau makan makanan yang lebih bergizi serta memastikan pemerintah memberikan layanan yang menjangkau semua warga negara, terutama orang miskin. Jurnalisme kesehatan yang efektif harus akurat, mudah dipahami, seimbang dalam hal sumber informasi, konsisten, berkaitan dengan budaya setempat dan berbasis bukti. Untuk memiliki dampak terbesar, jurnalisme kesehatan harus menghasilkan perubahan.³²

³² <https://www.k4health.org>



Daftar Rujukan

Buku

Adisasmito, W .(2012). *Sistem Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Press.

Buse, K., Mays, N. dan Walt, G. (2012).*Making Health Policy :Understanding Public Health*. Berkshire : Open University Press McGraw Hill Education.

Cook, T. (1998).*Governing with the News: the News Media as a Political Institution*.

Chicago: Chicago University Press.

Data Global Tuberculosis Report. (2000). Penelitian Likke, Universitas Kristen Petra Surabaya.

Dunn, W. (2003). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

Kementerian Kesehatan (2014). *Pusat Data dan Informasi Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Moore, M. dan Putzel, J .(2000). *Thinking Strategically about Politics and Poverty*. IDS Working Paper 101.

Neumann, A. (1998). *Freedom Takes Hold: ASEAN Journalism in Transition*. New York: Committeeto Protect Journalists.

Pusat Studi Biofarmaka LPPM IPB & Gagas Ulung (2014). *Sehat Alami dengan Herbal: 250 Tanaman Berkhasiat Obat*. Jakarta: Gramedia.

Riyadi S. (1999). *11 Langkah Memahami AIDS: Buku Pegangan Wartawan*. Yogyakarta: LP3Y, Lentera PKBI-DIY - The Ford Foundation.

Untari, J. (2014). *Modul Kuliah Kebijakan Kesehatan*. Universitas Respati Yogyakarta.

Walt, G. (1994). *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. London: Zed Books.

Walt, G. dan Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan*. (December). p: 353-70.

Yen, T.S.(2009). *Dari Mekanisasi Sampai Medikalisasi: Tinjauan Kritis atas Pereduksian Tubuh Manusia dalam Praktek Medis*. Jakarta: Dian Rakyat.

Internet

BBC (2015). *Sosialisasi MERS Jemaah Haji Masih Minim*. [Online] Diakses dari:

http://www.bbc.com/indonesia/berita_indonesia/2015/08/150828_indonesia_persiapan_mers

BBC (2014). *Fakta dan Cara Mencegah Ebola* . [Online] Diakses dari:

http://www.bbc.com/indonesia/dunia/2014/11/141103_fakta Ebola

Berita Satu (2015). *Kasus Buvanest Spinal, Kemkes dan BPOM Investigasi Produk Kalbe Farm*. [Online] Diakses dari: <http://www.beritasatu.com/kesehatan/250762-kasus-buvanest-spinal-kemkes-dan-bpom-investigasi-produk-kalbe-farma.html>

Council for the advancement of science writing (tanpa tahun). *Victor Cohn prize medical science reporting*. [Online] Diakses dari:

<http://casw.org/casw/victor-cohn-prize-medical-science-reporting>

Demographic and Health Surveys. [Online] <http://dhsprogram.com>

Departemen Kesehatan (tanpa tahun). *Seberapa besar manfaat pengobatan alternatif*. [Online] Diakses dari: <http://www.gizikia.depkes.go.id/artikel/seberapa-besar-manfaat-pengobatan-alternatif/?print=pdf>

Deutsche Welle. (tanpa tahun) *Misteri Virus Mematikan Ebola*. [Online]

Diakses dari: <http://www.dw.com/id/misteri-virus-mematikan-ebola/a-17523257>

Doyal, L. (1998). *A Draft Framework for Designing National Health Policies with an Integrated Gender Perspective*. Paper given at Expert Group Meeting on Women and Health. [Online] Diakses dari: <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/papers1.html>.

Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. (tanpa tahun) *Chapter 1: Kerangka Kebijakan Kesehatan: Konteks, Proses dan Pelaku*. [Online] Diakses dari: http://hpm.fk.ugm.ac.id/hpmlama/images/chapter_1_mhp.pdf

Femina. (tanpa tahun) *Efek Sunat Perempuan bagi Kesehatan*. [Online] Diakses dari:

<http://www.femina.co.id/isu.wanita/kesehatan/efek-sunat.perempuan.bagi.kesehatan/005/005/51>

Jawaban.com. (2015) *Studi: paracetamol bahayakan janin ibu hamil*. [Online] Diakses dari: <http://www.jawaban.com/read/article/id/2015/05/25%20>

08:00:00/10/150525102236/Studi-%3A-Paracetamol-Bahayakan-Janin-Ibu-Hamil

Katadata. (2015) *Anggaran kesehatan Indonesia salah satu yang terendah di dunia*. [Online] Diakses dari: <http://katadata.co.id/berita/2015/02/18/anggaran-kesehatan-indonesia-salah-satu-yang-terendah-di-dunia>

Kementerian Keuangan. (2015) *Seputar APBN: Anggaran Kesehatan 2011-2015*. [Online] Diakses dari: <http://www.anggaran.depkeu.go.id/dja/edef-seputar-list.asp?apbn=sehat>

Kementerian Dalam Negeri. (2009) *Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 10 Tahun 2009 Tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung*. [Online] Diakses dari : http://www.jdih.setjen.kemendagri.go.id/files/Kota_Bandung_10_2009.pdf

Kementerian Kesehatan. (2014) *Profil Kesehatan Indonesia*. [Online] Diakses dari:

<http://www.pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/data-dan-informasi-2014.pdf>

Knowledge For Health. (2015) *Decentralized Indonesia: Local Support for Family Planning is Key*. [Online] Diakses dari:

<http://www.k4health.org/blog/post/decentralized-indonesia-local-support-family-planning-key>

Kompas. (2015) *Bahaya kabut asap bagi kesehatan*. [Online] Diakses dari: <http://health.kompas.com/read/2015/09/07/100657423/Bahaya.Kabut.Asap.Bagi.Kesehatan>

Kompas. (2015) *Tiga mahasiswa di Yogyakarta diringkus saat transaksi obat aborsi*. [Online]

Diakses dari :

<http://regional.kompas.com/read/2015/06/06/15183111/Tiga.Mahasiswa.di.Yogyakarta.Diringkus.Saat.Transaksi.Obat.Aborsi>

Metrotv news. (2015) *Klaim BPJS ditolak bayi khiren berutang Rp 124 juta kepada RS Harapan Kita*. [Online] Diakses dari: <http://news.metrotvnews.com/read/2015/08/08/419360/klaim-bpjs-ditolak-bayi-khiren-berutang-rp124-juta-kepada-rs-harapan-kita>

Metronews. (2013) *Dugaan Korupsi Alkes Banten Tangsel Hingga Rp 193 Miliar*. [Online]

Diakses dari: <http://www.metrotvnews.com/metro-news/read/2013/12/10/1/200457/Dugaan-Korupsi-Alkes-Banten-Tangsel-hingga-Rp193-Miliar>

PBB di Indonesia. (2008) *Memerangi AIDS: Indonesia Diakui pada Dunia Penghargaan Global*. Newsletter. Februari. [Online] Diakses dari: [http://www.un.or.id/documents_upload/newsletter/2015%2002_\(BI\)_UN%20in%20Indonesia_Newsletter.pdf](http://www.un.or.id/documents_upload/newsletter/2015%2002_(BI)_UN%20in%20Indonesia_Newsletter.pdf)

Nationalgeographic.com. (2014) *Resveratrol redux or should I just stop writing about health?* [Online] Diakses dari: <http://phenomena.nationalgeographic.com/2014/05/12/resveratrol-redux-or-should-i-just-stop-writing-about-health/>

Pusat Komunikasi Publik, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI. (2011) *Integrasi pengobatan tradisional dalam sistem kesehatan nasional*. [Online] Diakses dari: <http://www.depkes.go.id/article/print/1706/integrasi-pengobatan-tradisional-dalam-sistem-kesehatan-nasional.html>

Sindonews. (2014) *Hukum khitan bagi wanita*. [Online] Diakses dari :

<http://ramadan.sindonews.com/read/886218/92/hukum-khitan-bagi-wanita-1406240086>

Suara.com. (2014) *Awas Tuberculosis masih mengancam*. [Online] Diakses dari <http://www.suara.com/health/2014/03/19/200644/awas-tuberculosis-masih-mengancam>

UNICEF. [Online] <http://www.unicef.org/indonesia>

World Health Organization. (2015) *World Health Statistics 2015*. [Online] Diakses dari: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1

World Health Organization. [Online] <http://www.who.int/en>



