



Pengembangan Kebijakan Kesehatan Bagi Kelompok Rentan: Urgensi Penguatan Prioritas Politik

Dumilah Ayuningtyas

Pidato pada Upacara Pengukuhan sebagai Guru Besar Tetap
Dalam Bidang Ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
Depok, 08 Maret 2023

“...Dan barangsiapa yang memelihara kehidupan seorang manusia, maka seolah-olah dia telah memelihara kehidupan manusia semuanya...”

“...and if anyone saved a life, it would be as if he saved the life of all mankind.”

QS Al-Ma'idah Ayat 32



”Setitik bakti untuk lautan doa, kerja dan air mata, jihad habis-habisan bapak-ibu, syukur tak terhingga untuk orang tua seperti Soekanto S.A. dan Surtiningsih W.T.”

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	2
DAFTAR TABEL	3
DAFTAR GAMBAR	3
KATA SAMBUTAN	4
Pendahuluan.....	5
Health For All: Kesadaran Global dan Nasional.....	9
<i>Primary Health Care</i> di Indonesia: Sebuah Perjalanan Panjang.....	11
<i>Primary Health Care</i> (PHC) dan Kelompok Rentan: Penguatan Prioritas.....	13
Situasi Pelayanan Kesehatan Primer Bagi Masyarakat Rentan.....	15
Pengembangan Kebijakan Kesehatan di Indonesia: Belajar dari Keberhasilan dan Kegagalan.....	19
Adaptasi dan Kontekstualisasi Model Pengembangan Kebijakan di Indonesia.....	21
PENUTUP REFLEKSI IMPLIKASI KEBIJAKAN	27
REFERENSI	40
RIWAYAT HIDUP	44

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Analisis Situasi Kelompok Rentan di Indonesia 16

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Peta Jumlah Fasilitas Kesehatan (Puskesmas) yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Tahun 2021 6

Gambar 2. Peta Rasio TT Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Tahun 2021 8

Gambar 3. Timeline Awareness of Primary Health Care..... 10

Gambar 4. Perbandingan Jumlah Beberapa Tenaga Kesehatan di Daerah Tertinggal Terhadap Jumlah Nasional Tahun 2021 12

Gambar 5. Teori Perubahan Primary Health Care (WHO and the UNICEF, 2020) Model Prediktif Pengembangan Kebijakan Kesehatan bagi Kelompok Rentan: Penguatan Prioritas Politik 23

Gambar 6. Dumilah A 2023, Pengembangan Dari Easton, V Horn V Metter, M Sabatier, WHO PHC, Bossert Dengan Adaptasi dan Kontekstualisasi Di Indonesia..... 24

KATA SAMBUTAN

Bismillahirrahmanirrahiim

Selamat pagi, Salam Sejahtera

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,

Yang kami hormati,

1. Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Republik Indonesia,
2. Ketua, Sekretaris dan para Anggota Majelis Wali Amanat Universitas Indonesia,
3. Rektor, Wakil Rektor dan Sekretaris Universitas Indonesia,
4. Ketua, Sekretaris dan Anggota Senat Akademik Universitas Indonesia,
5. Ketua, Sekretaris dan Anggota Dewan Guru Besar Universitas Indonesia,
6. Dekan, Wakil Dekan dan seluruh jajaran Pimpinan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia,
7. Ketua, Sekretaris dan Anggota Senat Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia,
8. Ketua, Sekretaris dan Anggota Dewan Guru Besar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia,
9. Para Dekan, Wakil Dekan, Ketua Departemen, Ketua Program Studi, Dosen, Staf Kependidikan, Mahasiswa dan seluruh Sivitas Akademika di lingkungan Universitas Indonesia,
10. Para staf pengajar, Tenaga Kependidikan, Mahasiswa program studi Doktor, Magister dan Sarjana S1 di Lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
11. Para Tamu Kehormatan, Ketua BNPT, Anggota Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia, Dirjen Nakes, Kepala Dinas Kesehatan. Para Direktur Utama dan Direktur Rumah Sakit dan pimpinan lainnya
12. Para Pimpinan Perguruan Tinggi, Rektor, Dekan dan Guru Besar Tamu
13. Selanjutnya Para undangan, keluarga serta hadirin yang saya hormati.

Alhamdulillah rabbi 'alamin. Segala puji dan rasa syukur terpanjatkan ke hadirat Allah SWT Shalawat serta salam tercurahkan kepada junjungan kita nabi besar Muhammad SAW.

Hadirin yang saya hormati,

Pada kesempatan yang berbahagia ini, perkenankanlah saya menyampaikan pidato pengukuhan tentang:

Pengembangan Kebijakan Kesehatan bagi Kelompok Rentan di Indonesia: Urgensi Penguatan Prioritas Politik

Pendahuluan

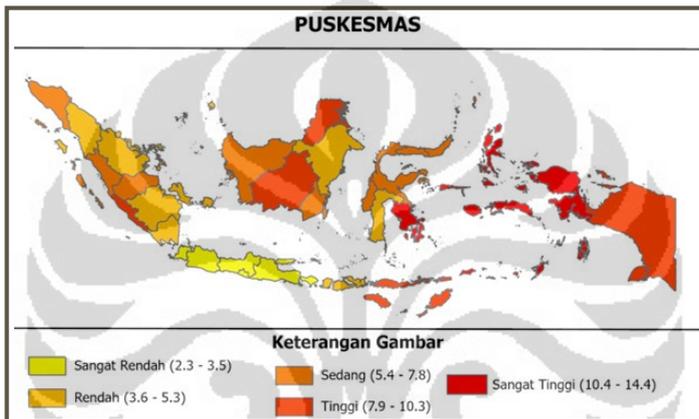
Beragam berita tentang menantangnya medan di Indonesia untuk mengakses pelayanan Kesehatan selalu menjadi “trending” dan “fyp” di *platform* media digital dan media sosial. Salah satunya adalah bagaimana “Ambulans Kampung” menjadi solusi alternatif untuk mengakses layanan kesehatan akibat infrastruktur yang belum memadai (1). Berita serupa adalah meninggalnya seorang pasien di ambulans yang terjebak kemacetan duapuluh dua jam oleh penuhannya jalan dengan truk pengangkut batubara (2). Pemberitaan yang menyentak kerap kali lebih mudah menggugah hati namun dapat menjadi daya dorong untuk meningkatkan perhatian dan kepedulian serta kemudian upaya untuk merespons dan mengatasinya.

Memang fakta yang tidak bisa kita nafikan adalah masih terjadi disparitas layanan kesehatan di Indonesia. Puskesmas yang memenuhi standar ketenagaan minimal sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 hanya sebesar 48,9% pada tahun 2021, meski terdapat peningkatan yang cukup signifikan tahun berikutnya yaitu mencapai 60,79 % di tahun 2022 (1). Tiga provinsi dengan pemenuhan standar ketenagaan Puskesmas terendah pada tahun 2022 adalah Papua (8,4%), Papua Barat (12,4%), dan Maluku (13,4%) (3). Masih belum bergeser dari gambaran situasi aksesibilitas terhadap Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang ditunjukkan dengan data rasio Puskesmas berbanding kecamatan tahun 2019 secara nasional adalah 1,4 artinya rata-rata dalam 10 kecamatan terdapat 14 puskesmas (4). Namun, masih ada 171 kecamatan yang belum memiliki puskesmas dan 93,6% di antaranya berada di Provinsi Papua dan Papua Barat.

Khusus tentang tenaga dokter masih terdapat 9,6% puskesmas kekurangan tenaga dokter dan 5% puskesmas bahkan tidak memiliki tenaga dokter. Rasio ideal antara dokter dan penduduk adalah 1:1000, saat ini rasio dokter per penduduk di Indonesia sebesar 0,68, artinya tersedia 186.305 dokter untuk melayani 275.541.600 jiwa (5). Sekjen IDI memberikan penjelasan bahwa dokter di Indonesia jumlahnya cukup namun terkonsentrasi di kota besar dan provinsi tertentu. Di DKI Jakarta, tersedia 1.733 dokter umum untuk melayani 10.664.776

jiwa pada tahun 2021 (6,7), di DKI Jakarta, sebagai provinsi dengan rasio dokter terbaik, satu dokter menangani 608 penduduk. Di Sulawesi Barat, provinsi dengan rasio terendah, satu dokter mengurus 10.417 penduduk (8).

Disparitas tenaga Kesehatan juga memiliki korelasi dengan ketersediaan fasilitas Kesehatan di daerah. Berikut ini visualisasi disparitas penyediaan fasilitas kesehatan antar daerah dalam kategori sangat rendah sampai sangat tinggi, dengan pemetaan Sistem Informasi Geografis (SIG), sebagaimana **Gambar 1**:



Gambar 1. Peta Jumlah Fasilitas Kesehatan (Puskesmas) yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Tahun 2021

Sumber: Data Statistik JKN 2021, diolah lebih lanjut

Maluku Utara menjadi wilayah dengan rasio tertinggi untuk kategori puskesmas yaitu dengan rasio sebesar 14,4 sedangkan Banten memiliki rasio terendah sebesar 2,3. Sketsa serupa yang juga menarik adalah perbandingan Pulau Jawa dan Papua. Visualisasi pulau Jawa tampak berwarna kuning (cerah) sementara di bagian Papua Barat berwarna merah gelap. Artinya, rasio di pulau Jawa lebih rendah dibandingkan daerah di timur Indonesia disebabkan jumlah peserta yang jauh lebih banyak atau sekitar sepuluh kali lipat dari jumlah penduduk di Papua Barat. Walaupun demikian, ketersediaan klinik dan dokter praktek perorangan di Pulau Jawa cukup tinggi sehingga mampu mencakup pelayanan di FKTP bagi peserta JKN. Sementara itu, rasio ketersediaan Puskesmas di Papua sangat tinggi bila hanya memperhitungkan jumlah peserta

JKN saja, namun perlu diingat bahwa jumlah penduduk yang sedikit tersebut tersebar dalam wilayah geografis yang sangat luas.

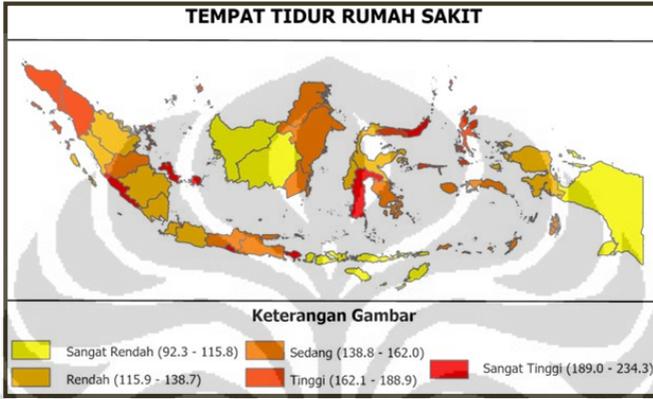
Hal penting yang menjadi catatan adalah bahwa visualisasi di atas tidak cukup menggambarkan aksesibilitas masyarakat terhadap fasilitas kesehatan setempat. Kondisi geografis, keterbatasan ekonomi, pendidikan dan sosial yang belum berkembang secara merata menjadi determinan yang lekat dengan aksesibilitas masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan terdekat.

Tentu amat patut mengapresiasi usaha pemerintah untuk mengatasi permasalahan kronis tersebut melalui berbagai kebijakan strategi dan program percepatan pemerataan. Kita dapat belajar dari upaya Pemerintah Provinsi Kalimantan Utara dengan Program Layanan Dokter Terbang Kalimantan Utara atau Pro Lentera KU untuk memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat pedalaman atau daerah 3T, Terdepan, Tertinggal dan Terluar (9). Program serupa sudah dimulai terlebih dahulu oleh dr. Maria Louisa Rumatery, yang dikenal sebagai “dokter terbang” karena dedikasinya pada pelayanan kesehatan di Papua dengan kekhasan topografinya (10).

Tidak hanya pada pemastian terpenuhinya tenaga kesehatan, Menteri Kesehatan juga berkomitmen untuk meningkatkan layanan kesehatan dasar di tingkat Puskesmas di antaranya adalah pemenuhan kebutuhan dokter spesialis melalui program *Academic Health System (AHS)* dengan pemenuhan kebutuhan dokter spesialis, khususnya bedah jantung anak yang saat ini hanya enam rumah sakit yang mampu melakukan operasi terbuka bedah jantung anak (11), serta peta jalan lintas sektoral kemandirian obat dan alat kesehatan dalam negeri (12). Termasuk penguatan kapasitas laboratorium kesehatan masyarakat sebagai upaya untuk memastikan *screening* yang lebih dekat dan lebih awal.

Revitalisasi struktur dan jejaring layanan kesehatan primer serta laboratorium kesehatan masyarakat menjadi salah satu bukti komitmen pemerintah yang juga tercermin pada Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan. DAK Fisik tahun anggaran (TA) 2022 sebesar Rp. 15,774 T yang ditujukan guna penguatan penurunan kematian ibu, bayi, penguatan percepatan penurunan stunting, pengendalian penyakit, penguatan sistem kesehatan, kefarmasian dan keluarga berencana (13). Sementara, DAK Nonfisik Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) TA 2022 adalah Rp. 9,933 T (14). Adapun pada TA 2023, DAK fisik dialokasikan sebesar Rp. 13,4 T ditujukan guna penguatan penurunan kematian ibu, bayi dan intervensi stunting, pengendalian penyakit, penguatan sistem kesehatan dan keluarga berencana, dan DAK Non fisik BOK adalah Rp. 12,878 T (15).

Berbagai upaya yang dilakukan oleh pemerintah dan terutama kementerian kesehatan telah pula menunjukkan hasil pencapaian pada hal tertentu, termasuk adanya temuan menarik yang membuat “*surprise*”, ketika dilakukan analisis data dari Statistika JKN dengan rumus rasio TT (Tempat Tidur)¹ mendapatkan hasil, Jawa Barat = 132,25, Jawa Tengah = 147,16, Jawa Timur = 146,74 Sulawesi Utara = 211,51, Sulawesi Tenggara = 151,74, Sulawesi Selatan = 200,68. Visualisasinya dapat terlihat pada gambar berikut:



Gambar 2. Peta Rasio TT Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Tahun 2021

Melihat data ini, ada beberapa rasio TT di pulau terluar yang lebih tinggi di pulau Jawa, Rasio ini juga sudah sesuai dengan data rasio per 1.000 peserta yang ditulis dalam buku Statistika JKN. Fakta cukup menarik bahwa saat ini ketersediaan faskes di luar Jawa, yaitu Sulawesi lebih bagus dari Jawa. Apakah ini menunjukkan bahwa ekuitas pelayanan telah membaik?. Tentu dibutuhkan analisis lebih cermat untuk menjawab pertanyaan tersebut., termasuk untuk memastikan apakah pemanfaatan faskes tersebut telah merata diakses oleh seluruh lapisan masyarakat.

Ini jelas perjuangan bersama untuk pemastian *Health for All*, mulai deklarasi *Human Right*, Alma Ata, Astana hingga *Vision for Primary Healthcare*. Sebuah komitmen global dan menjadi mandat bagi semua, tak terkecuali Indonesia. Berbagai perubahan deklarasi,

¹Rumus yang digunakan adalah (jumlah TT RS pemerintah + jumlah TT RS swasta)/jumlah peserta per prov x 100.000

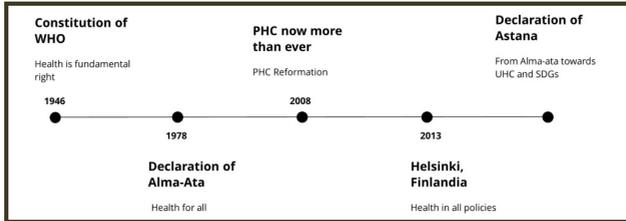
kesepakatan dan arah kebijakan internasional berpuluh-puluh tahun memperlihatkan perjuangan ini menempuh “*long and winding road*” dan dapat menjadi pertanda belum sepenuhnya tercapai perjuangan membangun sektor kesehatan agar tak ada seorangpun yang tertinggal.

Health For All: Kesadaran Global dan Nasional

Dunia menyepakati bahwa memperoleh standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai merupakan hak fundamental setiap manusia (16). Hak tersebut harus diperoleh tanpa membedakan ras, agama, keyakinan politik, kondisi sosial maupun ekonomi. Berbagai negara juga menyepakati pentingnya upaya untuk mencapai *Health for All* yang digaungkan pada Deklarasi Alma-Ata tahun 1978. Realisasi *Health for All* sejatinya adalah menyediakan layanan Kesehatan esensial untuk menjamin semua orang mencapai tingkat kesehatan yang memungkinkan mereka menjalani kehidupan yang produktif secara sosial dan ekonomi. Deklarasi yang dianggap sebagai tonggak utama bidang kesehatan masyarakat di abad kedua puluh ini mengidentifikasi kunci upaya untuk mencapai sasaran *Health for All* tersebut yakni melalui *Primary Health Care* (PHC).

Tiga puluh tahun pasca Deklarasi Alma Ata, *The World Health Report 2008: PHC now more than ever* memuat pembaruan konsep melalui reformasi PHC. Dua di antara fokus reformasi tersebut adalah *universal coverage* untuk terwujudnya sistem kesehatan yang merata dan adil untuk melindungi seluruh masyarakat serta reformasi kebijakan publik untuk *healthy public policies* melibatkan lintas sektor (17). Kembali *Primary Health Care* diangkat sebagai sarana penting dan strategis dalam peningkatan derajat Kesehatan masyarakat.

Primary Health Care menjadi penting antara lain karena merupakan fondasi *Universal Health Coverage* (UHC) dalam mencapai *Sustainable Development Goals* (SDGs) (18). Agenda SDGs tahun 2023 adalah “*leave no one behind*” yang merespresentasikan prinsip *equity* dan non diskriminasi yang menjadi fondasi *UN Charter* dan *the Universal Declaration of Human Rights* (19).



Gambar 3. Timeline Awareness of Primary Health Care

Deklarasi Alma Ata menyatakan Pelayanan Kesehatan Dasar adalah bagian dari *human development* maka Pemerintah bertanggungjawab dalam upaya penyediaan dan pemastian termanfaatkannya *Primary Health Care* di level negara (20). Indonesia menunjukkan keseriusan kesadaran dalam menegakkan hak untuk sehat bagi setiap warganegara sejak negeri ini berdiri, berakar di dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945 sebagai mandat konstitusi tertinggi. Hak-hak terkait kesehatan diatur dalam UUD tertuang dalam pasal 28H ayat 1 yang menyebutkan bahwa:

“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Dikuatkan oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan pada:

Pasal 4 *“Setiap orang berhak atas kesehatan”.*

Pasal 5 (1) *“Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan”.*

Pasal 5 (2) *“Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau”.*

Selain itu kewajiban pemerintah daerah terhadap pelayanan Kesehatan juga tertuang dalam UU No.23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah tertuang pada pasal 36 (8b) bahwa :

“Parameter kemampuan penyelenggaraan pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g meliputi: a. aksesibilitas pelayanan dasar pendidikan; b. aksesibilitas pelayanan dasar kesehatan”

Menjadi dapat dipahami mengapa syarat pemekaran daerah dan pembentukan daerah salah satunya adalah parameter kemampuan penyelenggaraan pemerintahan tentang aksesibilitas terhadap pelayanan Kesehatan.

Primary Health Care di Indonesia: Sebuah Perjalanan Panjang

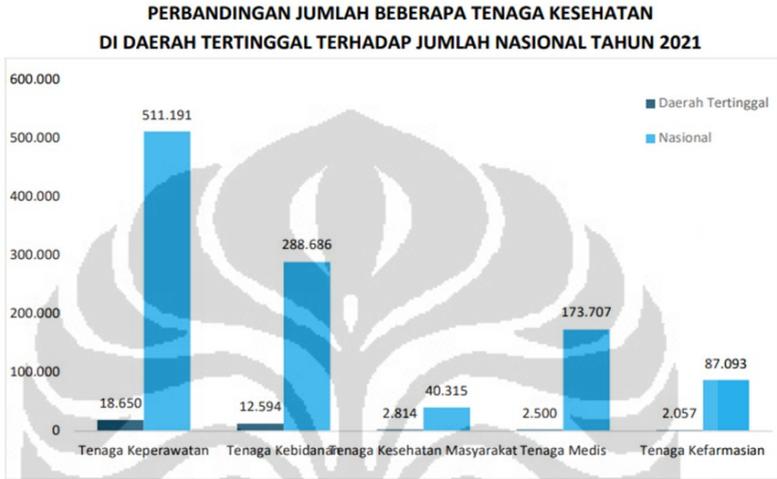
Pengelolaan kesehatan, termasuk di dalamnya sumber daya kesehatan dan upaya kesehatan dilaksanakan melalui Sistem Kesehatan Nasional (SKN) (21). Pelaksanaan SKN antara lain harus memperhatikan cakupan pelayanan kesehatan berkualitas, adil dan merata serta pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat. Dalam Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2012 juga dijelaskan bahwa pengelolaan kesehatan dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah dengan memperhatikan otonomi daerah. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah menyebutkan bahwa kesehatan merupakan urusan pemerintahan konkuren (Urusan Pemerintahan yang dibagi antara Pemerintah Pusat, Daerah provinsi dan Daerah kabupaten/kota) yang diserahkan ke Daerah menjadi dasar pelaksanaan Otonomi Daerah. Kesehatan termasuk dalam urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar, dengan sebagian substansinya ditetapkan sebagai Standar Pelayanan Minimal (SPM).

Pasal 6 dalam Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 menyebutkan Jenis Pelayanan Dasar pada SPM kesehatan Daerah provinsi dan Daerah kabupaten/kota. Karena SPM merupakan hal minimal yang harus dilaksanakan Pemerintah Daerah bagi masyarakat, maka selazimnya SPM dapat memenuhi capaian secara maksimal. Pasal 20 pada PP tersebut memuat sanksi kepada Kepala Daerah dan/atau wakil kepala Daerah yang tidak melaksanakan SPM. Sesuai standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar SPM yang dimuat dalam Permenkes Nomor 4 Tahun 2019, pelayanan dasar tersebut dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan baik milik pemerintah pusat, pemerintah daerah maupun swasta (23).

Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis dinas kesehatan daerah kabupaten/kota menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perseorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya (24). Karena itu, dalam konteks Indonesia, batasan atau pengertian yang paling mendekati konsep PHC adalah definisi Puskesmas menurut Permenkes No. 43 Tahun 2019 (25).

Perpres Nomor 63 Tahun 2020 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2020-2024), menetapkan 62 kabupaten/kota di 11 provinsi yang termasuk daerah tertinggal atau mencakup 12,1% dari total kabupaten/kota. Menarik untuk memperhatikan bahwa sebaran SDM Kesehatan di daerah tertinggal adalah 3,9% (44.179) terhadap total SDM nasional. Jenis SDMK terbanyak yang bekerja di daerah tertinggal adalah perawat (18.650 orang) dan

bidan (12.594 orang), adapun yang terendah adalah tenaga psikologi klinis (17 orang). Sementara secara proporsi dibandingkan terhadap jumlah nasional, tenaga kesehatan masyarakat merupakan yang terbanyak bekerja di daerah tertinggal (7% atau 2.814 dari 40.315 orang), sebagaimana gambaran sebaran data tenaga Kesehatan di bawah ini:



Gambar 4. Perbandingan Jumlah Beberapa Tenaga Kesehatan di Daerah Tertinggal Terhadap Jumlah Nasional Tahun 2021

Sumber: SISDMK Diolah Oleh Sekretariat Ditjen Tenaga Kesehatan, Kemenkes RI 2022

Peningkatan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta terutama penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) menjadi salah satu arah kebijakan Pemerintah dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024. Lebih lanjut dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dimuat pilar pertama dari enam pilar transformasi adalah transformasi pelayanan kesehatan primer (4). Salah satu fokusnya adalah mendekatkan pelayanan kesehatan tidak hanya 10.000-an Puskesmas, namun setidaknya melalui 300.000 titik layanan kesehatan primer berorientasi promotif dan preventif (reaktivasi Posyandu) di tingkat desa/kelurahan dan dusun/RT/RW (26).

Primary Health Care (PHC) dan Kelompok Rentan: Penguatan Prioritas

Proses panjang mewujudkan *health for all* dan pelaksanaan PHC membuat kita bersyukur capaian dan perubahan perbaikan signifikan, namun perjuangan belumlah usai dan mengundang tanggung jawab dan peran kontributif masing-masing, termasuk kontribusi pemikiran kritis konstruktif strategis. Berimbang memandang capaian dan belum ketercapaian, saat pada faktanya masih ada kendala dan keterbatasan, maka penajaman penetapan prioritas (*setting priority*) tentang fokus dan ruang apa sajakah yang perlu diprioritaskan dalam pengembangan kebijakan kesehatan menjadi hal penting.

Mengapa demikian? Karena sistem kebijakan kesehatan sesungguhnya adalah refleksi dari sistem politik (27).² Politik dengan berbagai definisinya adalah tentang bagaimana mengoptimalkan upaya-upaya untuk memastikan alokasi dan distribusi dari sumber daya yang terbatas (*the allocation of scarce resource, distribution of scarce resources* (28)).³ Politik menyangkut produksi, distribusi, dan penggunaan sumber daya dalam perjalanan keberadaan sosial. Politik, memang dapat dipahami sebagai kekuasaan: kemampuan untuk mencapai hasil yang diinginkan, melalui cara apa pun (29). Namun politik juga adalah tentang bagaimana menata dan membuat kebijakan publik (30),⁴ yang selazimnya menjadi panglima dari berbagai kekuasaan, kewenangan, otoritas yang hadir untuk kepentingan publik dan menjadi solusi dari berbagai permasalahan masyarakat, termasuk permasalahan dan pencapaian kesehatan masyarakat.

Pemastian bahwa setiap orang memiliki akses yang sama terhadap semua sumber daya kesehatan, pelayanan yang aman, bermutu dan terjangkau serta kebebasan dalam penentuan layanan kesehatan yang diperlukan (31), adalah prinsip non-diskriminasi, berlaku bagi semua

² Gill Walt, *Health Policy: An Introduction Process and Power* (London: Zed Books Ltd, 1994) hal 10-20. Strategis dan pentingnya sektor kesehatan antara lain diungkapkan oleh Walt dengan: "Kebijakan kesehatan adalah area penting, yang tumbuh dengan cepat & selalu dibahas dan diperdebatkan oleh tak hanya kalangan akademisi maupun professional kesehatan dan medis, tapi juga oleh para politisi, kelompok masyarakat, serta media dan umum (*the basis of important politics debates*).

³ Pembagian (*distribution*) dan alokasi (*allocation*) ialah pembagian dan penjataan nilai-nilai (*values*) dalam masyarakat. Sarjana yang menekankan pembagian dan alokasi beranggapan bahwa politik tidak lain dan tidak bukan adalah membagikan dan mengalokasikan nilai-nilai secara mengikat. Yang ditekankan oleh mereka adalah bahwa pembagian ini sering tidak merata dan karena itu menyebabkan konflik. Masalah tidak meratanya pembagian nilai-nilai perlu diteliti dalam hubungannya dengan kekuasaan dan kebijakan pemerintah dalam Dalam Miriam Budiharjo, *Dasar-Dasar Ilmu Politik* (Edisi Kedua) (Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama, 2008) Hlm.21

⁴ Joyce Mitchell, dalam bukunya *Political Analysis and Public Policy* mengatakan: "Politik adalah pengambilan keputusan kolektif atau pembuatan kebijakan umum untuk masyarakat seluruhnya (*Politics is collective decision making or the making of public policies for an entire society*)." Dalam Miriam Budiharjo, *Dasar-Dasar Ilmu Politik* (Edisi Kedua) (Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama, 2008) Hlm.20

warganegara. Namun kelompok rentan memiliki lebih banyak hambatan untuk mendapatkan aksesibilitas (*accessibility*), ketersediaan (*availability*), keterjangkauan (*affordability*), dan keberterimaan (*acceptability*) terhadap pelayanan Kesehatan karena membutuhkan upaya dan bantuan khusus untuk mengurangi hambatan tersebut. Itu sebabnya kelompok rentan (*vulnerable group*) didekatkan pemakaannya pada klasifikasi kelompok yang berisiko (*group at risk*) juga kelompok yang kerap dirugikan (*disadvantaged group*) (32). Negara sebagai *duty-bearer* memegang kewajiban untuk memenuhi hak atas kesehatan setiap orang termasuk di dalamnya kelompok rentan. Jika dikaitkan dengan HAM, tanggung jawab negara memiliki tiga bentuk yaitu menghormati (*obligation to respect*); melindungi (*obligation to protect*), serta memenuhi (*obligation to fulfill*).

Kelompok rentan, dalam pengertian yang dikeluarkan oleh WHO, meliputi “... *people experiencing homelessness; people living in overcrowded housing, collective sites, informal settlements and slums; forcibly displaced people; migrant workers; people with disabilities; people living in closed facilities; people living in rural and remote locations; people living in poverty; people affected by intersecting, compounding and other vulnerabilities; and people affected by the digital divide...*”

Sementara pengertian kelompok rentan di Indonesia, mengacu pada Undang-Undang No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, terbatas pada orang lanjut usia, anak-anak, fakir miskin, wanita hamil, dan penyandang cacat demikian pula pada Permenhumkam No. 2 tahun 2022 tentang Pelayanan Publik Berbasis Hak Asasi Manusia, kelompok rentan adalah lanjut usia, anak-anak, wanita hamil dan penyandang disabilitas. Oleh karena itu, tidak heran apabila pemenuhan hak kesehatan pada kelompok rentan tersebut lebih mengalami perkembangan yang signifikan dibandingkan dengan kelompok rentan lainnya, seperti penyandang disabilitas, ODHA, pekerja migran, dan masyarakat adat, yang hingga saat ini bahkan ketersediaan datanya saja belum tersusun secara komprehensif di Indonesia.

Potret ini sesungguhnya dapat menjadi dorongan tentang perlunya kembali memikirkan penetapan kelompok rentan dalam konteks ke-Indonesiaan, termasuk pada situasi kedaruratan seperti pandemi COVID-19, pengertian masyarakat rentan berkembang menjadi masyarakat dengan usia lanjut usia dan masyarakat dengan penyakit bawaan (33).

Dokumen Visi PHC oleh WHO dan UNICEF memuat definisi PHC yang jelas dan sederhana dan terkait dengan pemanfaatan merata oleh masyarakat termasuk kelompok rentan, yaitu “*PHC is a whole-of-society approach to health that aims to ensure the highest possible level of health and wellbeing and their equitable distribution by focusing on people’s needs*

and preferences (as individuals, families, and communities) as early as possible along the continuum from health promotion and disease prevention to treatment, rehabilitation and palliative care, and as close as feasible to people's everyday environment.” (18)

Dalam salah satu laporan WHO, upaya PHC terbukti meningkatkan kesehatan masyarakat. Intervensi PHC di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah dapat menyelamatkan 60 juta nyawa dan meningkatkan harapan hidup rata-rata sebesar 3,7 tahun pada tahun 2030 (34). Meskipun demikian, fakta bahwa tidak semua kelompok masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan primer masih ditemukan di sejumlah laporan baik level dunia maupun negara. Dalam salah satu laporan Organisasi Kesehatan Dunia, salah satu tantangan PHC adalah *access barriers* (hambatan akses) khususnya bagi kelompok rentan (35). Spesifik disebutkan, bahwa populasi dengan masalah sosioekonomi, wanita, masyarakat yang tinggal di perdesaan/perifer, etnik minoritas serta kelompok marginal lain masih mengalami hambatan terhadap akses pelayanan kesehatan. Hambatan tersebut akan memengaruhi terwujudnya “*leave no one behind*” serta *universal health coverage*.

Situasi Pelayanan Kesehatan Primer Bagi Masyarakat Rentan

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

Tabel 1. Analisis Situasi Kelompok Rentan di Indonesia

ANAK/REMAJA	LANSIA	IBU HAMIL	DISABILITAS
<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah dan distribusi dokter anak belum merata • RS yang memiliki dokter anak kurang dari 80% • Tenaga kesehatan sering dirotasi, baik di tingkat RS dan puskesmas 	<ul style="list-style-type: none"> • Persentase penduduk lansia meningkat sekitar 2x lipat dalam waktu 5 tahun. • Ketersediaan layanan home care di Indonesia masih sangat minim • Ketersediaan layanan geriatri di Indonesia juga minim → hanya 264 dari 2.820 RS pemerintah yang menyediakan layanan geriatri • Rasio ketergantungan lansia terhadap penduduk produktif dari tahun 2014 hingga 2019 meningkat hingga 15,01% • Ketersediaan obat-obatan bagi lansia dengan demensia masih belum terjangkau di fasilitas layanan primer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan KB telah tersedia di seluruh fasilitas kesehatan milik Pemerintah. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan obat dan layanan medis masih minim

KETERSEDIANAN

KETERJANGKAUAN	ANAK/REMAJA	LANSIA	IBU HAMIL	DISABILITAS
<ul style="list-style-type: none"> • Anak tidak bisa akses layanan kesehatan gratis karena tua tidak punya identitas lengkap (KTP/KK) • Kurangnya edukasi dan penyediaan layanan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Banyak fasyankes yang belum ramah lansia • Lokasi RS rujukan untuk lansia cukup jauh dari tempat tinggal → ketersediaan ambulans pada tingkat kabupaten/kota terbatas • Data BPS 2019 → hanya 1/3 jumlah lansia yang menjangkau layanan kesehatan ke FK/TP • Hanya 46,64% lansia yang memanfaatkan layanan kesehatan dengan jaminan kesehatan • Kondisi panti sosial milik pemerintah bagi lansia miskin dan terlanjar masih memprihatinkan 	<ul style="list-style-type: none"> • Aksesibilitas ekonomi program KIA sebagian besar dibiayai oleh Pemerintah melalui program JKN dan Jampersal, sedangkan program kesehatan sebelum hamil dimana sasarannya adalah remaja, calon pengantin, dan pasangan usia subur (PAU), belum semuanya dibiayai oleh pemerintah. 	<ul style="list-style-type: none"> • Banyak fasilitas kesehatan yang masih belum ramah disabilitas 	<ul style="list-style-type: none"> • Banyak fasilitas kesehatan yang masih belum ramah disabilitas
<ul style="list-style-type: none"> • Sering terjadinya kasus telat merujuk • kurangnya fasilitas NICU dan PICU • Anak ditahan tidak boleh pulang dari RS karena terhambat administratif • Penerbitan surat keterangan lahir/identitas anak terhambat apabila proses kelahiran dilakukan oleh dukun beranak atau karena perkawinan di bawah tangan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kualitas pelayanan bagi lansia belum optimal • Jumlah SDM terlatih dalam perawatan lansia terbatas • Penyuluhan dan pelatihan bagi anggota keluarga dan kader belum dilakukan secara masif 	<ul style="list-style-type: none"> • Angka kematian ibu hamil di Indonesia menunjukkan adanya penurunan dari tahun 2000 sampai 2017. 		
<p>KUALITAS/MUTU</p>				

Pada kelompok ibu hamil, saat ini diketahui bahwa angka kematian ibu hamil menunjukkan penurunan dari tahun 2000 ke 2017, dengan 105/1.000.000, walaupun apabila dibandingkan dengan negara-negara di Asia Tenggara, seperti Vietnam (43/100.000), Thailand (37/100.000), dan Malaysia (29/100.000), angka kematian ibu hamil di Indonesia cenderung masih cukup tinggi (36). Sedangkan pada kelompok rentan anak dan remaja, angka kematian anak di Indonesia dalam kurun waktu 1987-2017 juga menunjukkan penurunan yang signifikan, khususnya pada angka kematian balita sebesar 23,9 per 1.000 kelahiran (37). Namun angka ini masih tergolong cukup tinggi apabila dibandingkan dengan angka kematian balita di negara Asia Tenggara lainnya, seperti Thailand dan Malaysia(38).

Adapun untuk kelompok rentan penyandang disabilitas, mengacu pada data yang dikeluarkan oleh Survey Ekonomi Nasional tahun 2018, dari sejumlah 30,4 juta jiwa penyandang disabilitas, 12% di antaranya memiliki disabilitas berat, 3% disabilitas sedang, dan sisanya disabilitas ringan(39). Berikutnya untuk kelompok rentan lansia, diketahui bahwa persentase penduduk lansia di Indonesia meningkat sekitar dua kali lipat menjadi 9,6% atau sekitar 25,64 juta orang(40). Kondisi ini menunjukkan bahwa Indonesia sedang bertransisi menuju ke arah penuaan penduduk. Kondisi ini tentu berdampak pada akan makin banyaknya penduduk Indonesia yang memerlukan layanan *homecare*, sementara jumlah layanan ini saat ini masih cukup terbatas.

Beberapa kelompok rentan yang masih belum optimal mendapatkan perhatian antaran lain Masyarakat Adat atau Komunitas Adat Terpencil, ODHA dan Pekerja Migran. Masyarakat adat atau komunitas adat terpencil (KAT), sebagai kelompok rentan yang dari pendataan statistic secara komprehensif belum pernah dilakukan di Indonesia. Sulitnya pendataan ini dilakukan karena banyak komunitas adat yang tidak memiliki dokumen legal seperti KTP, KK, dan akta lahir karena nilai-nilai Tabu. Tidak adanya dokumen tersebut juga menjadi salah satu faktor kenapa masyarakat adat ini sulit mengakses layanan kesehatan dasar yang berbasis data *by name by address*(41). Kelompok rentan berikutnya adalah Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Estimasi perhitungan jumlah ODHA hingga Maret 2020 mencapai 511.955 orang. Provinsi terbanyak kasus AIDS adalah Papua, Jawa Timur, Jawa Tengah, DKI Jakarta, dan Bali. Dari seluruh estimasi jumlah ODHA hingga Maret 2020, jumlah kumulatif ODHA yang masuk perawatan sebanyak 378.225 orang, yang sedang mendapatkan pengobatan ARV sebanyak 133.358 orang, dan yang *lost to follow up* sebanyak 50.774 orang(42). Penetapan prioritas pada kelompok ODHA boleh jadi dapat mewakili pengutamaan kepada kelompok yang mendapatkan stigmatisasi sosial, misalnya wanita dan anak-anak yang

mengalami kekerasan seksual. Kelompok rentan terakhir adalah para pekerja rentan, termasuk juga pekerja migran. Diketahui bahwa jumlah Pekerja Migran Indonesia (PMI) pada kurun waktu 2017-2019 mencapai 823.092 orang. Total pengaduan yang diterima pada tahun 2017-2019 mencapai 18.505 kasus, dimana 1.055 di antaranya adalah kasus sakit. Jumlah pengaduan sakit ini adalah kategori ketiga terbanyak setelah pengaduan *overstay* dan gaji yang tidak dibayar(43).

Pengembangan Kebijakan Kesehatan di Indonesia: Belajar dari Keberhasilan dan Kegagalan

Pengembangan kebijakan mengingatkan kita pada sistem dan siklus pengembangan kebijakan (*policy development cycle*) sejak formulasi, implementasi dan evaluasi kebijakan. Tahap formulasi diawali dengan agenda setting, penyiapan menjelang implementasi berlangsung dengan proses adopsi dan adaptasi kebijakan serta kemudian evaluasi, dengan kelaziman di setiap tahapan sungguh-sungguh berlangsung berbasis data dan bukti (*evidence based policy making proses*). Namun apakah semua tujuan besar yang diemban dalam makna kebijakan kesehatan sebagai bentuk respons, reaksi, bahkan *responsibility* dari pemerintah yang berwenang/memiliki otoritas terhadap *community problem* dengan tujuan untuk menyelesaikan, untuk menjadi solusi, senantiasa tercapai? Tentu saja kita tahu bahwa jawabannya adalah tidak. Beragam dan banyaknya permasalahan kesehatan yang kita hadapi, boleh jadi mencerminkan kegagalan kebijakan (*policy failure*) di Indonesia. Setiap tahap pada siklus pengembangan kebijakan dapat menjadi titik kegagalan.

Policy failure bahkan dapat terjadi di awal *policy process* (44) Mungkin itu sebabnya pembelajaran terpetik yang disampaikan Mc Connel adalah bahwa *policy failure* sama seperti *policy success* adalah “grey area” (45). *Policy failure* dalam setiap tahapan membuka ruang untuk mengundang kita semua dalam menjalankan peran check and balance, meyakini bahwa ada ruang untuk mengontrol, mengingatkan kembali bahwa kita semua sesungguhnya adalah subjek dalam pengembangan kebijakan.

Tidak semua wilayah merupakan *span of control*, karena bahkan banyak wilayah yang berada pada *sphere of influence*. Hal ini mendorong tingginya tuntutan menganalisis kebijakan sebagai suatu instrumen penting dalam proses pengembangan kebijakan, termasuk untuk menentukan prioritas politik dan kebijakan (46). Untuk Indonesia sebagai negara kepulauan terdiri dari lima pulau utama, 30 kepulauan kecil, berjumlah 18.110 pulau, kabupaten (415),

kabupaten administrasi (1), kota (93), dan kota administrasi (5) dalam 38 provinsi di Indonesia adalah mutumanikam nusantara yang sangat kaya dalam banyak hal, namun pula terkadang disebut sebagai laboratorium kesehatan masyarakat terbesar dan terpadat. Tidak hanya *double burden* tetapi *triple burden* dan bahkan *quarduple burden*, tantangan penyakit tidak menular, penyakit menular, masalah gizi dan kesehatan lingkungan serta *climate change* (47), selain pula *emerging* dan *new emerging diseases*.

Kompleksitas situasi dinamis di Indonesia membuat penggambaran pengembangan kebijakan kesehatan tak dapat dilakukan hanya dengan mengacu pada kerangka atau model baku yang telah ada. Diperlukan adaptasi dan penyesuaian kontekstualisasi dari kerangka sebelumnya untuk dapat menganalisis dan memahami situasi yang terjadi. Pendekatan teori klasik *Policy making process as a system*, David Easton (1965) tentang pengembangan kebijakan sebagai sebuah sistem yang terdiri dari input, proses, output, lingkungan yang dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, dan budaya serta politik adalah kerangka dasar yang menjadi lanskap-nya (bentang alam). (48).

Dinamika pada tahap input, yaitu bagaimana *demand* dan *support* diungkapkan oleh masyarakat serta *resources* untuk merespons *demand* relatif terlihat jelas. Namun pada tahap proses, dinamika berlangsung secara samar dan tertutup, Easton dalam model ini menyebutkan tahap proses tersebut sebagai *black box of policy making* (Easton's *black box*) atau kotak hitam pengambilan keputusan atau pembuatan kebijakan yang menutupi interaksi yang terjadi antar elit atau aktor pembuat kebijakan dengan nilai-nilai dan interest yang melekat⁵. Pada proses ini kerap terjadi tawar menawar posisi (*bargaining position*) untuk kepentingan dan tuntutan individu atau kelompok yang terlibat dalam pembuatan kebijakan tersebut (49).⁶ Selanjutnya, output keputusan atau kebijakan yang dihasilkan akan direspons oleh lingkungan kebijakan, dapat berupa persetujuan atau penentangan masyarakat. Respons tersebut kemudian menjadi

⁵ Berikutnya model analisis segitiga kebijakan dengan komponen *context*, *content*, *process* dan *actors* (65), mengantarkan pada pentingnya mendetailkan faktor atau variabel yang harus ada, termasuk bagaimana aktor resmi dan aktor non resmi (di luar pemerintah) (66)

⁶ Hal ini menjadi hasil penelitian disertasi penulis. Dari studi Privatisasi Rumah Sakit pemerintah di DKI Jakarta menyimpulkan bahwa Perda DKI Jakarta No 13, 14, 15 tahun 2004 adalah sebuah produk kebijakan yang penetapannya berlangsung sebagai sebuah sistem meliputi serangkaian komponen, proses, alokasi sumber daya, elit dan kekuasaan (Ayuningtyas, 2010). Poses pembuatan, pelaksanaan dan akhirnya pembatalan Perda tersebut melibatkan interaksi dan tarik menarik kepentingan elit politik dan non politik termasuk adanya intervensi kekuasaan dari level yang lebih tinggi. *Vested Interest* atau kepentingan yang melatarbelakangi elit tak hanya pada aspek material (keuntungan keuangan) tapi juga non material seperti nilai-nilai keyakinan/ideologi, visi, cita-cita.

sebuah umpan balik atau *feedback* yang dapat memengaruhi tuntutan dan dukungan pada tahap input formulasi kebijakan berikutnya.

Pada tahap implementasi, analisis dan penggambaran kebijakan pelayanan kesehatan primer pada masyarakat rentan dilakukan dengan menggunakan perspektif Van Meter Van Horn sebagai model pendekatan kebijakan *top-down*.” (50) . Model Van Meter & Van Horn (1975) memiliki enam variabel yang membentuk hubungan antara kebijakan dan kinerja (50). Keenam variabel tersebut adalah *policy standards and objectives* (Standar dan tujuan kebijakan yang jelas); *resources* (sumber daya); *interorganizational communication and enforcement activities* (Komunikasi antar-organisasi terkait dan kegiatan pelaksanaan); *the characteristics of implementing agencies* (Karakteristik organisasi pelaksana); *the economic, social and political environment* (Lingkungan sosial, ekonomi dan politik); *disposition of implementors* (Sikap para pelaksana). Tidak hanya hubungan antara variabel independen dan dependen, model ini juga menggambarkan hubungan antara variabel independen

Model Implementasi kebijakan Van Meter Van Horn saling mengisi dengan Model implementasi kebijakan Mazmanian, Sabatier (1983),(51). Model ini memiliki 16 variabel independen yang dapat memengaruhi kinerja implementasi kebijakan. Variabel tersebut dikelompokkan dalam tiga kategori, yaitu: 1) *tractability of the problem* (mudah tidaknya masalah diatasi dan dikendalikan); 2) *ability of statute to structure implementation* (kemampuan keputusan kebijakan menstrukturkan proses implementasi); dan 3) *non-statutory variables affecting implementation* (variabel di luar kebijakan yang memengaruhi implementasi). Tiga kategori variabel tersebut selanjutnya akan memengaruhi tahapan proses implementasi yang diawali penetapan kebijakan, kepatuhan kelompok sasaran terhadap kebijakan, dampak kebijakan (*actual and perceived impact*) serta terakhir revisi atau upaya revisi dari kebijakan itu sendiri.

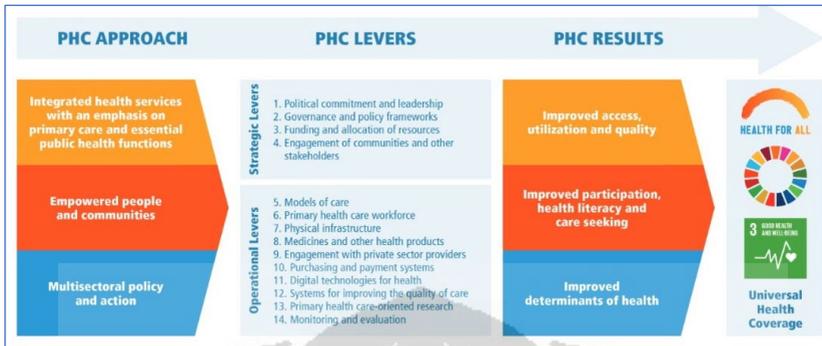
Adaptasi dan Kontekstualisasi Model Pengembangan Kebijakan di Indonesia

Perpaduan kerangka atau model implementasi kebijakan klasik yang telah ada sebelumnya dengan menggunakan segitiga analisis kebijakan (konten, konteks, proses) dan menggenapinya dengan konteks desentralisasi (ruang kebijakan/*decision space* Bossert), adalah sesuatu yang memperkaya analisis kebijakan untuk dapat memotret kompleksitas Indonesia. Selain itu model ini akan mengurangi potensi *policy failure*, terutama pada konteks pemerintah daerah agar “*decision space*” yang ada termanfaatkan secara optimal. *Decision*

space merupakan “aturan main” yang spesifik untuk pemerintah daerah sebagai perantara desentralisasi. *Decision Space* menangkap sejauh mana para pejabat lokal memanfaatkan kekuatan dalam pengambilan keputusan, sebagaimana penjelasan Bossert bahwa *decision space* selalu akan ada setiap aspek pengambilan keputusan (52). Akhirnya, ketika fokusnya adalah tentang bagaimana cita-cita deklarasi HAM, Alma Alta dan seterusnya, maka pembaruan dengan *visioning* WHO tentang *primary healthcare* melengkapi peta yang ada.

Teori Perubahan PHC memuat tiga komponen PHC sebagai pendekatan, 14 pengungkit, serta hasil yang dapat diwujudkan melalui PHC yaitu perbaikan akses, utilisasi dan kualitas; perbaikan partisipasi, literasi kesehatan dan perilaku pencarian layanan; perbaikan determinan kesehatan untuk mencapai SDGs dan UHC (53). Adapun pengungkit terdiri dari pengungkit strategis serta pengungkit operasional. Pelaksanaan aksi dan intervensi pada pengungkit operasional saja tidak akan efektif dalam mewujudkan PHC tanpa pengungkit strategis.

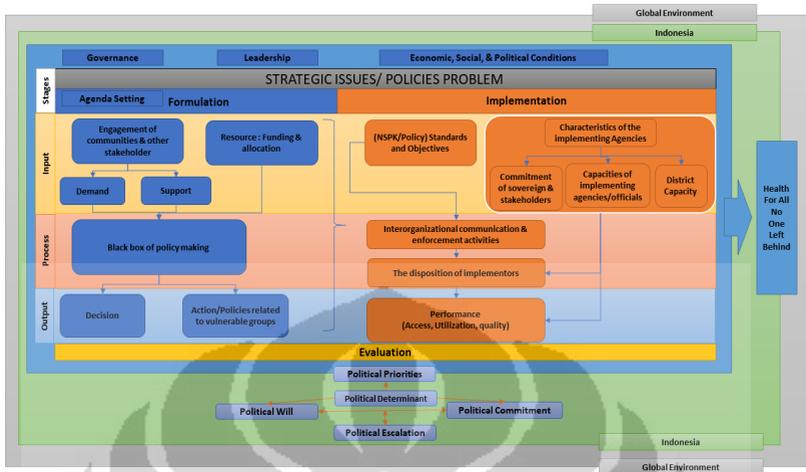
Pengungkit strategis pertama adalah komitmen politik dan kepemimpinan yang menempatkan PHC sebagai upaya inti dalam mewujudkan UHC dan memahami kontribusi PHC terhadap tercapainya SDGs. Dibutuhkannya struktur tata kelola, kerangka kerja dan kebijakan mendukung PHC yang membangun kerja sama lintas sektoral serta mempromosikan kepemimpinan komunitas adalah pengungkit strategis kedua. Adapun pengungkit strategis ketiga adalah pendanaan dan alokasi sumber daya. Dibutuhkan pendanaan adekuat bagi PHC yang memungkinkan mobilisasi dan alokasi upaya kesetaraan terhadap akses, penyediaan platform dan insentif untuk mendorong pelayanan berkualitas tinggi dan meminimalkan kendala finansial. Pengungkit strategis terakhir yaitu pelibatan komunitas dan pemangku kepentingan lainnya dari seluruh sektor untuk menetapkan masalah dan solusi, serta memprioritaskan aksi melalui dialog kebijakan.



Gambar 5. Teori Perubahan Primary Health Care (WHO and the UNICEF, 2020)

Model Prediktif Pengembangan Kebijakan Kesehatan bagi Kelompok Rentan: Penguatan Prioritas Politik

Lalu, telah cukup dan sungguh-sungguh utuh kah peta tersebut menggambarkan kompleksitas dinamika pengembangan kebijakan di Indonesia? Penentuan kebijakan di bidang kesehatan memang merupakan sebuah sistem yang tidak lepas dari keadaan di sekitarnya yaitu semua faktor-faktor sosial, politik, ekonomi, sejarah dan pengaruh faktor lainnya (54). Peta kerangka yang dibuat untuk menggambarkan pengembangan kebijakan kesehatan di Indonesia secara khusus pengutamaan bagi kelompok rentan, dikuatkan dengan adaptasi dan kontekstualisasi di Indonesia menjadi dasar untuk memunculkan usulan **Model Prediktif Penguatan Prioritas Politik pada Pengembangan Kebijakan Kesehatan** berikut ini:



Gambar 6. Dumilah A 2023, Pengembangan Dari Easton, V Horn V Metter, M Sabatier, WHO PHC, Bossert dengan Adaptasi dan Kontekstualisasi Di Indonesia

Health is a political choice, and politics is a continuous struggle for power among competing interests (55). Mengapa perlu menguatkan prioritas politik pada pengembangan kebijakan kesehatan? *Politics shapes policies, but policies also determine politics* (56). Politik membentuk kebijakan publik yang sejatinya menjadi solusi dari *community* atau *policy problem*. Namun kebijakan juga menentukan arah politik. Dinamika politik - yang kerap disebut pula sebagai “*the art of possibilities*”- pada kenyataannya tidak hanya berada di lingkungan luar kebijakan, melainkan memainkan peran strategis dan terintegrasi dalam setiap tahapan pengembangan kebijakan publik. Politik dimaknai pula sebagai kebijakan publik dan pengalokasian sumber daya yang terbatas. Penetapan dan penguatan prioritas politik artinya adalah mendorong lahirnya kebijakan publik sebagai refleksi keberpihakan pada kepentingan rakyat. Berawal dari penetapan *agenda setting* untuk formulasi kebijakan dengan pengakuan dan penerimaan terhadap *policy problem* dan dukungan *possible solution* dengan mengupayakan positif-kondusifnya *politic circumstances* (48).

Penguatan prioritas politik akan “memaksa” pengambil kebijakan untuk meningkatkan *Political will* yang mewakili kesediaan aktor/*stakeholder* untuk mengeluarkan energi dan daya upaya dalam mencapai tujuan politiknya yang tercermin sebagai *political behavioral* (57).

Namun tentu saja, penguatan prioritas politik tidaklah cukup hanya dengan kemauan politik (*political will*), melainkan harus terus didorong agar hadir *political commitment* dalam pengembangan kebijakan kesehatan khususnya bagi kelompok rentan. Komitmen politik adalah sebuah sikap yang terbuka, hadir karena adanya pengawasan yang kritis terhadap pengelolaan kekuasaan (58).

Dengan hadirnya *political commitment*, maka betapapun terbatasnya sumberdaya maka akan tetap muncul komitmen verbal, institusi, penganggaran. Artinya, jika kondisi politik memutuskan permasalahan pemenuhan kebutuhan kesehatan bagi kelompok rentan adalah prioritas, maka akan tercermin pengutamaan tersebut secara nyata dalam pembuatan dan implementasi politik, termasuk kesiapan kelembagaan dan juga penganggaran untuk mewujudkannya. Kita dapat bercermin pada bagaimana prioritas politik penanganan pandemi COVID 19, yang ditetapkan sebagai kedaruratan kesehatan masyarakat. Kesulitan di awal termasuk situasi yang sempat agak “*chaos*” pada akhirnya berubah menjadi dapat tertangani dengan kinerja yang baik (59). Dengan prioritas politik kebijakan selama pandemi, Indonesia berhasil mencapai prestasi lima besar negara dengan capaian vaksin tertinggi di dunia (60). Bahkan survei serologi Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) dan tim pandemi COVID-19 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI) dipimpin oleh Dr Pandu Riono dan Dr Iwan Ariawan, menunjukkan angka sebanyak 98,5 persen proporsi penduduk Indonesia sudah memiliki antibodi terhadap Sars Cov-2 penyebab COVID-19 pada Juli 2022. Porsi antibodi ini meningkat dari 87,8 persen saat survei serologi dilakukan pada Desember 2021 (61).

Health policy is about the process and the power, It is concerned with who influences whom in the making of policy, and how that happens) (27). Penguatan Prioritas politik pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan berarti menetapkannya pada prioritas urutan atas (*setting priority*) dalam pengembangan kebijakan sebagai *political determinant* yang terukur dengan *political will* dan *political commitment*. Pengukuran bagaimana prioritas politik hadir dalam sebuah kebijakan dapat dilihat melalui: (1) para pemimpin politik nasional (*stakeholder*) secara terbuka dan pribadi menyatakan keprihatinan yang berkelanjutan terhadap permasalahan yang diangkat (2) pemerintah, melalui proses pengambilan keputusan yang otoritatif, memberlakukan kebijakan yang menawarkan strategi yang dianut secara luas untuk mengatasi masalah tersebut; (Institusional) dan (3) pemerintah mengalokasikan dan mengeluarkan anggaran publik yang sepadan dengan cakupan kebijakan (62). Penguatan prioritas politik pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan tentu tidak akan mencukupkan

pemerintah untuk hanya memberikan komitmen dalam bentuk verbal, namun bagaimana komitmen pernyataan dapat berubah menjadi kebijakan yang legal dalam sebuah institusi sehingga pemerintah akan mengucurkan anggaran sesuai dengan kebutuhan kebijakan.

Model yang diajukan sesungguhnya merupakan *Evidence based Predictive Policy*, yang diharapkan bahkan dapat menjadi kerangka memprediksi berjalan baik atau tidaknya pengembangan kebijakan kesehatan bagi kelompok rentan, maupun secara luas kebijakan kesehatan di Indonesia, karena dikembangkan dengan adaptasi dan kontekstualisasi di Indonesia. Jika interaksi dinamis seluruh variabel yang terkait dengan pengembangan kebijakan menghasilkan resonansi positif (seluruh variabel memiliki karakteristik positif : baik, kuat, luas, tinggi), akan menguat keberpihakan dan prioritas politik terhadap sebuah isu atau permasalahan masyarakat. Hal ini bahkan akan tercermin sejak awal pada tahap formulasi kebijakan dan kemudian implementasi dan evaluasi. Prioritas politik termasuk di dalamnya *political will* dan *political commitment* sendiri akan sangat dipengaruhi oleh *strong-weak leadership*, *high-low* kapasitas daerah serta *good-bad governance*.

Dinamika ini didorong juga oleh kondisi lingkungan, yaitu eskalasi politik, baik dalam kondisi meningkat, bertahan ataupun laten (63), yang akan lebih terasakan dinamikanya pada waktu-waktu tertentu, misalnya pada tahun politik. Kesehatan sebagai komoditas yang digunakan sebagai kendaraan dalam pertarungan politik terjadi pada rangkaian pemilihan umum kepala daerah. Situasi ini tak hanya terjadi di Indonesia, namun juga di manca negara⁷ termasuk Kanada, seperti diungkapkan oleh Gray. Sekian waktu menjelang dilangsungkannya pemilu atau pada saat kampanye maka upaya perbaikan sistem kesehatan, pelayanan kesehatan gratis bermutu, penjaminan obat seperti menjadi mantra yang selalu didengungkan oleh para kandidat, atau juga pemegang kekuasaan yang ingin melanjutkan dan mempertahankan kekuasaannya. Namun kerap kali selepas pemilihan umum, kesehatan kembali menjadi sekadar sehelai kartu poker di meja perjudian politik (64).

Selain itu, terutama pada implementasi kebijakan juga akan dapat diprediksi bagaimana wilayah pengambilan keputusan (*decision space*) di lapangan (*wide-narrow*), seberapa besar *decision space* (ruang pengambilan keputusan) sesungguhnya merupakan abstraksi dari *leadership and governance* (52) juga relasi pusat daerah pada konteks desentralisasi. Proses yang sama penting nya dengan formulasi dan implementasi kebijakan

⁷ Merupakan salah satu dari janji kampanye yang disampaikan oleh kedua kandidat dalam Pemilu Kanada di daerah masing-masing, yaitu pelayanan kesehatan gratis bagi warga yang kurang mampu.

adalah evaluasi kebijakan yang tidak hanya dilakukan di akhir implementasi kebijakan namun dalam setiap proses yang terjadi.

Penutup Refleksi Implikasi Kebijakan

Izinkan saya mensyukuri forum penting dan terhormat ini, karena dihadiri oleh berbagai stakeholder utama dan mewakili pentahelix, ABCGM (*Academician, Business, Community, Government* dan *Media*), dan memposisikannya sebagai *policy forum*. Untuk menyampaikan langsung kepada pengambil keputusan dan pengambil kebijakan sebagai sebuah advokasi tentang penting dan mendesaknya penguatan prioritas politik kesehatan bagi kelompok rentan.

Keberpihakan pada yang paling membutuhkan pelayanan kesehatan namun memiliki keterbatasan untuk memenuhinya secara mandiri menjadi dasar dan rasionalisasi urgensi penguatan prioritas politik pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan. Untuk mengupayakan terpenuhinya kebutuhan mendapatkan pelayanan kesehatan dan kesempatan yang sama untuk mendapatkan ruang mengakses serta menjangkau pelayanan kesehatan agar tak ada seorang pun yang tertinggal maka penguatan prioritas politik menjadi sebuah kemestian.

Atas dasar itu penguatan Prioritas Politik untuk kebijakan kesehatan bagi kelompok rentan dapat ditandai dan diawali dengan mendefinisikan kembali posisi kelompok rentan dalam PHC. Memikirkan ulang, “*Re-thinking*” kelompok rentan meliputi definisi, hierarki peraturan terkait kelompok rentan dan digitalisasi data kelompok rentan. Proses mereviu dan mendefinisikan kembali pengertian kelompok rentan di Indonesia penting dilakukan dengan mengingat bahwa kelompok rentan adalah subjek yang dapat berdaya dan keluarga adalah produsen utama kesehatan (67). Pengalaman pada masa penanganan pandemi COVID-19 memunculkan definisi kelompok rentan baru pada kondisi kedaruratan dan kebencanaan. Oleh karena itu kesepakatan multisektoral dibutuhkan untuk memastikan kategori kelompok rentan di Indonesia sesuai dengan kekhasan konteks Indonesia.

Sementara dari sisi hierarki peraturan, selain UU no 39 tahun 1999 tentang HAM, Kemenhumkam telah mengeluarkan Peraturan Menteri Hukum dan HAM (Permenkumham) No. 25 tahun 2013 tentang Kriteria Kabupaten/Kota Peduli HAM dan disempurnakan dengan Permenkumham No. 34 tahun 2016. Permenkumham ini menjadi dasar pemberian predikat daerah peduli HAM kepada beberapa Kabupaten/Kota di Indonesia dan kemudian Permenkumkam No.2 Tahun 2022 tentang Pelayanan Publik Berbasis Hak Asasi Manusia, dapat

menjadi pertimbangan untuk pengkajian dan pengusulan hierarki peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi agar menjadi landasan untuk penguatan kewajiban kabupaten dan kota dalam pemenuhan hak mendapatkan pelayanan kesehatan dasar. Ketika situasi yang ideal belum hadir maka muara harapan dari kebijakan pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan saat ini adalah komitmen menyegerakan penguatan prioritas politik yang diwujudkan dalam bentuk kebijakan afirmatif (*affirmative policy*).

Memanfaatkan momentum proses yang bergerak cepat dalam pembahasan RUU Kesehatan Omnibus Law adalah kemestian untuk memastikan paradigma kesehatan masyarakat *health in all policy* terakomodasi di dalamnya. Pembentukan Komite Kebijakan Kesehatan yang telah tercantum dalam RUU menjadi catatan positif yang memunculkan harapan untuk membangun sistem kesehatan yang semakin baik, dan mendorong meneruskan enam pilar transformasi sistem kesehatan. Beberapa catatan kritis-konstruktif terkait adalah tentang penyiapan pemanfaatan dan kehadiran dokter spesialis asing dan dokter spesialis WNI lulusan luar negeri di wilayah terpencil (DTPK), tentang penetapan otoritas posisi BPJS sebagai badan hukum publik yang mandiri, tentang kepemimpinan kesehatan masyarakat pada pengelolaan fasilitas kesehatan di FKTP dan akar rumput, tentang kepemimpinan formal di rumah sakit yang mengedepankan terutama kompetensi administrasi pengelolaan rumah sakit, tentang penetapan otoritas posisi BPJS sebagai badan hukum publik yang mandiri, juga serupa dengan independensi posisi Konsil Kedokteran dan Konsil Tenaga Kesehatan.

Target pembangunan kesehatan tidak dapat dicapai jika kelompok rentan tidak memiliki akses pada pelayanan kesehatan dasar (35). Tersedianya data dan informasi yang lengkap mengenai kelompok masyarakat rentan perlu diprioritaskan untuk mempertajam analisis situasi dan memunculkan solusi dari berbagai permasalahan yang dihadapi. Penetapan kebijakan transformasi digital memudahkan Kementerian Kesehatan untuk memastikan teridentifikasinya data kelompok rentan. Langkah besar telah dilakukan Kementerian Kesehatan dengan mengintegrasikan data dan informasi kesehatan penduduk Indonesia dan mengubah aplikasi pedulilindungi menjadi satuselhat. Digitalisasi layanan kesehatan dan pula telemedisin dapat dipertimbangkan menjadi bentuk kebijakan afirmasi bagi kelompok rentan.

Bagaimana pemerintah menetapkan prioritas politik dalam merespons tuntutan eksternal termasuk lingkup global, dengan tetap menjawab tuntutan internal untuk menjamin hak sehat bagi setiap warganegaranya bahkan pada hal yang sangat masih mendasar (*primary health care*, pemenuhan layanan kesehatan esensial, penunjaian SPM) merupakan tantangan tersendiri. Nilai penting kesehatan adalah Hak Asasi Manusia (*right to health*) menjadikannya

sebagai sektor strategis yang berpengaruh pada ketahanan kesehatan. Pada sudut pandang ketahanan negara, upaya mengatasi kesenjangan kebijakan kesehatan dan mengurangi resonansi negatif interaksi antar faktor pengembangan kebijakan kesehatan, dapat menguatkan Indonesia sebagai bangsa dan negara menghadapi tantangan dan ancaman disintegrasi bagi Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Pada bagian penutup ini, izinkan secara tulus saya mengucapkan terima kasih tidak terkira kepada banyak pihak, atas kebaikan, dukungan dan manfaat yang telah saya rasakan yang tidak akan pernah mampu terbalaskan, kecuali dengan mengangkat kedua belah tangan, menengadahkan kepala meminta sepenuh hati dan berdoa khusus kepada Allah SWT Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang agar melipatgandakan pahala kebaikan bagi semua. Dengan hormat dihaturkan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi Republik Indonesia yang telah mengangkat saya menjadi Guru Besar dalam bidang Ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan per tanggal 12 Desember 2022.
2. Rektor UI Prof. Ari Kuncoro, S.E., M.A., Ph.D.
3. Dan Dewan Guru Besar UI di bawah pimpinan Ketua Dewan Guru Besar Prof. Harkristuti Harkrisnowo, SH, MA, Ph.D yang telah mengukuhkan saya pada hari ini.

Terima kasih kepada:

4. Wakil Rektor Bidang Akademik dan Kemahasiswaan Prof. Dr. rer. nat. Abdul Haris,
5. Wakil Rektor Bidang Keuangan dan Logistik Vita Silvira, S.E., Ak., MBA., CA,
6. Wakil Rektor Bidang Riset dan Inovasi drg. Nurtami, Ph.D., Sp,OF(K),
7. Wakil Rektor Bidang SDM dan Aset Prof. Dr. Ir. Dedi Priadi, DEA dan
8. Sekretaris Universitas dr. Agustin Kusumayati, MSc, PhD

Terima kasih saya ucapkan kepada jajaran Senat Akademik Universitas Indonesia:

9. Ketua SAU Prof. Nachrowi Djalal Nachrowi, MSc., MPHil., Ph.D.
10. Sekretaris SAU Yudho Giri Sucahyo, Ph.D, CISA, CISM

Terima kasih saya ucapkan kepada:

11. Ketua Dewan Guru Besar FKM UI Prof. Dr. drg. Indang Trihandini, M.Kes,
12. Sekretaris DGB FKM UI Prof. Dr. Budi Haryanto, SKM, MKM, MSc, dan seluruh anggota Dewan Guru Besar FKM UI:
 - Prof. dr. Amal Chalik Sjaaf, SKM, Dr.PH,
 - Prof. dr. Ascobat Gani, MPH, Dr.PH,
 - Prof. dr. Asri C. Adisasmita, MPH, M.Phil, Ph.D,
 - Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, ScD,
 - Prof. Budi Hidayat, SKM, MPPM, Ph.D,
 - Prof. dr. Budi Utomo, MPH, Ph.D,
 - Prof. dr. Endang L. Achadi, MPH, Dr.PH,
 - Prof. dra. Fatma Lestari, MSi, PhD,
 - Prof. dr. Hadi Pratomo, MPH, Dr.PH,
 - Prof. dr. Haryoto Kusnopranto, SKM, Dr.PH,
 - Prof. Dr. dr. I Made Djaja, SKM, M.Sc,
 - Prof. Dr. drg. Jaslis Ilyas, MPH,
 - Prof. Dr. dr. Kusharisupeni Djokosujono, MSc,
 - Prof. Dr. dr. Meily L. Kurnia Widjaja, Sp.OK, M.Sc,
 - Prof. dr. Meiwita P. Budiharsana, MPA, Ph.D,
 - Prof. drg. Nurhayati Adnan, MPH, MSc, ScD,
 - Prof. Dr. dr. Rachmadhi Purwana, SKM,
 - Prof. Dr. dr. Ratna Djuwita, MPH,
 - Prof. Dr. dra. Ratu Ayu Dewi Sartika, Apt., MSc,
 - Prof. Dr. dr. Sabarinah, MSc,
 - Prof. Dr. drg. Sandra Fikawati, MPH,
 - Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, SKM, MSc,
 - Prof. Dr. dr. Sudarto Ronoatmodjo, SKM, MSc,
 - Prof. Dr. dr. Sudijanto Kamso, SKM,
 - Prof. Dr. Umar Fahmi Achmadi, MPH, Ph.D,
 - Prof. drh. Wiku Bakti Bawono Adisasmito, M.Sc, Ph.D.,
 - Prof. Dr. drg. Mardiaty Nadjib, M.S.,
 - Prof. dr. Kemal Nazaruddin Siregar, S.K.M., M.A., Ph.D.,
 - Prof. Dr. Dra. Evi Martha, M.Kes.,

- Prof. dr. Mondastri Korib Sudaryo, M.S., D.Sc.,
- Prof. Dr. Dra. Dewi Susanna, M.Kes.
- Prof. Dr. Drs Bambang Wispriyono, Apt
- Prof. Dr .drg., Wachyu Sulistiadi, MARS

Terima kasih kepada Ketua dan Sekretaris Senat Akademik Fakultas, Prof. Dr. Drs Bambang Wispriyono, Apt dan Dr. Puput Oktamianti, SKM, MM, serta seluruh anggota Senat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Terima kasih kepada Tim Penilai Karya Ilmiah, yakni Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, ScD, Prof. drh. Wiku Bakti Bawono Adisasmito, M.Sc, Ph.D., dan Prof. Dr. drg. Mardiaty Nadjib, M.S yang selalu memberikan dukungan dalam proses pengajuan hingga saya dapat sampai pada pengukuhan Guru Besar di hari ini. Kiranya Allah SWT akan membalas segala kebaikan serta melindungi setiap langkah Bapak dan Ibu sekalian.

Terima kasih kepada Pimpinan Fakultas pada priode lalu, pejabat Dekan FKM UI, Prof. Dr. dr. Sabarinah Prasetyo, M.Sc., Wakil Dekan Bidang Pendidikan, Penelitian dan Kemahasiswaan Dr. Ir. Asih Setiarini, M.Sc. Wakil Dekan Bidang Sumber Daya, Ventura dan Administrasi Umum Prof. dr. Asri C. Adisasmita, MPH, M. Phil, Ph. D. atas energi positif dan dukungan moril yang begitu luar biasa untuk saya. Semoga apa yang menjadi cita-cita luhur FKM UI sejak dahulu kala, yakni terus mencetak agen perubahan yang berkualitas untuk pengembangan ilmu, teknologi, dan pendidikan kesehatan masyarakat dapat kita wujudkan dan kawal bersama.

Terima kasih kepada Dekan FKM UI Prof. dr. Mondastri Korib Sudaryo, MS, D.Sc, Wakil Dekan Bidang Pendidikan, Penelitian dan Kemahasiswaan Dr. Ir. Asih Setiarini, M.Sc, Wakil Dekan Bidang Sumber Daya, Ventura dan Administrasi Umum Dr. Milla Herdayati, SKM, M.Si dan semua jajaran manajerial di dekanat FKM UI yang amat telah mendukung, memacu dan kebersamai seluruh staf pendidik dalam menjalankan peran tridarma perguruan tinggi.

Kepada tim PAK, yang dipimpin oleh Prof. dr. Asri C. Adisasmita, MPH, M.Phil, Ph. D., para ketua dan wakil tiap departemen serta para guru besar Senat Akademik Fakultas

yang telah memberikan curahan perhatian dan dukungan yang begitu besar untuk jenjang karier akademik para tenaga pendidik, saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya. Kiranya setiap pencapaian yang berhasil diraih dapat menjadi cambuk kontribusi yang lebih baik untuk pencapaian visi dan misi FKM UI.

Terima kasih kepada tim Sumber Daya Manusia (SDM) FKM UI, yakni Lilis Komariyah, Dwi Asijati, Asma Nabilah, Arisa Tika Wahyuliza, Ferry Hasanudin, Eddy Sasmita, Nur Asih Anggraeni, Prilly Wiashari, dan Sigit Prasetyo, serta tim SDM UI, yakni Arham Akbar, Bu Muthiah dan Pak Agus Anang. Peran penting tim SDM, baik di tingkat fakultas maupun universitas dapat amat memengaruhi semangat kerja para tenaga pendidik, itulah yang saya rasakan dalam menjalani proses selama ini. Semoga setiap lelah yang dirasakan dapat berbuah kebaikan, aamiin Ya Rabbal Alamin.

Terima kasih kepada para Ketua Jurusan dan Ketua Departemen AKK, (1) Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH., Ph.D dan Prof. Dr. drg. Mardiaty Nadjib; (2) M.S; dr. Adang Bachtiar, MPH., DSc dan Dr. Pujiyanto, S.KM., M.Kes. ; (3) Dr. Pujiyanto, S.KM., M.Kes dan Almh dr. Mieke Savitri, M. Kes serta Vetty Yulianty Permanasari, S.Si., M.P.H.; (5) Dr. Pujiyanto, S.KM., M.Kes dan Dr. Atik Nurwahyuni, SKM, M.Kes. Suka dan duka dalam perjuangan mengembangkan Departemen AKK telah dilalui bersama. Semoga Allah SWT menjadikan setiap perjuangan yang telah dilakukan sebagai amalan yang dapat membantu jalan kita kelak, di kehidupan yang kekal.

Secara khusus, kepada Sekretaris Departemen AKK Dr. Atik Nurwahyuni, SKM, M.Kes, adik dan teman seperjuangan, terima kasih atas kerjasama, kepercayaan, dan dukungan yang telah diberikan kepada saya. Semoga Allah SWT membalas segala kebaikan dan memudahkan setiap niat luhur yang tengah kita wujudkan.

Terima kasih kepada guru-guru, kakak, adik di keluarga besar di Departemen AKK, dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc, Prof. Ascobat Gani MPH PhD, Prof. Dr. drg. Mardiaty Nadjib, M.S, Prof. dr Amal Chalik Sjaaf, PhD, Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, ScD, Amila Megraini, SE, MBA, Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM, Prof.Budi Hidayat MPPM.PhD, Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, DrPH, Helen Andriani, S.Si, MSc, PhD, Prof. Dr. drg. Jaslis Ilyas, MPH, Kurnia Sari, SKM, MSE, drg. Masyitoh, MARS,

Prastuti Soewondo, SE, MPH, PhD, Dr. Pujiyanto, SKM, M.Kes, Dr. Puput Oktamianti, SKM, MM, Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, Ph.D, Septiara Putri, SKM, MPH, Vetty Yulianty Permanasari, S.Si, MPH, Dr. drg. Wahyu Sulistiadi, MARS, Prof. drh. Wiku B.B. Adisasmita MSc PhD., Prof. dr. Alex J.A. Papilaya, DTPH, Dr. dr. Hendrik M. Taulany, MPH, drg. Mary Wangsarharja, DDPH, alm. dr Fahmi D. Saifudiin MPH, alm. Prof. dr. Does Sampoerna, MPH, alm. dr. Peter A.W. Pattinama, SKM, alm. dr. Mieke Savitri, M.Kes, alm. Dr. drg. Ronnie Rivany, MSc, alm. dr. Suprijanto Rijadi, MPA, PhD, alm. Dr. dr. Sandi Iljanto, MPH, dan almh. Prof Dr. dr. Adik Wibowo MPH. Sungguh setiap tawa, tangis, harapan, dan doa dalam kebersamaan yang telah dilewati menjadi kenangan dan perjalanan yang sangat saya syukuri. Terima kasih karena tidak hanya selalu hadir sebagai rekan kerja, melainkan keluarga terbaik yang mendukung semua anggotanya untuk terus bertumbuh. Kiranya Allah SWT selalu menjaga kita semua dalam kebaikan.

Terima kasih kepada seluruh rekan staf dosen, tenaga kependidikan, kesekretariatan Departemen AKK FKM UI yang selalu kebersamai dan membantu segala urusan saya selama ini. Terima kasih yang tulus, saya sampaikan kepada Supriyono, Rukman, Amri, Rohili Rohidin, Andri, Almh Nurbaiti, kepada Dian Murni Mardiani, Nur Evny, SKM, Citra Permata Hati, SKM, Ayuna Rifqi, SKM.

Terima kasih kepada keluarga besar CHEPS dan CHAMPS, Prof. Budi Hidayat, SKM, MPPM, Ph.D, Amila Megraini, S.E., M.B.A., Tresnasari Satya Puteri, SKM, MKM, Eny Juliati, SKM, MKM, Anita Pebrina, SKM, ME, Aulia Khairina Khairil, SKM, MPH, dan Anggi Pratiwi. Sebagai wadah aktualisasi diri serta pengabdian kepada masyarakat dan negara, terima kasih atas telah memperkuat jalan perjuangan ini.

Kepada seluruh tim pengelola jurnal di bawah naungan Departemen AKK, yakni Jurnal Kesehatan Masyarakat FKM UI; *Journal of Indonesian Health Policy and Administration* (HIPA) FKM UI; *ASEAN Journal of Community Engagement* (AJCE); Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia (JEKI); Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia (ARSI). Terkhusus Putri Kurniasasi, SKM; Annisa Atiya, SKM; Maulida Istiqlalayah, SKM; dr. Mega Utami, MKM; Eka Safitri S, SKM; Ratih Oktarina, SKM; Irfan Maulana, SKM; dan Anita Pebrina, SKM, ME, terima kasih atas segala daya dan

upaya yang telah dilakukan untuk mendukung Departemen AKK dalam kontribusi pada bidang publikasi ilmiah, hingga manfaatnya dapat dirasakan sampai dengan saat ini.

Terima kasih saya ucapkan kepada pembimbing saya, Prof. Arjatmo Tjokronegoro dan Prof. Indrawati Gandjar sebagai pembimbing S1 saya di Biologi FMIPA UI; Dr. Drg. Wahyu Sulistiadi, MARS dan Dr. Adang Bachtiar Kantaatmadja, MPH. DSc sebagai pembimbing saya di Pasca Sarjana FKM UI Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit; dan Prof. Valinka Singka Subekti serta Prof. Maswadi Rauf, M.A. sebagai pembimbing saya di Pendidikan Doktor FISIP UI Departemen Ilmu Politik, Ilmu Politik Peminatan Politik Kebijakan Kesehatan. Terima kasih dan doa saya sampaikan untuk promotor saya, (Alm.) Prof. Burhan D Magenda, MA dan (Almh) Dr.dr. Endang Rahayu Sedyaningasih, M.PH Menteri Kesehatan Kabinet Indonesia Bersatu II.

Terimakasih kepada Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya JKN dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc, Dr. Noor Arida Sofiana MBA dan anggota; Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI); Tim dan anggota Lembaga Akreditasi Mandiri Perguruan Tinggi Kesehatan Indonesia (LAM-PTKes); Perkumpulan Institusi Pendidikan Magister Administrasi Rumah Sakit (PIP-MARSI); Ketua Eksekutif KARS Dr. Sutoto, M.Kes., FISQUA; Ketua Umum IKKESINDO Dr. dr. Supriyanto, Sp.P., MARS; rekan-rekan Ikatan Ahli Manajemen dan Adminitrasi Rumah Sakit (IKAMARS); dan anggota Ikatan Ahli Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (IAMARSI).

Terima kasih kepada Ketua Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) dr. Bambang Wibowo, Sp.OG(K), MARS; Pimpinan Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan, Dr. Fahrul W. Arbi, SpA, MARS dan Dr. Mohamad Rifki, SpOG; Direktur Utama RSUI dr. Astuti Giantini, Sp.PK, MPH; Direktur Utama RSCM dr. Lies Dina Liatuti, Sp.JP(K), MARS, FIHA; Direktur PON dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K), KIC, MARS; Dirut RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Dr.dr. Iwan Dakota Sp.JP(K), MARS, FIHA, FESC,FACC, FSCAI; Kepala RSPAD Letnan Jenderal TNI dr. Albertus Budi Sulistya, Sp.THT-KL (K), M.A.R.S. ; Kepala Pusat Riset Kedokteran Preklinis dan Klinis BRIN Harimat Hendrawan; Direktur Direktorat Jenderal Ketenagaan Kesehatan

drg. Ariyanti Anaya, MKM; Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP(K) (Menteri Kesehatan ke-15. Masa Jabatan tahun 2004-2009); Semua pengurus Yayasan Tunas Bakti Nusantara. Terima kasih kepada kolegium dan anggota Forum AKK; rekan-rekan di CHAMPS and CHEPS (Center for Health Economics and Policy Studies) Universitas Indonesia; anggota forum Interdisciplinary Corruption Research Network (ICRN); anggota forum European Consortium for Political Research (ECPR); dan rekan-rekan dalam Exchange Program Youth leader Moslem (Indonesia Australia) 2003 Australia Global Alumni in Indonesia.

Terima kasih juga saya ucapkan kepada seluruh mahasiswa saya. Semua yang telah membantu saya dalam penelitian, staf peneliti, asisten dosen yang siap sedia dan tanggap membantu, serta mahasiswa-mahasiswa bimbingan S1, S2, dan S3 yang tidak pernah menyerah untuk belajar serta menjadi pribadi yang lebih baik. Selalu menjadi kesempatan yang membahagiakan proses belajar bersama selama ini. Juga beberapa yang ikut serta dalam tim penelitian yaitu Ni Nyoman Dwi Sutrisnawati, S.Ked., MARS, Dr. Ria Christine Siagian, S.Si, Apt, M.Sc, Dr. Sandra Barinda, S.Si, Apt, M.Si, Riani Rachmawati, Dionisius, dr. Mega Utami, MKM, Farida MKM, Sayyidatul Munawaroh, Cindy Margaretha, Ayudina Larasati, Sahfira Ulfa, Berikutnya para mahasiswa yang membantu dan mendukung penyiapan, Eme Stepani Sitepu, Ambo Sakka, Chreisy K.F. Mandagi, Ester Indahyani Jusuf, Etik Retno Wiyati, Putri Citra Cinta Asyura Nasution, Ronny S, Fitrah Reynaldi.

Untuk tim hebat yang melingkar dekat saat penyiapan, yang tak kenal lelah pagi siang sore malam antara lain: Ratih. Oktarina, SKM., Sevina Susilia S.Sos., drg. Aditia Putri., drg. Anzany Tania Dwi Putri, Sp.PM., Prasetyaning Jati, SKM., Intan Nabiila, SKM., Naurah Nazihah, S.Si dan Annisa Nuraini S.Si. Untuk Naurah Nazihah, yang telah banyak membantu persiapan pembuatan video, ppt, dan lain-lain. Serta setia mendampingi proses belajar mahasiswa dan mendukung kebutuhan administrasi. Terkhusus Sevina Susilia S.Sos dan Ratih. Oktarina, SKM., yang telah amat panjang kebersamaan perjuangan saya sejak studi doktoral, menulis buku, artikel ilmiah, menghidupkan jurnal di departemen AKK, dll. Jazakumullah khair semoga Allah membalas kebaikan Vivin, Ratih, Iput, Anzani, Tya, Intan, Naurah dan Nisa; dengan

kebaikan yang jauh lebih baik, semoga apa-apa yang dicita-citakan juga tercapai, dan semoga silaturahmi kita terjaga hingga ke Jannah-Nya.

Kepada tim berlima berkembang; Prof. Dr. drg. Mardiaty Nadjib, M.S, Dr. Pujiyanto, S.KM., M.Kes, Dr. Atik Nurwahyuni, SKM, M.Kes, Amila *Megraini*, SE., M.B.A., terima kasih telah memberi shelter untuk terus bercanda, tertawa menikmati tanaman, kembang, kucing dan hal-hal nano-nano lain. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat kepada kita.

Terima kasih saya ucapkan kepada tamu undangan dari Institusi Perguruan Tinggi dan Universitas yang terhormat, Guru Besar Universitas Andalas Prof. Dr. dr. Rizanda Machmud, M.Kes; Guru Besar dan Dekan FKM UNHAS Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D serta Prof. Dr. dr. Razak Thaha, M.Sc; Guru Besar UGM Prof. dr. Adi Utarini, M.Sc., MPH., Ph.D dan Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc., Ph.D; Guru Besar UNSRI Prof. Dr. dr. Fachmi Idris, M.Kes.; Guru Besar dan Dekan FKM USU Prof. Dr. Dra. Ida Yustina, M.Si; Guru Besar UNRAM Prof. Dr. Mansur Affii; Guru Besar dan Kaprodi Doktor Kesehatan Masyarakat UNS Prof. dr. Ari Natalia Probandari, MPH., Ph.D.; Guru Besar UNAIR Prof Dr. drg. Nyoman Anita., MS.

Terima kasih tidak lupa saya ucapkan juga kepada Rektor UNIZAR Dr. Ir. Muh. Anshar, MP; Dekan FKM Unsri Dr. Misnaniarti, S.K.M., M.K.M.; Dekan FKM UNDIP Dr. Budiyo, S.KM., M.Kes.; Dekan FKKMK UGM Dr. Yodi Mahendradhata, M.Sc., PhD; Dekan FKM UNAIR Dr. Santi Martini, M.Kes; dan Dekan FKM Universitas Andalas Defriman Djafri, S.KM., M.KM., Ph.D.

Terima kasih saya ucapkan kepada hadirin yang saya hormati, Dr. IR. H. Nanang Samodra, KA., M.Sc.; Komjen Pol Dr. drs. Boy Rafli Amar, MH; Kapolda Jatim Irjen. Pol. Dr. Drs. Toni Harmanto, M.H.; drg. Nora Tristyana, MARS; Dekan FK UNJANI Jend (Purn). Dr. Sutrisno, dr., SH., MARS., MH.Kes., FISQua; Kadinkes Provinsi NTB dr. H. Lalu Hamzi Fikri, MM, MARS; Kadinkes Provinsi Kalimantan Tengah Dr. dr. Suyuti Syamsul, MPPM; Mayor Jenderal TNI (Purn.) dr. Budiman, Sp.BP-RE(K)., MARS.,MH. dan Direktur Profesional Tenaga Kesehatan RSPAD Brigadir Jenderal TNI dr. Dewi Puspitorini, Sp.P., MARS; Kepala Pusat Kebijakan Sistem Ketahanan

Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan Dr. I Gede Made Wirabrata, S.Si., Apt., M.Kes., M.M., M.H.

Terima kasih saya ucapkan kepada Keluarga Besar Blankons (LO) Prof. dr. Kuntoro, MPH. dr. PH (Unair), Prof. Dr. dr. Abdul. Razak Thaha, M.Sc, SpGK, Prof. dr. Veny Hadju, M.Sc, Ph.D (Unhas), Alm Abah Husni Muadz PhD, Ir. H. Anwar Fachry, M.Sc., Ir. Ahmad Zaini, M.A, Ph.D (Unram), Dr. Weka Gunawan, M.Kes., Ph.D, Prof. dr. Hari Kusananto Josef, SU., Dr.PH (UGM), Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH., Ph.D., Dr. dr. Triono Soendoro, PhD, Dr. H. Hayyan UI Haq, S.H, LL, M.Ph.D., Fajar Ariyanti, S.K.M., M.Kes., Ph.D., Drs. Untung Waluyo, M.A., Ph.D., dan semua yang selalu mengajarkan kerendahan hati dalam berilmu dan kegembiraan dalam belajar.

Terima kasih kepada teman dan sahabat saya yang telah kebersamai dalam proses belajar, menemani dan mengisi perjalanan kehidupan saya dengan kegembiraan. Mohon maaf tidak disebutkan satu persatu namanya. Untuk teman-teman TK Bu-Kar Bukit Duri Puteran, Tebet; SD Negeri 01 Bukit Duri Puteran, Tebet; SMP Negeri 3 Manggarai Utara; SMA Negeri 8 Jakarta; Teman-teman Biologi FMIPA UI; Teman-teman di Pasca Sarjana KARS FKM UI; dan teman-teman di Pendidikan Doktor FISIP Politik UI. Terima kasih untuk teman-teman saya, Margareta Hanita, Retnosari, Dwi Sulistyawati, Nurachmi, Setiaji, Dedi pud dan Lina, Ujianto Singgih, Setya Heru. Teman-teman Arisan Danau Kenanga dan Taman Surga yang telah menyempatkan untuk hadir hari ini.

Tidak lupa juga saya berterima kasih kepada guru-guru saya, dari guru mengaji, (Alm.) Kyai Rahmat, guru-guru mengaji di mushola, dan guru TK saya, Ibu Karsono. Terima kasih juga untuk wali kelas saya di SMA Negeri 8 Jakarta, Bapak Drs. Tatang Sutarsa, yang hadir di sini, semoga Allah Swt membalas jasa-jasanya selama ini.

Terima kasih untuk *support system* rumah 99: (Alm.) Pak Yasin, (Alm.) Mang Muslim, Mang Agus, Pak Muhtar, dan Mang Rendi yang telah bergantian dalam waktu yang panjang setia mengantar dalam perjalanan menempuh pendidikan dan menunaikan tugas. Juga yang berturut-turut selalu sabar, tulus, dan siap membantu urusan rumah selama ini ditengah-tengah kesibukan saya, Ponirah, Suparni, Mbak Sri, Bu Kar, Bu Mar.

Terima kasih yang sebesar-besarnya untuk mertua tersayang, (Alm.) H. Rochjat MT dan (Almh.) Hj. Mintarsih, serta adik-adik ipar, Keluarga besar Mirama, juga keluarga besar Alm Soenardi doa yang tak putus diberikan kiranya menjadi kekuatan bagi saya untuk terus melangkah. Juga untuk besan-besan saya, Bapak Pujo Ahmad Baihaqi dan Ibu Muliati, (Alm.) Bapak Anshor Syafi'ie dan Ibu Siti Nurhasanah, serta Bapak Lutfie Aseptari dan Ibu Ida Yusmiati yang hadir disini, terima kasih banyak atas kebaikan dan dukungannya.

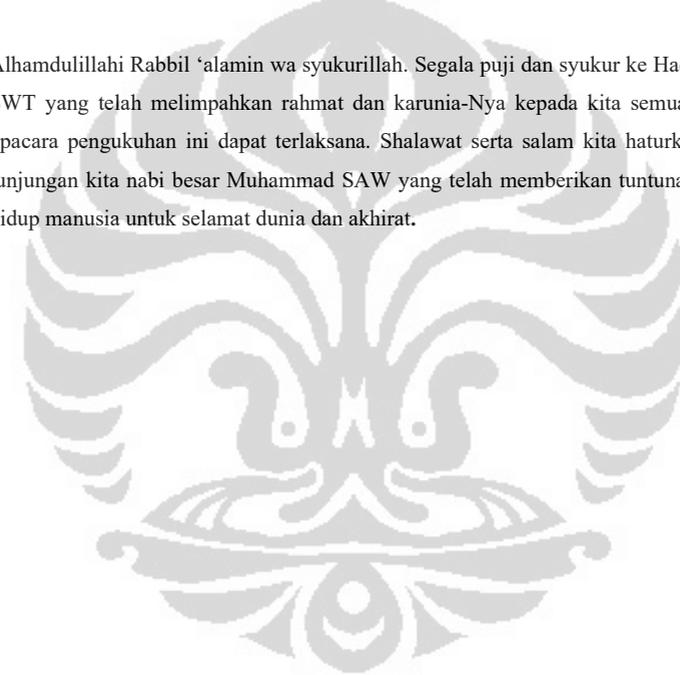
Seluruh kakak dan adik saya, saya sangat bersyukur bisa terlahir di keluarga ini dan tumbuh besar bersama kalian. Terima kasih atas keluasaan hati, semua doa dan dukungan, serta nasehatnya. Terima kasih selalu berada di sisi saya di kala senang maupun sedih. Abang saya, Muh. Ikhlas Santoso, semoga Allah selalu menjaganya dimanapun ia berada dan dua putri cemerlang penjaga Al Qur'an yang InsyaaAllah telah menghadiahkan mahkota surga bagi orangtuanya. (Alm.) Winahyo Soekanto, SH. dan Indah Merakati. Santi WE Soekanto, Spsi, MSc, & Wisnu Pramudya untuk semua yang tak terbalaskan, dengan seluruh santri-santri Qur'annya. Dr. Dra. Sitaresmi S Soekanto, M.Psi T, yang ikhlas dan setia mendukung lahir bathin pikir beserta Ahmad Firman Jusuf; Hasti Purwantiningsih, terasa benar dukungan do'a darinya, dan Ir. Memed Sosiawan, ME; Ir. Dian Utami, dan Tommy Firmansjah M,Eng.; serta seluruh ponakan, terutama pejuang pemberani Muhammad Yasin, suatu saat kelak, InsyaaAllah engkau akan baca tulisan-tulisan saya dan mengkritisnya juga. Terima kasih untuk semua dukungan yang selalu diberikan. Tidak mampu saya membalasnya, kecuali dengan doa agar Allah kiranya membalas kebaikan Bapak/Ibu dengan kebaikan yang berlipat ganda.

Kepada keluarga saya, yang selalu bergembira dan terus menyemangati untuk tetap berkarya. Kepada Azka, Arina, Farhan, Alhiqni dan Kaiysa, putra-putri saya, Ahmad, Nayla, dan Fieda menantu saya; Raudha, Mariam, Sera, dan Hamzah sang pelipur-penyujuk mata. Karunia tak terhingga bagi saya mendapatkan anugerah anak-anak baik dan istimewa seperti kalian. Alhamdulillah, juga ayah dan gepa mereka, suami penulis yang tak pernah lelah memberikan dukungan semangat, Drs. Beni Imanullah, Apt.

Khusus abang saya alm Muh Winahyo Sasongko Soekanto SH,MH, . Orangtua saya, di persembahkan untuk kedua-nya: "Setitik bakti untuk lautan doa, kerja dan air mata, jihad

habis-habisan bapak-ibu, syukur tak terhingga untuk orang tua seperti Soekanto SA-Surtiningsih WT. Untuk almarhumah Ibu dan almarhum bapak tercinta, maafkan anakmu yang tak juga mengistirahatkanmu sesudah kembalimu ke pangkuan kasih *Al Khaliq*, masih tetap penulis mendatangimu di makam, meneteskan air mata, mencurahkan isi hati dan keluh kesah kepadamu termasuk saat-saat sulit selama belajar dan bertugas. Semoga semakin bahagia Ibu dan Bapak di sisi Allah, semoga surga terindah saja yang akan menanti kalian berdua. Semoga pula putrimu ini dapat memeluk cium tangan pipi dan bertemu lagi dengan Ibu dan Bapak di surga kelak.

Alhamdulillah Rabbil 'alamin wa syukurillah. Segala puji dan syukur ke Hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada kita semua sehingga upacara pengukuhan ini dapat terlaksana. Shalawat serta salam kita haturkan kepada junjungan kita nabi besar Muhammad SAW yang telah memberikan tuntunan teladan hidup manusia untuk selamat dunia dan akhirat.



REFERENSI

1. 7 Kisah Pasien Ditandu Menuju Puskesmas, Disebut “Ambulans Desa” hingga Selamatkan Ibu Melahirkan Halaman 2 - Kompas.com [Internet]. [cited 2023 Mar 4]. Available from: <https://regional.kompas.com/read/2019/09/10/05250031/7-kisah-pasien-ditandu-menuju-puskesmas-disebut-ambulans-desa-hingga?page=2#>
2. Horor Macet di Jambi “Telan” Korban Jiwa, Kemenhub Buka Suara [Internet]. [cited 2023 Mar 4]. Available from: <https://www.cnbcindonesia.com/news/20230302154911-4-418385/horor-macet-di-jambi-telan-korban-jiwa-kemenhub-buka-suara>
3. Kementerian Kesehatan. Sistem Informasi SDM Kesehatan Ditjen Tenaga Kesehatan Kemenkes Tahun 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 4]. Available from: <https://sisdmk.kemkes.go.id/>
4. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2022 - 2024. 2022;(3):1–592.
5. Kemenkes RI. Dasbor Profil Tenaga Kesehatan - Satu Data Kementerian Kesehatan Indonesia. Pusat Data dan Informasi. 2022.
6. BPS Provinsi DKI Jakarta. Jumlah Penduduk Provinsi DKI Jakarta Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin 2019-2021 [Internet]. [cited 2023 Mar 4]. Available from: <https://jakarta.bps.go.id/indicator/12/111/1/jumlah-penduduk-provinsi-dki-jakarta-menurut-kelompok-umur-dan-jenis-kelamin.html>
7. BPS Provinsi DKI Jakarta. Jumlah Dokter Spesialis, Dokter Umum, dan Dokter Gigi Menurut Sarana Pelayanan Kesehatan di Provinsi DKI Jakarta 2018-2021 [Internet]. [cited 2023 Mar 4]. Available from: <https://jakarta.bps.go.id/indicator/30/517/1/jumlah-dokter-spesialis-dokter-umum-dan-dokter-gigi-menurut-sarana-pelayanan-kesehatan-di-provinsi-dki-jakarta.html>
8. Detiknews. IDI: Persebaran Dokter yang Tak Merata Jadi PR, Apalagi Saat Pandemi. 2020.
9. Kalimantan Utara lanjutkan layanan “dokter terbang” di pedalaman - ANTARA News [Internet]. [cited 2023 Mar 4]. Available from: <https://www.antaraneews.com/berita/3379128/kalimantan-utara-lanjutkan-layanan-dokter-terbang-di-pedalaman>
10. Maria Louisa Rumatery Dokter Terbang Kebanggaan Papua [Internet]. [cited 2023 Mar 4]. Available from: <https://mediaindonesia.com/weekend/303110/aria-louisa-rumatery-dokter-terbang-kebanggaan-papua>
11. Menkes Buka-bukaan Singgung “Biang Kerok” Jumlah Dokter Spesialis RI Mandek [Internet]. [cited 2023 Mar 4]. Available from: <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-6584343/menkes-buka-bukaan-singgung-biang-kerok-jumlah-dokter-spesialis-ri-mandek>
12. Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin Bersama DPR Bahas Strategi Kesehatan Tahun 2023 - Page 2 - Foto Liputan6.com [Internet]. [cited 2023 Mar 4]. Available from: <https://www.liputan6.com/photo/read/5201481/menteri-kesehatan-budi-gunadi-sadikin-bersama-dpr-bahas-strategi-kesehatan-tahun-2023?page=2>
13. Peraturan Presiden nomor 104 Tahun 2021 tentang Rincian Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara

- Tahun Anggaran 2022 [Internet]. 2021. Available from: <https://jdih.kemenkeu.go.id/download/c35175d2-1187-4338-a387-77bfe23cb0dc/104TAHUN2021PERPRES.pdf>
14. Kementerian Keuangan. Peraturan Menteri Keuangan 116/PMK.07/2022 [Internet]. 2022. Available from: <https://jdih.kemenkeu.go.id/in/dokumen/peraturan/7fbb077c-44aa-4bf7-a234-08da6f99b1a7>
 15. Peraturan Presiden nomor 130 Tahun 2022 tentang Rincian Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2023 [Internet]. 2022. Available from: <https://djpk.kemenkeu.go.id/wp-content/uploads/2022/12/1.-Salinan-Perpres-Nomor-130-Tahun-2022.pdf>
 16. WHO. Constitution of the World Health Organization. New York; 1946.
 17. WHO. The World Health report 2008 - Primary Health Care: Now More Than Ever. World Hea. Geneva; 2008.
 18. WHO and the UNICEF. A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals. Geneve; 2018.
 19. UNDP. What does it Mean to Leave No One Behind? United Nations Dev Program. 2018;(July):1–28.
 20. WHO. Declaration of Alma-Ata. Alma-Ata; 1978.
 21. Pemerintah Republik Indonesia. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. 2012.
 22. Pemerintah Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. 2014.
 23. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 4 Tahun 2019 tentang standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang kesehatan. Indonesia: Kementerian Kesehatan RI; 2019.
 24. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. 2019;
 25. Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia. Foresight untuk Menata Masa Depan Layanan Kesehatan Primer Indonesia. 2022.
 26. Berita Satu. Pemerintah Reaktivasi 300.000 Posyandu Tingkatkan Layanan Kesehatan. 2022.
 27. Walt G. Health policy: an introduction to process and power. 1994;
 28. Budiardjo M. Dasar-dasar ilmu politik. Gramedia pustaka utama; 2003.
 29. Andrew Heywood. Politics [Internet]. Second. Palgrave, Macmillan; 2002. Available from: <http://www.mim.ac.mw/books/Andrew>
 30. Mitchell JM, Mitchell WC. Political analysis & public policy: An introduction to political science. Rand McNally; 1969.
 31. Republik Indonesia. Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan [Internet]. 2009. Available from: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38778/uu-no-36-tahun-2009>
 32. Komisi Nasional Hak Asasi Manusia RI. Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan Di Indonesia [Internet]. 2020. Available from: [https://www.komnasham.go.id/files/20210129-kajian-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-\\$W0G.pdf](https://www.komnasham.go.id/files/20210129-kajian-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-$W0G.pdf)
 33. Kompas. Pemerintah Ajak Masyarakat Lindungi Kelompok Rentan dari Covid-19. 2020.
 34. WHO. Primary health care [Internet]. World Health Organization. 2023. Available from:

- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
35. WHO Evaluation Office. Review of 40 years of primary healthcare implementation at country level. Vol. 154, World Health Organisation. 2019.
 36. Bank W. Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births) - Indonesia [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=ID>
 37. Badan Pusat Statistik Indonesia. Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia [Internet]. Badan Pusat Statistik. 2017. Available from: <https://www.bps.go.id/statistictable/2020/10/21/2111/laporan-survei-demografi-dan-kesehatan-indonesia.html>
 38. UNICEF. Under-five mortality rate [Internet]. unicef 2020. Available from: data.unicef.org
 39. Badan Pusat Statistik Indonesia. Survei Sosial Ekonomi Nasional. Badan Pusat Statistik Indonesia 2020.
 40. Indonesia BPS. Statistik Penduduk Lanjut Usia [Internet]. Badan Pusat Statistik Indonesia. 2019 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://www.bps.go.id/publication/2019/12/20/ab17e75dbe630e05110ae53b/statistik-penduduk-lanjut-usia-2019.html>
 41. Limbong R. Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan Di Indonesia [Internet]. J Online Int Nas Januari [Internet]. 2019;7(1). Available from: www.journal.uta45jakarta.ac.id
 42. Direktorat Jenderal P2P Kemenkes RI. Laporan perkembangan HIV AIDS & penyakit infeksi menular seksual (PIMS). 2020.
 43. Indonesia BPPM. Data Pekerja Migran Indonesia Periode Desember 2022. Pus Data dan Inf. 2022.
 44. Wu X, Ramesh M, Howlett M, Fritzen SA. The Public Policy Primer: Managing the Policy Process. Taylor & Francis; 2017. (Routledge Textbooks in Policy Studies).
 45. McConnel A. Policy Success, Policy Failure and Grey Areas In-Between. J Public Policy. 2010;30(3):345–62.
 46. Ayuningtyas D. Analisis Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi. RajaGrafindo Persada; 2018.
 47. Aditama TY. Beban Ganda Kesehatan Masyarakat. 2023.
 48. Ayuningtyas D. Kebijakan kesehatan prinsip dan praktik. 1st ed. Depok: Rajawali Pers; 2014.
 49. Ayuningtyas D. Dinamika peran negara dan privatisasi Rumah Sakit Pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 - 2010 : studi kasus perubahan Rumah Sakit Haji, Rumah Sakit Cengkareng dan Rumah Sakit Pasar Rebo menjadi Perseroan Terbatas [Internet]. Universitas Indonesia; 2010. Available from: <http://digilibmbrc.fisip.ui.ac.id/mbrc/detail.jsp?id=59632&lokasi=lokal>
 50. Van Meter DS, Van Horn CE. The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework. Adm Soc. 1975;6(4):445–88.
 51. Mazmanian DA, Sabatier PA. Implementation and Public Policy: with a New Postscript. 2nd Editio. Lanham, Maryland: University Press of America; 1983.
 52. Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. Soc Sci Med. 1998 Nov;47(10):1513–27.
 53. WHO and the UNICEF. Operational Framework for Primary Health Care: transforming vision into action. Geneva; 2020.
 54. Barker CE. The health care policy process. Heal Care Policy Process. 1996;1–208.

55. Kickbusch I. The political determinants of health--10 years on. *BMJ*. 2015 Jan;350(jan08 2):h81--h81.
56. Weisert WG, Weisert CS. *Governing Health: The Politics of Health Policy*. Johns Hopkins University Press; 2012. (Governing Health).
57. Mintzberg H. *Power in and Around Organizations (The theory of management policy)*. Vol. 5, *Organization Studies*. 1983. 269 p.
58. YPI LEA. Political Commitment and the Value of Partisanship. *Am Polit Sci Rev*. 2016;110(3):601–13.
59. Ayuningtyas D, Haq HU, Utami RRM, Susilia S. Requestioning the Indonesia Government's Public Policy Response to the COVID-19 Pandemic: Black Box Analysis for the Period of January–July 2020. *Front Public Heal*. 2021;9(May):1–13.
60. Ulya FN. Satgas Covid-19: Capaian Vaksin Covid-19 Indonesia Jadi Lima Besar Dunia. *Kompas*. 2022.
61. Ulya FN. Survei Serologi: 98,5 Persen Penduduk RI Punya Antibodi Covid-19. *Kompas*. 2022.
62. Shiffman J. Generating Political Priority for Maternal Mortality Reduction in 5 Developing Countries. *Am J Public Health*. 2007 May;97(5):796–803.
63. Azra A. Membendung Eskalasi Politik. *Kompas*. 2022.
64. Gray C. The brutal politics of health care. *CMAJ*. 1998;158(7):922–3.
65. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy Plan*. 1994;9(4):353–70.
66. Birkland TA. *An Introduction to the policy process: theories, concepts, and model of public policy making*. Sharpe ME, editor. New York: Taylor & Francis Group; 2011. 93 and 130.
67. Schumann, Debra A, W. Henry Mosley. The household production of health: Introduction, *Social Science & Medicine*, 1994; Volume 38, Issue 2:201-204.

RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

Nama : Prof. Dr. Dumilah Ayuningtyas, M.A.R.S.
NUP : 1000400019
Jabatan : Guru Besar
Pangkat : IV/a
Nama dalam Publikasi : Ayuningtyas, Dumilah.
Scopus ID : 56461361200
Orchid ID : <https://orcid.org/0000-0002-7621-326X>
Tempat, tanggal lahir : Jakarta, 20 Februari 1965
Agama : Islam
Status Pernikahan : Menikah
Suami : Drs. Beni Imanullah, Apt.
Anak : 1. Ir. Azka Madihah, MA
2. Arina Qonita, S.Ds., MBA
3. Muhammad Farhan Izzuddin, S.Hum
4. Muhammad Alhiqni Bisholihin, S.Hum
5. Nisrina Kaiysa Fathina
Menantu : 1. Ir. Ahmad D. Muthi, MA
2. Nayla Rizki, S.Hum
3. Valentina Fieda, S.Hum
Cucu : 1. Aisha Raudha Mardhia
2. Mariam Aelia Taqia
3. Sera Fariha Medina
4. Hamzah Lutfi Assadullah
Orangtua : Ayah : Alm. Soekanto SA.
Ibu : Almh. Surtiningsih W.T.
Alamat Rumah : Jl. RTM Residence 99 no. 5, Cimanggis, Kota Depok, Jawa Barat
16951
E-mail : dumilah@gmail.com
Alamat Kantor : Dep. Adiminstrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Kampus UI Depok,
Telpn Kantor : 021-7864975

B. Riwayat Pendidikan Formal

Program	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Indonesia	Universitas Indonesia	Universitas Indonesia
Bidang Ilmu	Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Departemen Biologi, Peminatan Immunologi Andrologi	Fakultas Kesehatan Masyarakat, Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit	Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Departemen Ilmu Politik Peminatan Politik Kebijakan Kesehatan
Tahun Lulus	1991	2000	2011
Judul Skripsi/Tesis/Disertasi	Hubungan Kolonialisasi T-Mycolpasma (Ureaplasma urealythicum) dengan Motilitas Spermatozoa pada Ejakulat Pria Pasangan Pendamba Anak.	Analisis Segmentasi Target dan Posisi Pasar pada Pengembangan Klinik JMC menjadi Rumah Sakit	"Dinamika Peran Negara dan Privatisasi Rumah Sakit Pemerintah DKI Jakarta tahun 2004-2010 (Studi Kasus Perubahan Rumah Sakit Haji Rumah Sakit Pasar Rebo)"
Nama Pembimbing/Promotor	Prof. Arjatmo Tjokronegoro Prof. Indrawati Gandjar	Dr. Drg. Wahyu Sulistiadi, MARS Dr. Adang Bachtiar Kantaatmadja, MPH. DSc	Prof. Burhan D Magenda, MA Prof. Maswadi Rauf, MA Prof. Valina Sungka Subekti, Msi

C. Riwayat Kepegawaian/Kepangkatan

No.	Pangkat/Jabatan	Gol.	Kedudukan
1.	Guru Besar	IV/a	2022
2.	Lektor Kepala	III/d	2016
3.	Lektor	III/c	2008
4.	Asisten Ahli	III/b	2007
5.	Pengajar	2000	

D. Riwayat Pekerjaan

Periode	Peran/Jabatan dan Institusi
2020-2024	Ketua Departemen Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
2017-2021	Ketua Senat Akademik Fakultas Senat Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
2013-2017	Sekretaris Senat Akademik Fakultas Senat Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
2012-2016	Ketua Program Studi Program Studi KARS, Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
2007-2017	Sekretaris Senat Akademik Senat Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
2004-2009	Sekretaris Sekretaris Program Studi Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
2001-2004	Koordinator Diploma/DIII Administasi dan Kebijakan Kesehatan peminatan Manajemen Rumah Sakit Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
2001-2004	Sekretaris Program Studi Diploma/DIII Administasi dan Kebijakan Kesehatan Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

E. Keanggotaan Profesi

Periode	Peran/Jabatan
2013-saat ini	Editor Jurnal Kesehatan Masyarakat FKM UI
2014- saat ini	Assessor LAMP PT
2016-saat ini	Editor dan Penanggungjawab Umum <i>Journal of Indonesian Health Policy and Administration</i> (HIPA) FKM UI
2016-saat ini	Anggota ICRN (Interdisciplinary Corruption Research Network) Anggota ECPR (European Consortium for Political Research) Anggota APHA (American Public Health Association) Anggota PHAA (Public Health Association of Australia)
2017-saat ini	Editor <i>ASEAN Journal of Community Engagement</i> (AJCE) UI Editor Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia (JEKI) Editor Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia (ARSI)
2021-2023	Ketua PIPMARS (Perkumpulan Institusi Pendidikan Magister Admisitrasi Rumah Sakit Indonesia)
2021	Panelis Penyusunan Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan
2020-2023	Anggota Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya BPJS Pusat Kesehatan
2020-2021	Anggota Tim Gugus Tugas Percepatan Pengendalian COVID-19 sebagai Ahli Kesehatan Masyarakat, BNPB
2020-2021	Anggota Tim Gugus Tugas Percepatan Pengendalian COVID-19 sebagai Subbidang <i>Tracking, Screening</i> dan Bantuan Sosial, Bidang Bidang Perlindungan Tenaga Kesehatan, Gugus Tugas Penanganan Covid-19, BNPB
2019-2025	Ketua Bidang Kajian Kesehatan Masyarakat dan Kebijakan PP Ikatan Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) Sekretaris Majelis Etik PP IAKMI Ketua Majelis Pakar IAKMI Kota Depok

F. Beberapa Pelatihan/Short Courses yang Pernah Diikuti

No.	Tahun	Jenis Pelatihan (Dalam/Luar Negeri)	Penyelenggara
1	2001	Strategic Leadership and Management for Population and Reproductive Health, Learning Organization & System Thinking	Bill & Melinda Gates Foundation, John Hopkins University
2	2001	Training of Trainers in Strategic Leadership and Management for Population and Reproductive Health	BKKBN, Bill & Melinda Gates Foundation, John Hopkins University

No.	Tahun	Jenis Pelatihan (Dalam/Luar Negeri)	Penyelenggara
3	2004	Process Documentary Research Training	BKKBN, Bill & Melinda Gates Foundation, John Hopkins University, (Universitas Indonesia, Universitas Gadjah Mada, Universitas Hasanudin, Universitas Mataram)
4	2006	Pelatihan Asesor Akademik Internal UI	Universitas Indonesia dan BAN-PT
5	2006	System Thinking & System Dynamics	Universitas Indonesia
6	2007	Pelatihan Ancangan Aplikasi (AA) Gelombang II Tahun 2007	Universitas Indonesia
7	2007	Pelatihan Pengembangan Keterampilan Dasar & Instruksional (Pekerti) Gelombang III	Universitas Indonesia
8	2010	Workshop Aplikasi Psikometri di Bidang Kesehatan	
9	2011	Geographical Inequity Workshop	
10	2011	Pelatihan dan Seleksi untuk Asesor Perguruan Tinggi	BAN-PT
11	2013	Pelatihan Penyusunan Modul Berbasis Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK)	Pelayanan dan Pengembangan Sumberdaya Pembelajaran (PPSP)
12	2013	Training of Trainer (TOT) Kelayakan Proyek tahun 2013	
13	2014	Pelatihan Pelaksanaan Asesmen AUN-QA	
14	2016	Workshop Penyusunan <i>Policy Brief</i> dan Advokasi Kesehatan	Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Semarang
15	2017	<i>Politics, Decision Making and Health Diplomacy</i>	Heidelberg University
16	2017	Health Promoting Hospital (HPH) Leadership Workshop "How to Lead Organizational Implementation of HPH Module to Achieve Universal Health Gains	National Yang-Ming University, Universitas Indonesia
17	2019	Pelatihan Reviewer Penelitian Angkatan XII	Kementerian Riset, Teknologi, Dan Pendidikan Tinggi

No.	Tahun	Jenis Pelatihan (Dalam/Luar Negeri)	Penyelenggara
18	2019	Workshop Implementasi <i>Blended Learning</i> pada Pembelajaran di Program Sarjana	Pusat Pendidikan dan Pelatihan Program Studi Doktor Studi Pembangunan Program Pascasarjana Universitas Andalas

G. Konferensi Internasional yang Pernah Diikuti

No.	Tahun	Judul Kegiatan	Penyelenggara
1	2016	<i>48th Asia Pasific Academic Consortium for Public Health Conference (APACPH), dengan topic "The Challenges and Problems of Moving Hospital in the Indonesian Outermost Border Regions and Islands"</i>	Asia Pasific Academic Consortium for Public Health Conference (APACPH), Tokyo University, Jepang
2	2016	<i>Local Government Political Commitment in Fulfillment of Doctor Specialist in Indonesia's Remote Areas</i>	APRU Global Health Program Conference, NSW University Sidney, Australia
3	2017	<i>4th Green Hospitals Asia 2017 Conference to Foster a More Sustainable and Resilient Health Care.</i>	Green Hospitals Asia 2017 Conference, Taipei, Taiwan
4	2017	<i>49th Asia Pasific Academic Consortium for Public Health Conference (APACPH), dengan topik "Influence of Good Governance Impelementation on Health Care performance in 3 province in Indonesia"</i>	Asia Pasific Academic Consortium for Public Health Conference (APACPH), Yonsey University, Korea
5	2018	<i>3rd Interdisciplinary Corruption Research Forum Mechanisms of Corruption: Regional perspectives and potential solutions, dengan topik "Integrity of Anti-corruption Leadership in the Health Sector"</i>	Interdisciplinary Corruption Research Forum Mechanisms of Corruption, Sweden
6	2019	<i>4th Interdisciplinary Corruption Research Serium "Varieties of (anti)corruption: Learning from the past for the future.</i>	National University of Kyiv-Mohyla Academy Kyiv, Ukraine
7	2021	<i>"Health System in Indonesia" dalam Virtual Public Health Study Tour 2021</i>	Australian Consortium for In-Country Indonesian Studies

H. Penelitian Hibah dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Penelitian	Principal/ Co PI/	Sumber
1.	2016	Analisis Kebutuhan Dokter Spesialis di Rumah Sakit Pemerintah untuk Wilayah Terpencil di Tiga Provinsi (Jambi, Banten, dan NTB)	<i>Principal Investigator (Team leader)</i>	Universitas Indonesia (Hibah PITTA DRPM UI)
2.	2017	Pengembangan Kesehatan Kota Depok Tahun 2017 (Integrated Service Model of Head Trauma Model in Depok City)	<i>Principal Investigator</i>	RS UI
3.	2018	Studi Kesiapan Kabupaten Batanghari Jambi: Peduli HAM Bidang Kesehatan pada Komunitas Adat Terpencil (Studi Kasus Suku Anak Dalam). Implementasi Kebijakan Label Pangan	<i>Principal Investigator</i>	DRPM Hibah PITTA
4.	2019	Sistem Informasi Rumah Sakit, Implementasi Standar Penggunaan Pemanis Buatan dan Analisis Kesenjangan Kebijakan Pengembangan Obat: Upaya Strategis Penguatan Mutu Layanan dan Kebijakan Kesehatan Berbasis Bukti		Universitas Indonesia
5.	2021	Pendampingan Publikasi Internasional Q1 (PPI Q1) dengan judul <i>Equity Health Care for the Migrant People : Citizens Perception and Policy Perspective</i>		Universitas Indonesia
6.	2021	Publikasi Terindeks Internasional (PUTI Q3 2020) dengan judul Analisis Kesiapan Kota Depok dalam Pengembangan Kampung Ramah TBC		Universitas Indonesia
7.	2021	Publikasi Terindeks Internasional (PUTI Q2 2020) dengan judul Disabilitas dan Inklusivitas : Sejauh Mana Kita Telah Melangkah		Universitas Indonesia
8.	2021	Publikasi Terindeks Internasional (PUTI Q1 2020) dengan judul <i>Healthcare of Refugees In Indonesian (An Equilibrium Between Human Rights and Health Security Perspective)</i>		Universitas Indonesia
9.	2021	Publikasi Terindeks Internasional (PUTI Doktor 2020) dengan judul Pengembangan Model Indeks Pengawasan Pangan Olahan dalam Upaya Penanganan Ketahanan Pangan di Indonesia		Universitas Indonesia

I. Kontrak Penelitian Lainnya

No.	Tahun	Jenis Penelitian (Dalam/Luar Negeri)	Penyelenggara
1.	2001-2002	SLLO Impact on Health Policy Development in Sukabami dan Rangkasbitung	The Melinda-Bill Gates Foundation/John Hopkins/University of Indonesia
2.	2002-2003	Assessment of Human Resources in Health Management & Development”, in Lampung Province	World Bank
3.	2002 - 2003	Assessment on P2KT (Integrated of Financial & Health Planning/Budgeting) in Lampung Province, PHP, MOH RI	World Bank
4.	2003 - 2006	Impacts of SLLO on Health Policy Development in Bogor & Cianjur	The Melinda-Bill Gates Foundation/ Johns Hopkins/ University of Indonesia
5.	2011 - 2014	Facilitating of Health Policy Development in MOH	GTZ and OPM (Oxford Policy Management)
6.	2011 - 2014	EMAS (Expanding Maternal and Neonatal Survival) Project	JHPGO USAID
7.	2013	Technical Guidance for Health Workforce Planning Analysis Team at Sumba Timur District	Australia Indonesia Partnership Maternal Neonatah Health (AIPMNH)
8.	2013	Studies Preparation of Standard Workforce in Facility Services Healthcare (RS Class A, B, C, D, and Primary)	Kementerian Kesehatan
9.	2014	Preparation of Standard Workforce in Health Facilities and Services (Public Hospital, Special Hospital, Puskesmas, and KKP)	Ministry of Health, Indonesia
10.	2015	Study of Arrangement of Labor Standards in Health Care Facilities (Hospitals Class A, B, C, D, and Primary)	Australia Indonesia Partnership for Health Systems Strengthening (AIPHSS)
11.	2017	Study of Drug Policy Implementation in the Era of JKN	TNP2K/GIZ

No.	Tahun	Jenis Penelitian (Dalam/Luar Negeri)	Penyelenggara
12.	2017	Policy Review of the Integration of Jamkesda into JKN amidst Decentralization and National Interest	BAPPENAS/ Kemenkes/GIZ
13.	2017	Academic paper for Governor Regulation: Procurement of Health Personnel Special Assignment of the Province of Banten	APBD, SKPD Prov Banten
14.	2018	Study of Technical Competency Standards for Structural Officers of Hospitals in Indonesia	Kemenkes (BPPSDM)

J. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat
1	2017	Pengelolaan Limbah Desa Berbasis Masyarakat (POLAMAS) Desa Pakuon Kecamatan Sukaresmi Kabupaten Cianjur Jawa Barat
2	2019	Pengembangan Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Hijau (<i>Green Primary Health Care</i>) di Kabupaten Lombok Timur, Provinsi Nusa Tenggara Barat
3	2020	Model Edukasi Masyarakat tentang Covid-19 Menggunakan Permainan Ular Tangga di Kota Depok
4	2020	Penerapan Sistem Keselamatan dan Kesehatan Sekolah serta Pengetahuan Penggunaan <i>Hand Sanitizer</i> dan Disinfektan dalam Upaya Pencegahan Wabah Covid-19

K. Publikasi Ilmiah dan Buku

• **Publikasi Ilmiah Terindeks Scopus**

No.	Title	Journal	Volume/ Number/Year
1.	<i>Inclusivity of Persons With Disabilities in the Work Sector During the Covid-19 Pandemic in Indonesia</i>	<i>Frontiers</i>	<i>March 2022, vol. 10, article 835552</i> DOI: <i>10.3389/fpubh.2022.835552</i>
2.	<i>Geographic and Socioeconomic Disparity in Child Undernutrition across 514 Districts in Indonesia</i>	<i>Nutrients</i>	<i>Nutrients 2022, 14, 843</i> <i>https://doi.org/10.3390/nu14040843</i>

No.	Title	Journal	Volume/ Number/Year
3.	<i>Assessing the food control system in Indonesia: A conceptual framework</i>	<i>Food Control</i>	<i>Food Control</i> 134 (2022) 108687 https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2021.108687
4.	<i>Requestioning the Indonesia Government's Public Policy Response to the COVID-19 Pandemic: Black Box Analysis for the Period of January–July 2020</i>	<i>Frontiers in Public Health</i>	Vol. 9, May 2021 https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.612994
5.	<i>Gap analysis for drug development policymaking: An attempt to close the gap between policy and its implementation</i>	<i>PLoS ONE</i>	Vol. 14 No. 8 Tahun 2019 10.1371/journal.pone. 0220605
6.	<i>Disparities in Obesity Rates among Adults: Analysis of 514 Districts in Indonesia</i>	<i>Nutrients</i>	<i>Nutrients</i> 2022, 14 (16), 3332; https://doi.org/10.3390/nu14163332
7.	<i>Determinants of Family Planning Service Utilization on Unmet Need Incidents with Generalized Structural Equation Modeling (GSEM)</i>	<i>AJOG Global Reports</i>	
8.	<i>Factors Affecting Delayed Presentation and Diagnosis of Breast Cancer in Asian Developing Countries Women: A Systematic Review</i>	<i>Breast Cancer in Asian Developing Countries</i>	<i>Asian Pac J Cancer Prev</i> , 22 (10), 3081–3092 DOI:10.31557/APJCP.2021.22.10.3081
9.	<i>The regional and referral compliance of online healthcare systems by Indonesia National Health Insurance agency and health-seeking behavior in Indonesia</i>	<i>Heliyon</i>	<i>Heliyon</i> 7 (2021) e08068 https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e08068

No.	Title	Journal	Volume/ Number/Year
10.	<i>Disaster Preparedness and Mitigation in Indonesia: A Narrative Review</i>	<i>Iranian Journal of Public Health</i>	August 2021, Vol. 50, No.8, pp.1536-1546 http://ijph.tums.ac.ir/
11.	<i>Comparing Indonesian men's health-seeking behavior and likelihood to suffer from illness across sociodemographic factors</i>	<i>Journal of Men's Health</i>	July 2021, Vol.17, Issue 3, 07 DOI: 10.31083/jomh.2021.078
12.	<i>Analysis Implementation of COVID-19 Prevention Policy for Disability in Social Institution (Case Study: Jakarta Capital City)</i>	Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)	2021; 16 (Special Issue 1): 36-43. DOI: 10.21109/kesmas.v0i0.5250
13.	<i>Assessment of country readiness for drug development: A qualitative study in Indonesia</i>	<i>World Medical & Health Policy</i>	Vol.1 Issue. 21/ 2021 https://doi.org/10.1002/wmh3.440
14.	<i>The efficiency and productivity of Public Services Hospital in Indonesia</i>	<i>Enfermeria Clinica</i>	October 2020, Vol. 30, Supplement 6. p236-239 DOI: 10.1016/j.enfcli.2020.06.054
15.	<i>The strategic role of information communication technology in succeeding medical tourism</i>	<i>Enfermeria Clinica</i>	Vol. 30, Supplement 6, October 2020 https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.06.039
16.	<i>Medical tourism as the improvement of public health service: A case study in Bali and West Nusa Tenggara</i>	<i>Enfermeria Clinica</i>	Vol. 30, Supplement 6, October 2020 https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.06.029
17.	<i>Designing a health referral mobile application for high- mobility end users in Indonesia</i>	<i>Enfermeria Clinica</i>	Vol. 6, issue 1, Tahun 2020 https://doi.org/10.116/j.heliyon.2020.e0317

No.	Title	Journal	Volume/ Number/Year
			https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844020300190
18.	<i>Initiating Global Civil Society as a Strategy for Handling the COVID-19 Public Health Threat: A Policy Review</i>	<i>Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional</i>	Vol.15, No. 2, Tahun 2020, Special Issue 1, DOI: 10.21109/kesmas.v15i2.3931
19.	<i>The Preparedness of Lebak District as a District of Human Rights Care</i>	<i>Journal of Malaysian Academy of Science</i>	ASM Sc. J., Vol. 13, Special Issue 5, 2020 for APRU2018. The special issue can be accessed via https://www.akademisains.gov.my/asmsj/asm-sc-j-vol-13-special-issue-5-2020-for-apru2018/
20.	<i>A predictive policy model to forecast outcomes of drug development in developing countries</i>	<i>International Journal of Health Governance (Emerald Insight Discover Journal, Books & Case Studies)</i>	Vol. 24 No. 2 Tahun 2019, pp. 133-142. 10.1108/IJHG-11- 2018-0061 ISSN: 2059-4631
21.	<i>Conflict and resolution on politics of tobacco control in Indonesia</i>	<i>Pertanika Journal of Social Sciences and Humanities</i>	Vol. 27 No.1 Tahun 2019, pp. 637-647 ISSN: 22318534
22.	<i>Health referral enterprise architecture design in Indonesia</i>	<i>Healthcare Informatics Research</i>	Vol. 25 No. 1 Tahun 2019 pp. 3-11 10.4258/hir.2019.25.1.3
23.	<i>The Information System/Information Technology (IS/IT) practices in the Indonesia health referral system</i>	<i>Informatics in Medicine Unlocked</i>	Vol. 17 Tahun 2019 10.1016/j.imu.2019.100263
24.	<i>The needs fulfillment of medical specialist in general hospital type C in remote areas</i>	<i>Iranian Journal of Public Health</i>	Vol. 48 No.7 Tahun 2019 pp. 1270-1277 ISSN: 22516093

No.	Title	Journal	Volume/ Number/Year
25.	<i>Health Referral System User Acceptance Model in Indonesia</i>	<i>Heliyon Journal</i>	<i>December 2018, Vol.4 Issue 12.</i> DOI: 10.1016/j.heliyon.2018.e01048. https://www.heliyon.com/article/e01048/
26.	<i>Critical Success Factors for Mobile Health Implementation in Indonesia</i>	<i>Heliyon Journal</i>	<i>November 2018, Vol.4 Issue 11.</i> DOI: 10.1016/j.heliyon.2018.e00981 https://www.heliyon.com/article/e00981/

• **Jurnal Nasional**

No.	Judul	Penerbit/Jurnal	Volume/ Nomor/Tahun
1.	Implementation of social assistance in the era of the COVID-19 Pandemic: Evaluation of transparency and accountability aspects	Integritas: Jurnal Antikorupsi	Vol 8, No. 1, 2022, pp. 51-62
2.	The Needs Fulfillment of Medical and Specialist Doctors in West Nusa Tenggara, Indonesia	Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan	Volume 6, Issue 3, September 2021, p. 393-400
3.	Strategies to Strengthen Mental Health Services in Hospital during COVID-19	Journal of Medico Legal-Ethics and Hospital Management	Vol 10, No 2/ August 2021 https://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/10378/0
4.	Integrasi Kurikulum Antikorupsi: Peluang dan Tantangan	Jurnal Antikorupsi INTEGRITAS	Vol.6, No.1, Hal. 93-107, Tahun 2020, DOI: https://doi.org/10.32697/integritas.v6i1.375
5.	Geospatial-Based Information Systems Model for Disaster Management of Reproductive Health	Journal Universitas Hasannuddin	Vol. 16, Issue 1, Tahun 2020, DOI: http://dx.doi.org/10.30597/mkmi.v16i1.8780 https://journal.unhas.ac.id/index.php/mkmi/article/view/8780

No.	Judul	Penerbit/Jurnal	Volume/ Nomor/Tahun
6.	Local Initiatives In Preventing Coronavirus Based On Health Policy Perceptive	Journal of Indonesian Health Policy And Administration	Vol.5, No.2, Hal 66-71, Tahun 2020 DOI: http://dx.doi.org/10.7454/jhpa.v5i2.4057
7.	Integritas Kepemimpinan Antikorupsi di Sektor Kesehatan	Jurnal Antikorupsi Integritas	Vol 4 No 1 (2018) https://doi.org/10.32697/integritas.v4i1.157
8.	Etika Kesehatan pada Persalinan Melalui Sectio Caesarea Tanpa Indikasi Medis	Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia (MKMI)	2018 https://journal.unhas.ac.id/index.php/mkmi/article/view/2110
9.	Analisis Situasi Kesehatan Mental Pada Masyarakat di Indonesia dan Strategi Penanggulangannya	Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat	Maret 2018. 9(1):1-10. https://doi.org/10.26553/jikm.2018.9.1.1-10
10.	<i>Indonesia's Readiness to Implement the HPV Vaccine Mandatory for School-Age</i>	<i>Health Science Journal of Indonesia</i>	Vol. 9, No.2, December 2018 https://doi.org/10.22435/hsji.v9i2.910
11.	<i>The Role of the Medical Committee in Hospital's Clinical Governance in Jambi Province</i>	<i>Health Science Journal of Indonesia</i>	Vol. 9, No.2, December 2018 https://doi.org/10.22435/hsji.v9i2.816
12.	Formulasi Kebijakan Komunikasi untuk Pelaksanaan Program Pembangunan Kesehatan	Media Kesehatan Masyarakat Indonesia (<i>The Indonesian Journal of Public Health</i>)	Vol.13/No.2/Juni 2017 https://journal.unhas.ac.id/index.php/mkmi/article/view/1980
13.	Implementasi Kebijakan Remunerasi di Rumah Sakit Pemerintah	Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia Universitas Gadjah Mada	Vol.6/No.3 (2017) https://doi.org/10.22146/jkki.v6i3.29669

L. Karya Buku

Tahun	Judul Buku
2020	Manajemen Strategis Organisasi Pelayanan Kesehatan : Konsep dan Langkah Praktis. Diterbitkan oleh Rajawali Press-Raja Grafindo Persada ISBN: 978-623-231-389-7
2020	Bunga Rampai Covid-19: Buku Kesehatan Mandiri Untuk Sahabat #DiRumahAja. Diterbitkan oleh Sebi Press

- ISBN: 978-602-73490-9-4
- 2019 Konsep CB-SEM dan SEM-PLS Disertai dengan Contoh Kasus (Tim Penulis). Diterbitkan oleh Rajawali Press-Raja Grafindo Persada
ISBN: 978-602-425-942-6
- 2019 Konsep dan Implementasi E-health dengan Studi Kasus Sistem Rujukan di Indonesia (Tim Penulis). Diterbitkan oleh Rajawali Press-Raja Grafindo Persada
ISBN: 978-602-425-943-3
- 2018 Pengantar Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) (Tim Penulis). Diterbitkan oleh Rajawali Press-Raja Grafindo Persada
ISBN: 978-602-425-469-8
- 2018 Analisis Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi. Diterbitkan oleh Rajawali Press-Raja Grafindo Persada
ISBN: 978-602-425-440-7
- 2014 Jaminan Kesehatan Nasional dan Transformasi Jaminan Sosial (sebagai editor) oleh P3DI Setjen DPR RI dan Azza Grafika
ISBN: 978-602-124-711-2
- 2014 Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik oleh Rajawali Press-Raja Grafindo Persada
ISBN: 978-979-709-692-2
- 2012 The Dancing Leader 2.0: Jalan Cerdas Menuju Sehat, Bab I : Ujian Kepemimpinan Pemerintah: Dari Hospital oleh Penerbit Buku Kompas, PT. Kompas Media Nusantara
ISBN: 978-979-709-692-2
-

M. Penghargaan

No	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun
1	Pemenang Murid Teladan	Sekolah Dasar Kecamatan Tebet Jakarta Selatan	1977
2	Pemenang Harapan Penulisan Sinopsis Buku Cerita Anak	IKAPI Pusat	1978
3	Peserta terbaik Latihan Dasar Kepemimpinan	SMAN 8 Jakarta	1980
4	Pemenang ketiga Lomba Debat antar SMA Se Propinsi DKI Jakarta	Forum OSIS DKI Jakarta	1981
5	Peraih penghargaan Pemrakrasa Integrasi <i>Learning Organization</i> ke Kurikulum Pendidikan Tinggi	Pusdiklat Depkes & Bill & Melinda Gates Foundation, Gates Institute, The Johns Hopkins University	2005
6	Pemenang dalam Kompetisi Proposal Penelitian Jurnal Integritas KPK	Komisi Pemberantasan Korupsi dan Universitas Paramadina	2017
7	Tanda Kehormatan Makara Dharma Bakti X Tahun	Universitas Indonesia	2019

