



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

Bismillahirrahmanirrahim

Berada di sini, sesungguhnya terasa seperti sedang berada di satu titik yang dicapai usai melewati perjalanan panjang, namun jelas belum berakhir. Sebuah titik yang menjadi bagian dari akan terusnya perjuangan mewujudkan Kesehatan Masyarakat di pelukan Ibu Pertiwi. Perjalanan yang mengantarkan pada warna-warni sketsa situasi kesehatan masyarakat dari masa ke masa. Menjadi saksi dari potret perjuangan seorang bidan di Papua Barat menceritakan sulitnya upaya menjaga kesehatan warga sekitar, saya menulis puisi untuk mengabadikannya.

Bidan Diana dari Pulau Doom

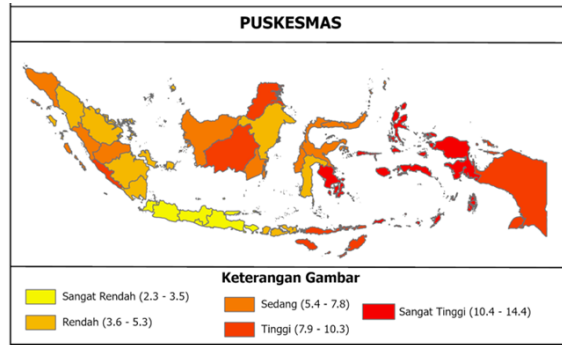
Berbelas tahun berbakti, tak terganti apa yang telah ia abdikan
Namun semata manusiawi
Bidan Diana keluhkan mengapa berat terkadang menjalani
Jika di malam buta pasien harus dilarikan ke rumah sakit
mengejar long Johnson, perahu kayu kecil bermotor tempel
menyebrang sambil mulut komat-kamit berdoa
berharap cuaca ramah bersahabat, arus air berbaik menyapa
belum usai perjuangan, berpacu dengan menit-menit tersisa
masih harus kejar angkutan umum, mencari taksi kuning,
mobil gerobak bak terbuka sudah sebuah karunia untuk antar ibu yang
merintih sakit mencoba bertahan
".. aduuuh, jika akhirnya seperti ini, pasien hembuskan nafas penghabisan
tak harus sesusah ini, angkat berat-berat, berlari kesana
kemari tersengal memburu waktu,
padahal tak tertolong juga si ibu..."
itu yang kadang tak bisa tertahan, tercetus juga karena lelahnya
sebab akhirnya pasien kehilangan nyawa
namun cepat ia tersadar kembali,
"kita toh tetap harus berusaha .., apa lagi yang bisa selain usaha,
karena Tuhan punya kuasa .."

(Dumilah Ayuningtyas, Sepotong cerita dari puskesmas terpencil Kepulauan Doom, Sorong. Papua Barat, Agustus 2014).

Juga sketsa serupa perjuangan memompa semangat baktikan diri, menjaga tak padam obor pengabdian para Skrikandi tangguh di Saumlaki Maluku Tenggara Barat yang membawa sendiri jerigen air karena berada di lokasi Puskesmas sangat terpencil yang belum ada pompa air dan aliran listrik. Mereka adalah dokter muda Lili Linda Klara Laura, serta bidan perawat Mama Eva Thien Mien Goreti yang ditemui di tahun 2015.

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 No.43 tahun 2019 hanya sebesar 48,9% tahun 2021, meski terdapat peningkatan yang cukup signifikan tahun berikutnya yaitu mencapai 60,79 % (1). Tiga Provinsi terendah yaitu Papua sebesar 8,4%, Papua Barat sebesar 12,4%, dan Maluku sebesar 13,4%. Dilansir dari data Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK) tahun 2021, masih terdapat 9,6% puskesmas kekurangan tenaga dokter dan 5% puskesmas tidak memiliki tenaga dokter Pusat Data Informasi Kemetrian Kesehatan, Desember 2022, mencantumkan data, Rasio ideal antara dokter dan penduduk adalah 1:1000, rasio dokter per penduduk di Indonesia sebesar 0,68, tersedia 186.305 dokter untuk melayani 275.541.600 jiwa (1). 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 (2,3). 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 (4).

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.

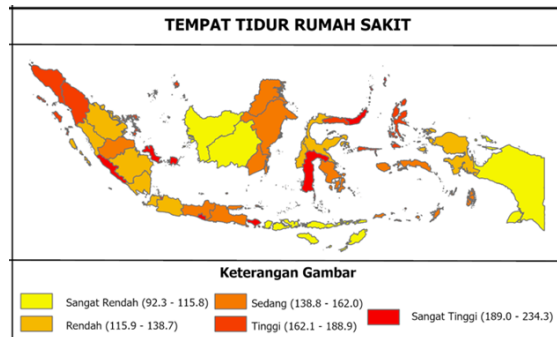
Hal penting yang menjadi catatan adalah bahwa visualisasi di atas tidak cukup menggambarkan aksesibilitas masyarakat terhadap fasilitas kesehatan setempat. Kondisi geografis, keterbatasan ekonomi, pendidikan dan sosial yang belum berkembang secara merata menjadi determinan yang lekat dengan aksesibilitas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

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 (5). 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 (6).

Tentu amat patut mengapresiasi usaha pemerintah untuk mengatasi permasalahan kronis tersebut melalui berbagai kebijakan strategi dan program percepatan pemerataan. Tak 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, terlebih untuk spesialis bedah jantung anak yang saat ini hanya 6 rumah sakit mampu melakukan operasi terbuka bedah jantung anak (7), serta peta jalan lintas sektoral terkait kemandirian obat dan alat kesehatan dalam negeri (8). 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 (9). Sementara, DAK Nonfisik Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) TA 2022 adalah Rp. 9,933 T (10). 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 (11). 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

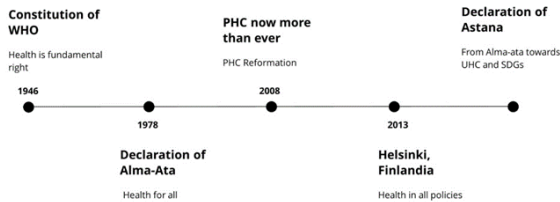
Melihat data ini, ada beberapa rasio TT di pulau terluar yang lebih tinggi di pulau Jawa, Rasio ini juga sudah sesuai dengan data rasio per 1.000 peserta yang ditulis dalam buku Statistika JKN. Fakta cukup menarik bahwa saat ini ketersediaan faskes di luar Jawa, yaitu Sulawesi lebih bagus dari Jawa. 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, 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.

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

Health For All : Kesadaran Global dan Nasional

Karena memperoleh standar kesehatan terbaik merupakan hak fundamental setiap manusia (12), yang harus diperoleh tanpa membedakan ras, agama, keyakinan politik, kondisi sosial maupun ekonomi, maka selazimnya menjadi tanggung jawab utama pemerintah untuk mewujudkannya . Deklarasi Alma-Ata pada tahun 1978 mendorong Pemerintah dan *stakeholders* terkait di seluruh dunia untuk mencapai *health for all* dengan *Primary Health Care* (PHC) sebagai kunci untuk mewujudkannya (13). Namun diketahui, faktor yang dapat memengaruhi belum terwujudnya cita-cita *Health for All by 2000* adalah kurangnya prioritas politik serta kebijakan terkait PHC (14). Tiga puluh tahun pasca Deklarasi Alma Ata, tahun 2008: *PHC now more than ever* memuat pembaruan konsep melalui reformasi PHC, di antaranya adalah *universal coverage* untuk terwujudnya sistem kesehatan yang merata dan adil serta reformasi kebijakan publik untuk *healthy public policies* dengan melibatkan lintas sector (15).



Gambar 3. Timeline awareness of Primary Health Care

Implementasi deklarasi Alma Alta lebih dari 40 tahun menjadi bukti bagaimana upaya yang telah dilakukan, serta pembelajaran dari keberhasilan maupun kegagalan. Pembelajaran tentang perlunya memahami PHC lebih sebagai sebuah proses dan harus mempertimbangkan konteks, budaya, politik, ekonomi dan kepedulian sosial untuk meningkatkan status dan derajat kesehatan masyarakat (16). Dalam the 8th Global Conference on Health Promotion di Helsinki, Finlandia tahun 2013 diperkenalkan *Health in All Policies* sebagai pendekatan kebijakan publik lintas sektoral yang memperhatikan dampak kesehatan dari suatu keputusan, bersinergi serta menghindari dampak buruk terhadap kesehatan guna memperbaiki kesehatan masyarakat serta

aspek *equity* (17). Empat puluh tahun pascaAlma Ata, Deklarasi Astana tahun 2018 menekankan kembali fokus pada PHC serta komitmen untuk *leaving no one behind* (18).

Tidak hanya pada lingkup global, Indonesia juga menunjukkan keseriusan kesadaran menegakkan hak untuk sehat bagi setiap warganegara sejak negeri ini berdiri, berakar di UUD 1945 sebagai mandat konstitusi tertinggi memayungi semua kebijakan lainnya. Hak-hak terkait kesehatan diatur dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pasal 28H ayat 1, dan juga dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, yaitu hak yang sama dalam memperoleh akses dan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Selain itu kewajiban pemerintah daerah terhadap pelayanan Kesehatan juga diatur dalam UU No.23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah tertuang salah satu syarat untuk pemekaran daerah dan pembentukan daerah dalam parameter kemampuan penyelenggaraan pemerintahan adalah aksesibilitas terhadap pelayanan Kesehatan.

Hadirin yang saya hormati,

Kelompok Rentan dan PHC

Proses panjang mewujudkan *health for all* dan pelaksanaan PHC membuat kita dapat mensyukuri capaian dan perubahan perbaikan signifikan, namun tentu perlu berimbang memandang capaian dan belum ketercapaian. Saat pada faktanya masih ada kendala dan keterbatasan, maka penajaman penetapan prioritas politik tentang fokus dan ruang apa saja yang perlu diprioritaskan dalam pengembangan kebijakan kesehatan menjadi hal penting.

Mengapa demikian ? Karena sistem kebijakan kesehatan sesungguhnya adalah refleksi dari sistem politik (19).² Politik dengan berbagai definisinya adalah tentang bagaimana mengoptimalkan upaya untuk memastikan alokasi dan distribusi dari sumber daya yang terbatas (*the allocation of scarce resource, distribution of scarce resources* (20).³ Politik menyangkut

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 penjabatan nilai-nilai (*values*) dalam masyarakat. Sarjana yang menekankan pembagian dan alokasi beranggapan bahwa politik tidak lain dan tidak bukan

produksi, distribusi, dan penggunaan sumber daya dalam perjalanan keberadaan sosial. Politik, memang dapat dipahami sekadar sebagai kekuasaan dan kemampuan untuk mencapai hasil yang diinginkan, melalui cara apa pun (21). Namun politik sesungguhnya juga adalah tentang bagaimana menata (governansi) dan membuat kebijakan publik (22),⁴ yang lazimnya menjadi panglima dari berbagai kekuasaan, kewenangan, otoritas untuk kepentingan publik dan menjadi solusi berbagai permasalahan masyarakat, termasuk 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 adalah prinsip non-diskriminasi yang berlaku bagi semua warganegara. Namun kelompok rentan memiliki lebih banyak hambatan untuk mendapatkan ketersediaan, aksesibilitas keterjangkauan, dan keberterimaan (*availability, accesibility, affordability, acceptability*) terhadap pelayanan Kesehatan. Itu sebabnya kelompok rentan (*vulnerable group*) didekatkan pemaknaanya pada klasifikasi kelompok yang berisiko (*group at risk*) juga kelompok yang kerap dirugikan (*disadvantaged group*). Negara memegang kewajiban untuk memenuhi hak atas kesehatan setiap orang termasuk di dalamnya kelompok rentan. Berkait dengan HAM, tanggung jawab negara memiliki tiga bentuk yaitu menghormati (*obligation to respect*); melindungi (*obligation to protect*), serta memenuhi (*obligation to fulfill*).

Terdapat beberapa pengertian tentang kelompok rentan, WHO mencantumkan pengertian “... *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

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 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 Miriam Budiharjo, Dasar-Dasar Ilmu Politik (Edisi Kedua) (Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama, 2008) Hlm.20

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. Sayangnya ODHA, pekerja migran, dan masyarakat adat, belum termasuk dalam regulasi tersebut, sehingga 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 dengan penyakit bawaan (23).

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. Pada kelompok ibu hamil, saat ini diketahui bahwa angka kematian ibu hamil menunjukkan penurunan dari tahun 2000 ke 2017, dengan 105/1000.000, 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. Sedangkan pada kelompok rentan yang kedua, yaitu 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. Namun angka ini masih tergolong cukup tinggi apabila dibandingkan dengan angka kematian balita di negara Asia Tenggara lainnya, seperti Thailand dan Malaysia.

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 (24). 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(25). 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 statistik secara komprehensif belum pernah dilakukan di Indonesia. Sulitnya pendataan ini dilakukan karena banyak komunitas adat yang tidak memiliki dokumen legal seperti KTP, KK, dan akta lahir karena nilai-nilai Tabu. Tidak adanya dokumen tersebut juga menjadi salah satu faktor kenapa masyarakat adat ini sulit mengakses layanan kesehatan dasar yang berbasis data *by name by address*(26). 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(27). 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 (28).

Hadirin yang saya muliakan ,

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

Analisis pengembangan kebijakan yang dilakukan untuk dapat mengetahui bagaimana perjalanan cita-cita terwujudnya kesehatan bagi semua (*Health for all*) dan secara khusus terpenuhinya PHC bagi kelompok rentan memperlihatkan dimana posisi Indonesia saat ini. Menjadi peta untuk mengetahui 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 pengembangan kebijakan.

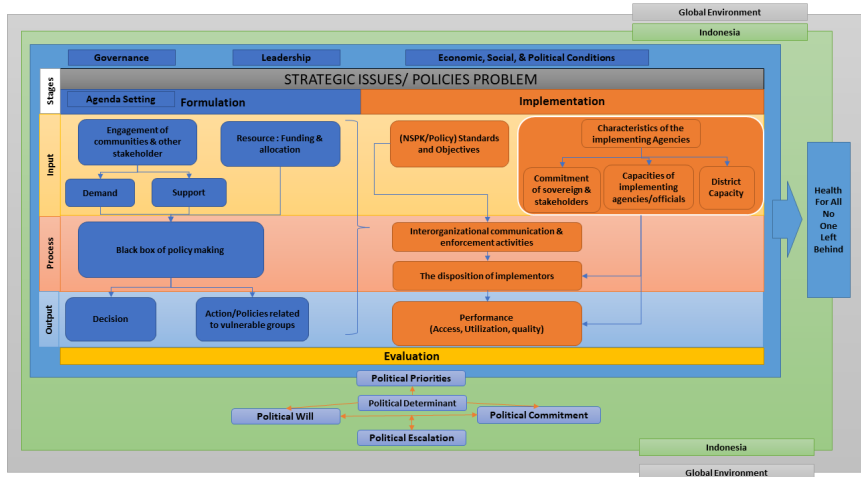
Sebagai negara kepulauan dengan lima pulau utama, 30 kepulauan besar, dan keseluruhan berjumlah 18.110 pulau, terdiri atas kabupaten (415), kabupaten administrasi (1), kota (93), dan kota administrasi (5) dalam 38 provinsi di Indonesia adalah mutumanikam nusantara yang sangat kaya dalam banyak hal, namun 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* (30), 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. Setidaknya dapat diawali dengan pendekatan teori klasik *Policy making process as a system*, David Easton (1965) tentang pengembangan kebijakan sebagai sebuah sistem yang terdiri dari input, proses, output, proses pembuatan kebijakan yang dikenal sebagai *black box of policy making* dengan adanya interaksi dan tawar menawar kepentingan dan posisi perspektif Van Meter Van Horn sebagai model pendekatan kebijakan *top-down* (31). Berikutnya model analisis segitiga kebijakan dengan komponen *context*, *content*, *process* dan *actors* (32), mengantarkan pada pentingnya mendetailkan faktor atau variabel yang harus ada, termasuk bagaimana aktor resmi dan aktor non resmi (di luar pemerintah) (33). Faktor-faktor tersebut memengaruhi implementasi kebijakan termasuk kerangka Mazmanian, Sabatier (1983) dimulai dari pengesahan peraturan perundangan (*statute*) dan mempengaruhi tahapan selanjutnya hingga dampak (*impact*) keputusan kebijakan (34). Perpaduan dua model implementasi kebijakan dalam konteks Indonesia adalah sesuatu yang memperkaya analisis kebijakan. Selain itu model ini akan mengurangi potensi *policy failure*, terutama pada konteks pemerintah daerah agar “*decision space*” yang ada termanfaatkan secara optimal (35).⁵ Akhirnya, ketika fokusnya adalah tentang bagaimana cita-cita deklarasi HAM, AlmaAlta dan

⁵ *Decision space* didefinisikan sebagai “aturan main” yang spesifik untuk pemerintah daerah sebagai perantara desentralisasi. Kurangnya penegakan *decision space* mengakibatkan pejabat yang berada pada level lebih rendah dapat melanggar aturan. *Decision Space* menangkap sejauh mana para pejabat lokal memanfaatkan kekuatan dalam pengambilan keputusan (Bossert, 1998). Bossert menjelaskan bahwa *decision space* selalu akan ada setiap aspek pengambilan keputusan. Dalam Bossert, T 1998, ‘Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: Decision space, innovation and performance’, *Social Science Medical*, vol. 47, no. 10, pp. 1513-1527.

seterusnya maka pembaruan dengan *visioning* WHO tentang *primary healthcare* melengkapi peta yang ada.

Peta kerangka yang dibuat untuk menggambarkan pengembangan kebijakan kesehatan di Indonesia secara khusus pengutamaan bagi kelompok rentan, dikuatkan dengan adaptasi dan kontekstualisasi di Indonesia untuk memunculkan usulan Model Prediktif Penguatan Prioritas Politik pada Pengembangan Kebijakan Kesehatan berikut ini:



Gambar 4. Dumilah A 2023, Pengembangan Dari Easton, V Horn V Metter, M Sabatier, WHO PHC, Dengan Adaptasi Dan Kontekstualisasi Di Indonesia

Health is a political choice, and politics is a continuous struggle for power among competing interests (36). Mengapa perlu menguatkan prioritas politik pada pengembangan kebijakan kesehatan? *Politics shapes policies, but policies also determine politics* (37). Politik membentuk kebijakan publik yang sejatinya menjadi solusi dari *community* or *policy problem*. Namun kebijakan juga menentukan arah politik. 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* (38). 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.

Kehadiran *political commitment*, membuat betapapun terbatasnya sumberdaya akan tetap ada 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 formulasi dan implementasi kebijakan termasuk kesiapan kelembagaan dan 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 (39). Dengan prioritas politik kebijakan selama pandemi, Indonesia berhasil mencapai prestasi lima besar negara dengan capaian vaksin tertinggi di dunia (40). Bahkan survei serologi Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) dan tim pandemi COVID-19 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI) dipimpin oleh Dr Pandu Riomo 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 (41).

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 (42).

Model yang diajukan sesungguhnya merupakan *Evidence based Predictive Policy*, yang dapat menjadi kerangka memprediksi berjalan baik atau tidaknya pengembangan kebijakan kesehatan bagi kelompok rentan, maupun secara luas untuk kebijakan kesehatan, 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. Prioritas politik termasuk di dalamnya *political will* dan *political commitment* menjadi cermin dan dapat 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 (43), yang akan lebih terasakan dinamikanya pada waktu-waktu tertentu, misalnya pada tahun politik. 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 kembali merupakan abstraksi dari *leadership and governance* (35) juga relasi pusat daerah pada konteks desentralisasi.

Penutup dan Refleksi Implikasi Kebijakan

Hadirin yang saya hormati,

Izinkan saya mensyukuri forum terhormat ini, karena dihadiri oleh berbagai stakeholder utama dan mewakili pentahelix, ABCGM (*Academician, Business, Community, Government* dan *Media*), dan karenanya penting memposisikan sebagai *policy forum*. Untuk menyampaikan langsung kepada pengambil keputusan dan pengambil kebijakan, berbagai hasil analisis input kritis advokasi tentang penting dan mendesaknya penguatan prioritas kesehatan. Beragam dan banyaknya permasalahan kesehatan yang kita hadapi, boleh jadi mencerminkan kegagalan kebijakan (*policy failure*) di Indonesia, yang dapat terjadi di setiap tahap pada siklus pengembangan kebijakan. *Policy failure* bahkan dapat saja terjadi di awal *policy process* (29), karena ada lingkungan kebijakan dinamis yang tak semua dapat dikontrol. *Policy failure* dalam setiap tahapan menjadi ruang terbuka untuk mengundang keterlibatan semua stakeholder lintas sektor membangun *team learning* dan bukan sekadar *team work*. Terutama dengan menyadari bahwa urusan kesehatan adalah urusan besar hajat hidup, urusan yang melekat pada manusia dan kemanusiaan jelas tak pernah bisa hanya diselesaikan oleh sektor kesehatan saja tanpa melibatkan dukungan dan komitmen bersama.

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, kesempatan yang sama untuk mendapatkan ruang mengakses dan menjangkau pelayanan kesehatan agar tak ada seorangpun yang tertinggal maka konteks penguatan prioritas politik bagi kelompok rentan 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 (44). 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 Permenkumham 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 (23). 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 satusihat. 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, penunaian 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, tentang bagaimana penguatan prioritas politik pengembangan kebijakan kesehatan akan bermakna bagi masyarakat terutama kelompok rentan, izinkan saya menyampaikan sebuah cermin suara hati seorang ibu dari sepotong puisi buram di tahun 2005 tentang seorang ibu yang mengeluhkan kartu jaminan kesehatan masyarakat miskin, sebagai jawabannya

Andai miskin pajangan musium...

aku cuma
perempuan tua berpunuk di leher
bertahun ingin hilangkan itu
sampai tiba janji, hembusan angin segar
semua akan ditangani cuma-Cuma

namun begitu
kering air mata,
lelah oleh kesiaan menanti
geletar bibir
gumam lamatku
siapa mau dengar?

andai miskin pajangan di musium
kubuang jauh kartu ini
kubuang nista karenanya
kan tegak kumasuki rumah berobat
terhormat
bermartabat

-Dumilah Ayuningtyas, Diilhami oleh ibu tua pemegang Askeskin, Masih dalam penantian panjang & berulang tertunda rencana operasi Thiroid nya di sebuah RSU di NTB-, akhir Mei 2005

Semoga potret suram ini akan atau telah berubah menjadi gambar yang cerah, sehingga permasalahan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan, memang sungguh hanya akan menjadi pajangan di musium.

REFERENSI

1. Dasbor Profil Tenaga Kesehatan - Satu Data Kementerian Kesehatan Indonesia [Internet]. [cited 2023 Mar 4]. Available from: <https://satudata.kemkes.go.id/dasbor-profil-tenaga-kesehatan.html>
2. 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>
3. 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>
4. IDI: Persebaran Dokter yang Tak Merata Jadi PR, Apalagi Saat Pandemi [Internet]. [cited 2023 Mar 4]. Available from: <https://news.detik.com/berita/d-4998341/idi-persebaran-dokter-yang-tak-merata-jadi-pr-apalagi-saat-pandemi>
5. 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>
6. Maria Louisa Rumateray Dokter Terbang Kebanggaan Papua [Internet]. [cited 2023 Mar 4]. Available from: <https://mediaindonesia.com/weekend/303110/maria-louisa-rumateray-dokter-terbang-kebanggaan-papua>
7. 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>
8. 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>
9. Peraturan Presiden nomor 104 Tahun 2021 tentang Rincian Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2022 [Internet]. 104 2021. Available from: <https://jdih.kemenkeu.go.id/download/c35175d2-1187-4338-a387-77bfe23cb0dc/104TAHUN2021PERPRES.pdf>
10. 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>
11. Peraturan Presiden nomor 130 Tahun 2022 tentang Rincian Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2023 [Internet]. 130 2022. Available from: <https://djpk.kemenkeu.go.id/wp-content/uploads/2022/12/1.-Salinan-Perpres-Nomor-130-Tahun-2022.pdf>
12. WHO. Constitution of the World Health Organization. New York; 1946.
13. WHO. Declaration of Alma-Ata. Alma-Ata; 1978.

14. Walley J, Lawn JE, Tinker A, de Francisco A, Chopra M, Rudan I, et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *Lancet*. 2008;372(9642):1001–7.
15. WHO, Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. World Health Organization; 2008.
16. Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All-from consensus to complexity. *BMJ Glob Heal*. 2018;3:1–7.
17. WHO. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. 8th Glob Conf Heal Promot. 2014;21.
18. WHO. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018 [Internet]. World Health Organization; 2019. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
19. Walt G. Health policy: an introduction to process and power. 1994;
20. Budiardjo M. Dasar-dasar ilmu politik. Gramedia pustaka utama; 2003.
21. Andrew Heywood. Politics [Internet]. Second. Palgrave, Macmillan; 2002 [cited 2023 Mar 4]. Available from: [http://www.mim.ac.mw/books/Andrew Heywood - Politics 2nd edition.pdf](http://www.mim.ac.mw/books/Andrew%20Heywood%20-%20Politics%202nd%20edition.pdf)
22. Mitchell JM, Mitchell WC. Political analysis & public policy: An introduction to political science. Rand McNally; 1969.
23. Pemerintah Ajak Masyarakat Lindungi Kelompok Rentan dari Covid-19 [Internet]. [cited 2023 Mar 4]. Available from: <https://nasional.kompas.com/read/2020/04/24/17165331/pemerintah-ajak-masyarakat-lindungi-kelompok-rentan-dari-covid-19>
24. Badan Pusat Statistik Indonesia. Survei Sosial Ekonomi Nasional. Badan Pusat Statistik Indonesia 2020.
25. Indonesia BPS. Statistik Penduduk Lanjut Usia. Badan Pusat Statistik Indonesia. 2019.
26. Limbong R. Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan Di Indonesia [Internet]. *J Online Int Nas* Januari. 2019;7(1).
27. Direktorat Jenderal P2P Kemenkes RI. Laporan perkembangan HIV AIDS & penyakit infeksi menular seksual (PIMS). 2020.
28. Indonesia BPPM. Data Pekerja Migran Indonesia Periode Desember 2022. *Pus Data dan Inf*. 2022.
29. Wu X, Ramesh M, Howlett M, Fritzen SA. The Public Policy Primer: Managing the Policy Process. Taylor & Francis; 2017. (Routledge Textbooks in Policy Studies).
30. Aditama TY. Beban Ganda Kesehatan Masyarakat. 2023.
31. Van Meter DS, Van Horn CE. The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework. *Adm Soc*. 1975;6(4):445–88.
32. 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.
33. Birkland TA. An introduction to the policy process: Theories, concepts, and models of public policy making. Sharpe M., editor. New York: Routledge; 2015. 93 and 130.
34. Mazmanian DA, Sabatier PA. Implementation and Public Policy: with a New Postscript. 2nd Editio.

- Lanham, Maryland: University Press of America; 1983.
35. 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.
 36. Kickbusch I. The political determinants of health--10 years on. *BMJ.* 2015 Jan;350(jan08 2):h81–h81.
 37. Weissert CS, Weissert WG. *Governing health: The politics of health policy.* JHU Press; 2008.
 38. Mintzberg H. *Power in and Around Organizations (The theory of management policy).* Vol. 5, *Organization Studies.* 1983. 269 p.
 39. 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.
 40. Ulya FN. *Satgas Covid-19: Capaian Vaksin Covid-19 Indonesia Jadi Lima Besar Dunia.* Kompas. 2022.
 41. Ulya FN. *Survei Serologi: 98,5 Persen Penduduk RI Punya Antibodi Covid-19.* Kompas. 2022.
 42. Shiffman J. Generating Political Priority for Maternal Mortality Reduction in 5 Developing Countries. *Am J Public Health.* 2007 May;97(5):796–803.
 43. Azra A. *Membendung Eskalasi Politik.* Kompas. 2022.
 44. Schumann DA, Mosley WH. The household production of health: Introduction. *Soc Sci Med [Internet].* 1994;38(2):201–4. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953694903891>
-

