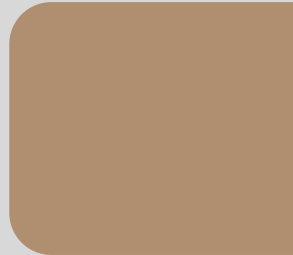
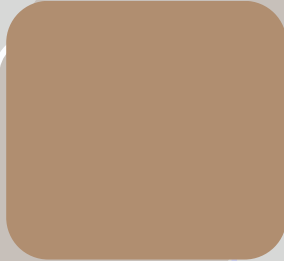


BUKU AJAR ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN



TIM PENULIS :

Egy Sunanda Putra, M.Gz

Syaiful Mizan, SKM, MKM

Septian Primalasari, S.ST, M.K.M

Arvida Bar, S.Pd., Ners., MKM

Mursidah Dewi, SKM, STr.Kep, M.Kep

BUKU AJAR ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

Egy Sunanda Putra, M.Gz
Syaiful Mizan, SKM, MKM
Septian Primalasari, S.ST, M.K.M
Arvida Bar, S.Pd., Ners., MKM
Mursidah Dewi, SKM, STr.Kep, M.Kep



GET PRESS INDONESIA

BUKU AJAR
ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

Penulis :

Egy Sunanda Putra, M.Gz
Syaiful Mizan, SKM, MKM
Septian Primalasari, S.ST, M.K.M
Arvida Bar, S.Pd., Ners., MKM
Mursidah Dewi, SKM, STr.Kep, M.Kep

ISBN : 978-634-255-746-4

Editor : Mila Sari, M. Si.

Desain Sampul dan Tata Letak : Yuliatr Novita, M.Hum.

PENERBIT : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Jl. Palarik RT 01 RW 06 Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tangah Padang Sumatera Barat
website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, September 2026

Hak cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga buku **Administrasi Kebijakan Kesehatan** ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini disusun sebagai bahan ajar untuk membantu mahasiswa memahami konsep, sistem, fungsi, proses, serta penerapan administrasi dan kebijakan dalam bidang kesehatan. Pembahasan dalam buku ini mencakup konsep dasar administrasi kebijakan kesehatan, sistem kesehatan nasional dan daerah, fungsi administrasi dalam program kesehatan, formulasi dan analisis kebijakan, desentralisasi, implementasi, monitoring dan evaluasi, pembiayaan dan jaminan kesehatan, isu strategis kesehatan global, advokasi kebijakan, penyusunan *policy brief*, hingga presentasi dan validasi kebijakan kesehatan.

Penulis berharap buku ini dapat menjadi salah satu sumber pembelajaran yang bermanfaat bagi mahasiswa, dosen, tenaga kesehatan, promotor kesehatan, maupun pembaca yang memiliki perhatian terhadap administrasi dan kebijakan kesehatan. Materi disusun secara sistematis agar pembaca dapat memahami keterkaitan antara konsep, proses, dan praktik kebijakan kesehatan dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang efektif dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat. Penulis menyadari bahwa buku ini masih memiliki kekurangan, sehingga kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan untuk penyempurnaan pada edisi berikutnya. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat dan menambah wawasan bagi seluruh pembaca.

Padang, Agustus 2026

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
BAB 1 KONSEP DASAR ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN	1
A. Tujuan Pembelajaran	1
B. Pendahuluan	1
C. Pengertian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.....	3
D. Ruang Lingkup Administrasi Kebijakan Kesehatan.....	4
E. Fungsi Administrasi dalam Bidang Kesehatan.....	6
F. Tujuan dan Manfaat Administrasi Kebijakan Kesehatan	8
G. Peran Promotor Kesehatan dalam Administrasi Kebijakan	9
Rangkuman.....	11
Latihan.....	12
BAB 2 SISTEM KESEHATAN NASIONAL DAN DAERAH	16
A. Tujuan Pembelajaran	16
B. Pendahuluan	16
C. Konsep Sistem Kesehatan Nasional.....	18
D. Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan.....	19
E. Peran Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota	20
F. Fungsi Puskesmas dan Rumah Sakit dalam Sistem Kesehatan	22
G. Hubungan Kelembagaan dan Koordinasi Pelayanan Kesehatan	24
Rangkuman.....	26
Latihan.....	27
BAB 3 FUNGSI ADMINISTRASI DALAM PROGRAM KESEHATAN	32
A. Tujuan Pembelajaran	32
B. Pendahuluan	32

C. Perencanaan Program Kesehatan	34
D. Pengorganisasian Program Kesehatan	35
E. Pelaksanaan Program Kesehatan	36
F. Monitoring Program Kesehatan	37
G. Evaluasi Program Kesehatan	39
Rangkuman	41
Latihan	42
BAB 4 KEBIJAKAN KESEHATAN NASIONAL DAN DAERAH	46
A. Tujuan Pembelajaran	46
B. Pendahuluan	46
C. Konsep Kebijakan Kesehatan	48
D. Bentuk Kebijakan Kesehatan	49
E. Hierarki Kebijakan Kesehatan di Indonesia	51
F. Transformasi Sistem Kesehatan Nasional	53
G. Dampak Kebijakan terhadap Masyarakat	54
Rangkuman	56
Latihan	57
BAB 5 FORMULASI KEBIJAKAN KESEHATAN	62
A. Tujuan Pembelajaran	62
B. Pendahuluan	62
C. Proses Formulasi Kebijakan	64
D. Agenda Setting Kebijakan Kesehatan	66
E. Stakeholder dalam Kebijakan Kesehatan	67
F. Kepentingan dan Pengaruh Aktor Kebijakan	69
G. Pengambilan Keputusan Kebijakan	70
Rangkuman	72
Latihan	73
BAB 6 ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN	77
A. Tujuan Pembelajaran	77

B. Pendahuluan	77
C. Konsep Analisis Kebijakan	79
D. Analisis SWOT dalam Kebijakan Kesehatan	80
E. Analisis PESTLE	82
F. Health Policy Triangle	83
G. Penerapan Alat Analisis pada Studi Kasus.....	84
H. Rangkuman	86
I. Latihan Mahasiswa	87
BAB 7 DESENTRALISASI KEBIJAKAN KESEHATAN.....	92
A. Tujuan Pembelajaran	92
B. Pendahuluan	92
C. Konsep Desentralisasi dan Otonomi Daerah	94
D. Kebijakan Kesehatan Pusat dan Daerah.....	96
E. Tantangan Implementasi Kebijakan Daerah.....	97
F. Peran Promotor Kesehatan dalam Kebijakan Lokal	99
G. Analisis Perbandingan Kebijakan Daerah.....	100
Rangkuman.....	102
Latihan.....	103
BAB 8 IMPLEMENTASI KEBIJAKAN KESEHATAN.....	108
A. Tujuan Pembelajaran	108
B. Pendahuluan	108
C. Konsep Implementasi Kebijakan	110
D. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi	111
E. Aktor Pelaksana Kebijakan	113
F. Komunikasi dalam Implementasi Kebijakan	114
G. Analisis Implementasi Kebijakan di Lapangan	115
H. Rangkuman	116
I. Latihan Mahasiswa	117
BAB 9 MONITORING DAN EVALUASI KEBIJAKAN KESEHATAN.....	122

A. Tujuan Pembelajaran.....	122
B. Pendahuluan.....	122
C. Konsep Monitoring dan Evaluasi.....	124
D. Penyusunan Indikator Monitoring.....	126
E. Metode Evaluasi Kebijakan.....	127
F. Penyusunan Laporan Monitoring dan Evaluasi.....	129
G. Pemanfaatan Hasil Monitoring dan Evaluasi.....	130
Rangkuman	132
Latihan	133
BAB 10 PEMBIAYAAN DAN KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN	138
A. Tujuan Pembelajaran.....	138
B. Pendahuluan.....	138
C. Konsep Pembiayaan Kesehatan	140
D. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	141
E. Pembiayaan Program Promotif dan Preventif.....	143
F. Manfaat dan Tantangan Pembiayaan Kesehatan	145
G. Implikasi Pembiayaan terhadap Program Promosi Kesehatan	146
H. Rangkuman.....	148
Latihan	149
BAB 11 ISU STRATEGIS KEBIJAKAN KESEHATAN GLOBAL	153
A. Tujuan Pembelajaran.....	153
B. Pendahuluan.....	153
C. Sustainable Development Goals (SDGs) Bidang Kesehatan.....	155
D. Universal Health Coverage (UHC).....	157
E. Transisi Demografi dan Tantangan Kesehatan.....	158
F. Digitalisasi Pelayanan Kesehatan.....	159
G. Equity dan Isu Global Kesehatan.....	160
Rangkuman	162
Latihan	163

BAB 12 STRATEGI ADVOKASI KEBIJAKAN KESEHATAN	168
A. Tujuan Pembelajaran	168
B. Pendahuluan	168
C. Konsep Advokasi Kebijakan.....	170
D. Langkah-Langkah Advokasi Kebijakan.....	171
E. Penyusunan Pesan Advokasi	172
F. Media Kampanye Kebijakan Kesehatan	174
G. Public Speaking dalam Advokasi.....	175
Rangkuman.....	177
Latihan.....	178
BAB 13 PENYUSUNAN POLICY BRIEF KEBIJAKAN KESEHATAN.....	182
A. Tujuan Pembelajaran	182
B. Pendahuluan	182
C. Konsep dan Fungsi Policy Brief.....	184
D. Identifikasi Permasalahan Kebijakan.....	185
E. Penyusunan Alternatif dan Rekomendasi Kebijakan	187
F. Penyusunan Naskah Policy Brief Berbasis Data	188
G. Revisi dan Penyempurnaan Policy Brief	190
Rangkuman.....	192
Latihan.....	193
BAB 14 PRESENTASI DAN VALIDASI KEBIJAKAN KESEHATAN.....	197
A. Tujuan Pembelajaran	197
B. Pendahuluan	197
C. Teknik Presentasi Policy Brief.....	199
D. Simulasi Audiensi dengan Pemangku Kepentingan	201
E. Teknik Mempertahankan Argumentasi Kebijakan.....	202
F. Evaluasi dan Validasi Rekomendasi Kebijakan.....	203
G. Revisi Akhir dan Tindak Lanjut Policy Brief	205
Rangkuman.....	207

Latihan	208
DAFTAR PUSTAKA.....	213
LAMPIRAN.....	222
GLOSARIUM	240
INDEKS	247
TENTANG PENULIS.....	249

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1. Alur Administrasi Kebijakan Kesehatan dari Identifikasi Masalah hingga Evaluasi	3
Gambar 2. 1. Struktur Sistem Kesehatan Nasional dan Daerah.....	18
Gambar 3. 1. Siklus Fungsi Administrasi Program Kesehatan (POAC)	34
Gambar 4. 1. Hierarki Kebijakan Kesehatan Nasional dan Daerah	48
Gambar 5. 1. Tahapan Formulasi Kebijakan Kesehatan	64
Gambar 6. 1. Kerangka Analisis Kebijakan Kesehatan	79
Gambar 7. 1. Pembagian Wewenang dalam Desentralisasi Kebijakan Kesehatan.....	94
Gambar 8. 1. Alur Implementasi Kebijakan Kesehatan.....	110
Gambar 9. 1. Siklus Monitoring dan Evaluasi Kebijakan Kesehatan	124
Gambar 10. 1. Alur Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.....	140
Gambar 11. 1. Keterkaitan Isu Strategis Kesehatan Global	155
Gambar 12. 1. Tahapan Strategi Advokasi Kebijakan Kesehatan	170
Gambar 13. 1. Struktur Policy Brief Berbasis Bukti	184
Gambar 14. 1. Alur Presentasi dan Validasi Rekomendasi Kebijakan Kesehatan.....	199

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1. Ruang Lingkup Administrasi Kebijakan Kesehatan di Indonesia	5
Tabel 1. 2. Penerapan Fungsi Administrasi (POAC) pada Program Promosi Kesehatan Puskesmas	7
Tabel 2. 1. Distribusi Peran Dinas Kesehatan dalam Penanggulangan Wabah	21
Tabel 2. 2. Perbandingan Peran Puskesmas dan Rumah Sakit dalam Intervensi Epidemiologi dan Promosi Kesehatan	23
Tabel 3. 1. Matriks Pembagian Kerja Tim Pelaksana Promosi Kesehatan	36
Tabel 4. 1. Hierarki dan Aplikasi Kebijakan Kesehatan di Indonesia.....	51
Tabel 5. 1. Matriks Peran Aktor dalam Formulasi Kebijakan Kesehatan Inklusif.....	68
Tabel 6. 1. Matriks Komparasi Elemen Health Policy Triangle dalam Program Kesehatan di Indonesia.....	84
Tabel 7. 1. Pembagian Wewenang Kebijakan Kesehatan Berdasarkan Tingkat Pemerintahan.....	97
Tabel 8. 1. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Kebijakan Kesehatan.....	112
Tabel 8. 2. Hambatan Komunikasi dan Strategi Solusi dalam Implementasi Kebijakan Kesehatan	114
Tabel 9. 1. Matriks Indikator Monitoring Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)	127
Tabel 10. 1. Alokasi Sumber Pembiayaan Program Promotif dan Preventif di Puskesmas.....	144
Tabel 11. 1. Matriks Operasionalisasi Target SDGs Bidang Kesehatan di Tingkat Puskesmas	156
Tabel 13. 1. Matriks Analisis Prioritas Permasalahan Kebijakan Kesehatan	186
Tabel 13. 2. Struktur Naskah Policy Brief Berbasis Data Epidemiologi	189
Tabel 14. 1. Struktur Presentasi dan Alokasi Waktu Policy Brief untuk Pembuat Kebijakan.....	200
Tabel 14. 2. Matriks Validasi Kelayakan Rekomendasi Kebijakan Kesehatan	204

BAB 1

KONSEP DASAR ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menentukan ruang lingkup administrasi kebijakan kesehatan yang relevan dengan permasalahan kesehatan masyarakat di tingkat daerah.
2. Mengimplementasikan fungsi-fungsi administrasi kesehatan dalam merancang program promosi kesehatan yang terstruktur.
3. Menggunakan prinsip administrasi kebijakan untuk mengatasi hambatan birokrasi dalam pelaksanaan program kesehatan di Puskesmas.
4. Memilih instrumen kebijakan kesehatan yang tepat untuk mendukung intervensi promosi kesehatan berdasarkan analisis situasi wilayah.
5. Mendemonstrasikan peran taktis promotor kesehatan dalam proses advokasi dan formulasi kebijakan kesehatan di tingkat komunitas.

B. Pendahuluan

Efektivitas sebuah intervensi kesehatan masyarakat tidak pernah berdiri sendiri di dalam ruang hampa klinis; ia sangat bergantung pada sistem administrasi dan kebijakan yang menopangnya. Di Indonesia, banyak program kesehatan preventif dan promotif yang dirancang dengan sangat baik secara teoritis, namun menemui jalan buntu saat diimplementasikan di lapangan akibat lemahnya tata kelola administrasi dan tumpang tindih regulasi. Sebagai contoh, upaya penurunan angka stunting di berbagai daerah sering kali terhambat bukan karena ketiadaan anggaran atau formula gizi, melainkan karena rumitnya koordinasi lintas sektor dan birokrasi pencairan dana di tingkat desa. Bagi mahasiswa Program Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, memahami administrasi kebijakan kesehatan bukan sekadar mempelajari

tumpukan berkas formalitas, melainkan menguasai mesin penggerak yang memungkinkan program-program edukasi dan intervensi perilaku dapat berjalan secara legal, sistematis, dan berkelanjutan. Tanpa pemahaman administrasi yang kuat, seorang promotor kesehatan hanya akan menjadi pelaksana teknis tanpa daya tawar untuk mengubah sistem yang menghambat derajat kesehatan masyarakat.

Sebagai calon praktisi yang berada di garda depan, mahasiswa promosi kesehatan dituntut memiliki kompetensi aplikatif untuk menerjemahkan data epidemiologi menjadi aksi nyata melalui koridor kebijakan yang sah. Ketika data menunjukkan lonjakan kasus penyakit tidak menular seperti diabetes di suatu wilayah, promotor kesehatan tidak hanya bertugas melakukan penyuluhan, tetapi juga harus mampu mengadvokasi lahirnya kebijakan lokal—seperti regulasi kawasan tanpa rokok atau pembatasan konsumsi gula di sekolah—yang membutuhkan pemahaman mendalam tentang birokrasi pemerintahan. Administrasi kebijakan kesehatan memberikan kerangka kerja bagi mahasiswa untuk melihat bagaimana kekuasaan, sumber daya, dan aturan hukum dikelola demi kemaslahatan publik. Penguasaan aspek ini memungkinkan lulusan sarjana terapan untuk mendesain program promosi kesehatan yang tidak hanya kreatif secara konten, tetapi juga kokoh secara administratif, sehingga diakui dan didukung penuh oleh pembuat keputusan di tingkat puskesmas, dinas kesehatan, hingga kementerian terkait.

Untuk membekali mahasiswa dengan fondasi yang kokoh tersebut, bab pertama buku ajar ini akan mengupas tuntas konsep-konsep esensial yang menjadi pilar administrasi kebijakan kesehatan. Pembahasan akan diawali dengan pemaparan mengenai pengertian administrasi dan kebijakan kesehatan guna menyamakan persepsi teoretis. Selanjutnya, mahasiswa akan diajak mengeksplorasi ruang lingkup administrasi kebijakan kesehatan untuk memetakan batasan dan wilayah kerja disiplin ilmu ini. Bab ini juga akan menguraikan fungsi administrasi dalam bidang kesehatan serta tujuan dan manfaat administrasi kebijakan kesehatan dalam menjamin mutu pelayanan publik. Pada bagian akhir, fokus akan diarahkan pada peran promotor kesehatan dalam administrasi kebijakan, yang akan memperjelas posisi strategis mahasiswa sebagai agen perubahan yang mampu mengintegrasikan promosi kesehatan ke dalam sistem kebijakan yang lebih luas.

Administrasi Kebijakan Kesehatan



Sumber daya, regulasi, dan tindakan dikelola secara terintegrasi

Gambar 1. 1. Alur Administrasi Kebijakan Kesehatan dari Identifikasi Masalah hingga Evaluasi

C. Pengertian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Administrasi kesehatan merupakan proses pengorganisasian, pengelolaan, dan pelaksanaan berbagai sumber daya untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Di sisi lain, kebijakan kesehatan adalah keputusan, rencana, dan tindakan yang dilakukan oleh otoritas publik untuk mencapai tujuan perawatan kesehatan tertentu dalam masyarakat. Penggabungan kedua konsep ini menghasilkan disiplin administrasi kebijakan kesehatan, yaitu sebuah kerangka kerja sistematis yang mengatur bagaimana regulasi kesehatan dirancang, diputuskan, dan diimplementasikan secara legal serta akuntabel. Sebagai sebuah disiplin ilmu, penerapannya senantiasa bersandar pada metodologi ilmiah yang terstruktur, sejalan dengan pemahaman mengenai konsep dasar sains (Aji, 2019). Kebijakan publik yang dilahirkan oleh pemerintah bertindak sebagai instrumen yang mengikat dan memaksa untuk mengarahkan arah pembangunan kesehatan (Desrinelti, 2021). Oleh karena itu, memahami administrasi kebijakan kesehatan berarti memahami bagaimana kekuasaan dan otoritas digunakan untuk mengalokasikan sumber daya demi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Dalam konteks ketatanegaraan Indonesia, administrasi kebijakan kesehatan memiliki landasan yuridis yang kuat. Negara memiliki kewajiban konstitusional untuk menjamin hak asasi warga negara atas kesehatan, sebagaimana diatur dalam Pasal 28H Undang-Undang Dasar 1945. Politik hukum pemerintah dalam menangani berbagai tantangan kesehatan harus selalu berorientasi pada

perlindungan hak atas kesehatan tersebut (Kurniawan, 2021). Administrasi kebijakan kesehatan menjadi jembatan operasional agar amanat konstitusi ini tidak sekadar menjadi dokumen normatif, melainkan mewujudkan dalam program-program konkret seperti jaminan kesehatan nasional, penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang merata, dan program-program promotif-preventif di tingkat komunitas.

DEFINISI

Administrasi Kebijakan Kesehatan: Sistem pengelolaan sumber daya, regulasi, dan tindakan hukum yang terintegrasi untuk merumuskan, melaksanakan, serta mengevaluasi kebijakan kesehatan guna menjamin pemenuhan hak kesehatan masyarakat secara adil dan merata.

Penerapan administrasi kebijakan kesehatan yang inklusif sangat krusial dalam menjangkau kelompok-kelompok rentan yang sering kali terabaikan dalam sistem pelayanan standar. Sebagai contoh, perumusan naskah kebijakan pelayanan kesehatan yang ramah bagi penyandang disabilitas memerlukan pendekatan administratif yang spesifik agar kebutuhan aksesibilitas mereka terpenuhi (Pudjiastuti, 2022). Implikasi dari penerapan konsep ini adalah lahirnya tata kelola puskesmas atau rumah sakit yang tidak hanya fokus pada aspek kuratif, tetapi juga menata prosedur administratif yang memudahkan masyarakat rentan dalam mengakses hak-hak kesehatan mereka. Bagi seorang promotor kesehatan, pemahaman mendalam mengenai pengertian administrasi kebijakan kesehatan ini menjadi modal utama untuk melakukan advokasi program yang legal, terstruktur, dan memiliki daya jangkauan yang luas hingga ke tingkat akar rumput.

D. Ruang Lingkup Administrasi Kebijakan Kesehatan

Ruang lingkup administrasi kebijakan kesehatan mencakup seluruh siklus pengelolaan sistem kesehatan, mulai dari perumusan kebijakan, pengorganisasian sumber daya, hingga pengawasan di lapangan. Secara makro, ruang lingkup ini melibatkan interaksi antara lembaga eksekutif, legislatif, dan yudikatif dalam melahirkan undang-undang dan peraturan pemerintah. Di tingkat meso dan mikro, ruang lingkungannya bergeser pada tata laksana birokrasi, prosedur operasional standar (SOP), serta pengelolaan sumber daya manusia kesehatan yang bertugas mengeksekusi kebijakan tersebut. Reformasi birokrasi dalam administrasi pemerintahan mencakup tiga pilar utama, yaitu

kelembagaan, tata laksana, dan sumber daya manusia, yang semuanya saling memengaruhi efektivitas pelayanan publik (Lampung, 2021).

Untuk memahami bagaimana ruang lingkup ini bekerja secara terstruktur di Indonesia, kita perlu melihat pembagian peran administratif di berbagai tingkatan sistem kesehatan. Penataan ini bertujuan agar setiap unit pelayanan memiliki kejelasan wewenang dalam menjalankan fungsi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Tabel 1. 1. Ruang Lingkup Administrasi Kebijakan Kesehatan di Indonesia

Tingkat Birokrasi	Fokus Administrasi	Contoh Regulasi/Kebijakan	Implikasi Kesehatan	Promosi
Makro (Pusat)	Formulasi undang-undang, standardisasi nasional, dan alokasi anggaran induk.	Undang-Undang Kesehatan, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN).	Penetapan arah kebijakan kesehatan nasional dan integrasi anggaran promotif.	promosi nasional dan anggaran
Meso (Provinsi/Kabupaten)	Penerjemahan regulasi pusat menjadi kebijakan lokal, koordinasi lintas sektor, dan distribusi logistik.	Peraturan Daerah (Perda) Kawasan Tanpa Rokok, alokasi APBD untuk sektor kesehatan.	Advokasi kebijakan lokal yang mendukung perubahan perilaku masyarakat di daerah.	kebijakan lokal yang mendukung perubahan perilaku
Mikro (Puskesmas/Klinik)	Pelaksanaan teknis operasional, manajemen puskesmas, dan pemberdayaan masyarakat.	SOP Pelayanan Posyandu, perencanaan program kerja tahunan Puskesmas.	Pelaksanaan intervensi penyuluhan, pemberdayaan kader, dan pengorganisasian komunitas.	intervensi penyuluhan, pemberdayaan kader, dan pengorganisasian komunitas.

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa administrasi kebijakan tidak bersifat tunggal, melainkan berjenjang dari tingkat pusat hingga operasional di lapangan. Keberhasilan promosi kesehatan sangat bergantung pada bagaimana kebijakan makro diterjemahkan secara taktis di tingkat mikro melalui manajemen program yang adaptif dan berbasis kebutuhan lokal.

Di tingkat daerah, ruang lingkup administrasi kebijakan kesehatan juga sangat dipengaruhi oleh kebijakan fiskal dan hubungan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah. Pengelolaan pajak daerah dan retribusi daerah menjadi salah satu instrumen administratif penting yang menentukan ketersediaan anggaran untuk program-program kesehatan masyarakat (Anggoro, 2023). Tanpa adanya koordinasi administratif yang baik dalam pengelolaan anggaran daerah ini, program-program kesehatan masyarakat seperti pencegahan stunting atau penanggulangan penyakit menular akan kekurangan dukungan finansial yang berkelanjutan. Selain itu, penataan posisi layanan berbasis komunitas dalam sistem kesehatan nasional juga menjadi ruang lingkup penting untuk memastikan bahwa kelompok marginal mendapatkan akses pelayanan yang setara (Sutrisna, 2021). Dengan demikian,

ruang lingkup administrasi kebijakan kesehatan tidak hanya terbatas pada dinding-dinding birokrasi kantor pemerintahan, melainkan meluas hingga ke tata kelola pembiayaan, regulasi daerah, dan pemberdayaan komunitas di lapangan.

E. Fungsi Administrasi dalam Bidang Kesehatan

Fungsi administrasi dalam bidang kesehatan merupakan pilar operasional yang menerjemahkan visi, misi, dan kebijakan teoritis menjadi tindakan nyata di tingkat akar rumput. Dalam konteks promosi kesehatan, administrasi tidak boleh dipandang sekadar sebagai aktivitas pencatatan dokumen atau birokrasi yang kaku (Lampung, 2021). Sebaliknya, administrasi adalah instrumen dinamis yang mengintegrasikan seluruh sumber daya guna mencapai tujuan kesehatan masyarakat secara efektif dan efisien. Secara klasik, fungsi administrasi ini bertumpu pada siklus manajemen yang meliputi perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pelaksanaan (*actuating*), dan pengawasan (*controlling*) atau dikenal dengan akronim POAC (Saputro, 2022). Bagi seorang promotor kesehatan, penguasaan fungsi-fungsi ini sangat krusial untuk memastikan bahwa program edukasi dan intervensi perilaku yang dirancang dapat dieksekusi secara legal, terukur, dan berkelanjutan dalam kerangka Sistem Kesehatan Nasional (Sutrisna, 2021).

DEFINISI

Fungsi Administrasi Kesehatan adalah rangkaian aktivitas terstruktur yang mencakup perencanaan, pengorganisasian, mobilisasi sumber daya, dan pengawasan yang diterapkan untuk memastikan program kesehatan berjalan sesuai regulasi dan mencapai target derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

Penerapan fungsi-fungsi ini di lapangan sering kali menghadapi tantangan birokrasi dan koordinasi sektoral yang kompleks. Sebagai contoh, dalam upaya menurunkan prevalensi stunting di tingkat daerah, fungsi perencanaan (*planning*) menuntut promotor kesehatan untuk tidak hanya menganalisis data epidemiologi balita kerdil, tetapi juga menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK) yang sinkron dengan anggaran desa. Ketika masuk ke tahap pengorganisasian (*organizing*), promotor harus mampu membagi peran antara bidan desa, kader Posyandu, dan Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK). Tanpa adanya kejelasan fungsi pengorganisasian ini, program intervensi gizi akan tumpang tindih dan kehilangan arah di tingkat komunitas.

CONTOH

Di sebuah Puskesmas di wilayah Jawa Timur, program promosi pemberian ASI Eksklusif sempat mengalami kegagalan karena lemahnya fungsi pengawasan (*controlling*). Meskipun perencanaan dan sosialisasi (pelaksanaan) telah berjalan dengan baik, tidak adanya instrumen pemantauan berkala terhadap kepatuhan ibu menyusui dan kinerja kader pendamping menyebabkan angka cakupan ASI Eksklusif tetap rendah. Pengawasan ini sejalan dengan pentingnya asesmen berkala dalam implementasi kebijakan publik untuk mengukur kemampuan minimum sistem (Aisah, 2021). Setelah dilakukan perbaikan administrasi dengan menerapkan lembar kontrol digital dan rapat evaluasi bulanan bersama lintas sektor, efektivitas program meningkat signifikan sebesar 35% dalam waktu enam bulan.

Implikasi praktis dari pemahaman ini adalah bahwa seorang sarjana terapan promosi kesehatan harus mampu bertindak sebagai manajer program yang andal, bukan sekadar penyuluh teknis. Kegagalan program kesehatan di Indonesia sering kali bukan disebabkan oleh kurangnya inovasi ide, melainkan akibat lemahnya tata kelola administrasi pada fase pelaksanaan dan pengawasan.

Untuk memberikan gambaran operasional yang sistematis mengenai penerapan fungsi-fungsi tersebut, matriks berikut menyajikan dekonstruksi aktivitas administratif dalam program promosi kesehatan di tingkat dasar.

Tabel 1. 2. Penerapan Fungsi Administrasi (POAC) pada Program Promosi Kesehatan Puskesmas

Fungsi Administrasi	Aktivitas Spesifik (C3)	Sumber Daya Terlibat	Output Administratif
Perencanaan (Planning)	Menentukan target sasaran, menyusun jadwal penyuluhan, dan merancang anggaran media promosi.	Promotor Kesehatan, Kepala Puskesmas, Bendahara	Dokumen Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)
Pengorganisasian (Organizing)	Mendelegasikan tugas pembuatan media kepada staf dan membentuk jejaring kader kesehatan desa.	Tim Kesehatan, Promosi Kepala Desa, Tokoh Masyarakat	Surat Keputusan (SK) Tim Pelaksana Kegiatan
Pelaksanaan (Actuating)	Menggerakkan masyarakat untuk hadir di Posyandu dan melaksanakan edukasi kelompok.	Kader Posyandu, Bidan Desa, Promotor Kesehatan	Laporan Bulanan Kegiatan dan Logbook Intervensi

Fungsi Administrasi	Aktivitas Spesifik (C3)	Sumber Daya Terlibat	Output Administratif
Pengawasan (Controlling)	Melakukan supervisi lapangan, mengisi daftar tilik kinerja kader, dan mengevaluasi capaian indikator.	Dinas Kesehatan Kabupaten, Supervisor Puskesmas	Lembar Checklist Monitoring dan Rekomendasi Perbaikan

Tabel 1.2 di atas menunjukkan bahwa setiap tahapan administrasi saling mengunci dan memastikan bahwa intervensi promosi kesehatan tidak berjalan secara sporadis. Keberhasilan pelaksanaan di lapangan sangat ditentukan oleh kejelasan output administratif pada setiap fase fungsi tersebut, sehingga seluruh sumber daya dapat dipertanggungjawabkan secara hukum dan kinerja.

F. Tujuan dan Manfaat Administrasi Kebijakan Kesehatan

Tujuan utama dari administrasi kebijakan kesehatan adalah untuk menjamin bahwa seluruh pelayanan kesehatan diselenggarakan secara efisien, efektif, adil, dan bermutu tinggi guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Melalui administrasi yang tertata, ketidakpastian dalam penyediaan pelayanan dapat diminimalkan, dan alokasi sumber daya yang terbatas dapat diarahkan pada program-program yang memiliki daya ungkit kesehatan terbesar. Manfaat dari penerapan administrasi kebijakan yang baik adalah terciptanya kepastian hukum bagi petugas kesehatan, transparansi anggaran, serta kemudahan akses bagi masyarakat untuk memperoleh hak-hak kesehatannya.

Ketika krisis kesehatan terjadi, keberadaan administrasi kebijakan yang adaptif dan responsif menjadi penentu keselamatan publik. Sebagai contoh, pada masa pandemi COVID-19 di Indonesia, pemerintah daerah dituntut untuk melakukan inovasi kebijakan penanganan kesehatan secara cepat guna menekan laju penularan virus (Pratiwi, 2021). Langkah adaptif ini selaras dengan kebijakan manajemen krisis di sektor lain, seperti kebijakan pembelajaran daring yang diterapkan oleh kepala sekolah demi menjaga keselamatan siswa di era new normal (Hermanto, 2021). Inovasi administratif seperti penyusunan regulasi karantina wilayah tingkat mikro, realokasi anggaran untuk pengadaan alat pelindung diri (APD), dan penyusunan SOP pelacakan kontak erat merupakan bukti nyata bagaimana administrasi kebijakan digunakan sebagai instrumen penyelamatan jiwa.

CONTOH

Di Kota Surabaya, administrasi kebijakan diwujudkan dalam bentuk pembentukan Satgas COVID-19 tingkat rukun tetangga (RT) yang didukung oleh payung hukum peraturan walikota. Kebijakan administratif ini memberikan wewenang legal bagi warga lokal untuk melakukan pembatasan mobilitas secara mandiri dan menyalurkan bantuan logistik secara akuntabel. Implikasinya, rantai penularan dapat ditekan secara signifikan di tingkat komunitas tanpa harus melumpuhkan aktivitas ekonomi kota secara keseluruhan.

Keberhasilan implementasi kebijakan kesehatan di lapangan juga sangat dipengaruhi oleh tingkat kepatuhan masyarakat terhadap regulasi yang ditetapkan. Kepatuhan masyarakat terhadap protokol kesehatan atau program imunisasi tidak terjadi secara instan, melainkan dipengaruhi oleh kejelasan komunikasi kebijakan, penegakan aturan yang adil, serta keterlibatan aktif tokoh masyarakat (Riyadi, 2021). Di sinilah manfaat administrasi kebijakan kesehatan bekerja; ia menyediakan kerangka kerja bagi promotor kesehatan untuk menyusun strategi edukasi yang selaras dengan regulasi formal. Dengan demikian, aturan hukum yang dibuat oleh pemerintah tidak hanya menjadi dokumen mati, melainkan menjadi norma sosial baru yang diinternalisasi oleh masyarakat dalam kehidupan sehari-hari mereka.

G. Peran Promotor Kesehatan dalam Administrasi Kebijakan

Promotor kesehatan memegang peran taktis dan strategis dalam menjembatani antara kebijakan kesehatan yang bersifat formal dengan realitas perilaku masyarakat di lapangan. Dalam administrasi kebijakan kesehatan, peran promotor kesehatan tidak hanya terbatas pada pelaksanaan penyuluhan atau pembuatan media edukasi, melainkan aktif dalam proses advokasi kebijakan, formulasi regulasi lokal, serta pemantauan implementasi kebijakan di tingkat komunitas. Promotor kesehatan bertindak sebagai agen perubahan yang mampu menerjemahkan bahasa hukum dan birokrasi yang kaku menjadi bahasa aksi yang dipahami dan didukung oleh masyarakat luas.

Perkembangan teknologi informasi dan tantangan pembiayaan kesehatan menuntut promotor kesehatan untuk memiliki kemampuan administratif yang adaptif. Sebagai contoh, adopsi layanan *telemedicine* sebagai solusi pelayanan kesehatan di Indonesia memerlukan kesiapan administratif berupa regulasi perlindungan data pasien dan SOP pelayanan digital yang ramah pengguna

(Lubis, 2021). Promotor kesehatan berperan penting dalam mengedukasi masyarakat mengenai pemanfaatan teknologi ini sekaligus memberikan masukan kepada manajemen puskesmas mengenai kendala administratif yang dihadapi warga saat mengakses layanan digital tersebut. Selain itu, pemahaman mengenai dinamika pembiayaan kesehatan, termasuk dampak keuangan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan akibat perubahan kebijakan klaim anggaran, sangat penting bagi promotor kesehatan agar dapat merancang program promotif-preventif yang efisien dan memiliki argumentasi finansial yang kuat di hadapan para pembuat keputusan (Ambarwati, 2021).

CONTOH

Seorang promotor kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo melakukan advokasi untuk melahirkan Peraturan Daerah (Perda) Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Promotor kesehatan tersebut mengumpulkan data epidemiologi penyakit tidak menular, menghitung estimasi kerugian ekonomi akibat perilaku merokok di tingkat keluarga, dan menyusun *policy brief* yang diserahkan kepada Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD). Melalui proses lobi dan penyusunan draf regulasi bersama bagian hukum, Perda KTR akhirnya disahkan. Implikasi dari peran administratif ini adalah lahirnya kekuatan hukum tetap yang melarang aktivitas merokok di sekolah, tempat ibadah, dan fasilitas kesehatan, yang kemudian ditindaklanjuti dengan pembentukan tim pengawas administratif di tingkat kecamatan.

Melalui peran aktif dalam administrasi kebijakan, promotor kesehatan memastikan bahwa upaya promosi kesehatan memiliki keberlanjutan yang kuat karena didukung oleh regulasi yang sah dan anggaran yang pasti. Penguasaan aspek administrasi ini menaikkan posisi tawar promotor kesehatan dari sekadar pelaksana teknis kegiatan menjadi mitra strategis kepala puskesmas atau kepala dinas kesehatan dalam merancang masa depan kesehatan masyarakat yang lebih baik dan berkeadilan.

Rangkuman

Administrasi kebijakan kesehatan mengintegrasikan pengelolaan sumber daya, regulasi hukum, dan tindakan sistematis untuk mewujudkan hak konstitusional atas kesehatan warga negara sebagaimana diamanatkan oleh Pasal 28H UUD 1945. Sebagai jembatan operasional, disiplin ini mengubah norma hukum yang abstrak menjadi program nyata yang adil dan inklusif, khususnya bagi kelompok rentan dan penyandang disabilitas melalui penataan tata kelola fasilitas kesehatan yang responsif. Ruang lingkup administrasi kebijakan kesehatan beroperasi secara berjenjang, mulai dari tingkat makro di pusat melalui formulasi undang-undang dan standardisasi nasional, tingkat meso di daerah melalui regulasi lokal seperti Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok serta pengelolaan fiskal daerah, hingga tingkat mikro di puskesmas melalui prosedur operasional standar dan pemberdayaan masyarakat. Dalam ekosistem ini, fungsi administrasi klasik yang mencakup perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan (POAC) bertindak sebagai pilar dinamis yang memastikan setiap program kesehatan berjalan secara legal, akuntabel, dan efisien. Bagi seorang promotor kesehatan pada program sarjana terapan, penguasaan terhadap administrasi kebijakan kesehatan bukan sekadar pemahaman birokrasi yang kaku, melainkan instrumen strategis untuk melakukan advokasi program, mengorganisasi komunitas, serta merancang intervensi perubahan perilaku yang terstruktur dan memiliki daya jangkauan luas hingga ke tingkat akar rumput. Sinergi antara kebijakan makro yang inklusif, kebijakan fiskal daerah yang berkelanjutan, dan manajemen mikro yang adaptif di tingkat tapak menjadi kunci keberhasilan dalam mengeliminasi hambatan aksesibilitas pelayanan serta mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara merata dan berkelanjutan. Melalui pemahaman yang komprehensif ini, promotor kesehatan mampu memosisikan diri sebagai agen perubahan yang mampu mengaitkan regulasi formal dengan gerakan sosial di masyarakat demi tercapainya keadilan sosial dalam pelayanan kesehatan. Dengan demikian, penguasaan aspek administratif dan kebijakan ini menjadi fondasi utama dalam merancang program promosi kesehatan yang tidak hanya efektif secara edukatif, tetapi juga kuat secara legalitas dan didukung oleh sistem penganggaran yang stabil.

Latihan

a. Essay

1. Analisislah bagaimana Pasal 28H UUD 1945 dioperasionalkan melalui administrasi kebijakan kesehatan untuk menjamin hak atas kesehatan masyarakat. Evaluasilah hambatan yang mungkin timbul jika terjadi kesenjangan antara kebijakan normatif di tingkat pusat dengan implementasi administratif di tingkat pelayanan kesehatan primer.
2. Bandingkan peran administrasi kebijakan kesehatan pada tingkat makro, meso, dan mikro di Indonesia dalam mendukung program promosi kesehatan. Telaah bagaimana ketidakselarasan regulasi di tingkat meso (seperti Perda) dapat menghambat efektivitas pelaksanaan program penyuluhan dan pemberdayaan masyarakat di tingkat mikro (puskesmas).
3. Analisislah mengapa perumusan naskah kebijakan pelayanan kesehatan yang ramah bagi penyandang disabilitas memerlukan pendekatan administratif yang spesifik. Rumuskan rekomendasi taktis bagi seorang promotor kesehatan untuk mengadvokasi kebijakan inklusif tersebut agar dapat diterapkan dalam prosedur operasional standar (SOP) di tingkat puskesmas.
4. Evaluasilah pengaruh kebijakan fiskal daerah, khususnya pengelolaan pajak dan retribusi daerah, terhadap keberlanjutan program promosi kesehatan seperti pencegahan stunting. Argumentasikan mengapa koordinasi administratif yang buruk dalam pengelolaan anggaran daerah dapat menggagalkan pencapaian target-target kesehatan masyarakat di tingkat komunitas.
5. Sintesisikan penerapan fungsi administrasi klasik POAC (Planning, Organizing, Actuating, Controlling) dalam merancang sebuah program promosi kesehatan berbasis komunitas. Telaah bagaimana kegagalan pada fungsi pengawasan (controlling) dapat memengaruhi aspek legalitas dan akuntabilitas program tersebut di mata hukum.

b. Pilihan Berganda

1. Manakah dari pernyataan berikut yang paling tepat menggambarkan hubungan antara administrasi kesehatan dan kebijakan kesehatan?
 - a. Kebijakan kesehatan adalah pelaksanaan teknis dari administrasi kesehatan yang bersifat kaku.

- b. Administrasi kesehatan mengelola sumber daya untuk mencapai tujuan, sedangkan kebijakan kesehatan menetapkan arah dan keputusan strategisnya.
 - c. Administrasi kesehatan hanya berfokus pada tingkat makro, sedangkan kebijakan kesehatan berfokus pada tingkat mikro.
 - d. Kebijakan kesehatan merupakan instrumen sukarela, sedangkan administrasi kesehatan bersifat memaksa secara hukum.
2. Landasan yuridis utama yang menjamin hak asasi warga negara Indonesia atas kesehatan secara konstitusional adalah...
- a. Pasal 28H Undang-Undang Dasar 1945
 - b. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009
 - c. Peraturan Pemerintah tentang Jaminan Kesehatan Nasional
 - d. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN)
3. Seorang promotor kesehatan ingin mengadvokasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di tingkat kabupaten. Berdasarkan ruang lingkup administrasi kebijakan kesehatan, advokasi ini berada pada tingkat...
- a. Makro
 - b. Meso
 - c. Mikro
 - d. Sub-mikro
4. Mengapa perumusan naskah kebijakan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas memerlukan pendekatan administratif yang spesifik?
- a. Agar pelayanan kuratif di rumah sakit dapat berjalan tanpa memerlukan anggaran daerah.
 - b. Untuk memastikan kebutuhan aksesibilitas mereka terakomodasi dalam prosedur operasional standar.
 - c. Karena kelompok disabilitas tidak termasuk dalam sasaran program promotif-preventif.
 - d. Untuk membatasi jumlah kunjungan pasien disabilitas di tingkat pelayanan primer.
5. Tiga pilar utama dalam reformasi birokrasi administrasi pemerintahan yang memengaruhi efektivitas pelayanan publik adalah...
- a. Kelembagaan, tata laksana, dan sumber daya manusia
 - b. Perencanaan, pengorganisasian, dan pengawasan
 - c. Anggaran daerah, retribusi, dan pajak daerah
 - d. Eksekutif, legislatif, dan yudikatif

6. Manakah contoh kebijakan di tingkat mikro dalam administrasi kesehatan di Indonesia?
 - a. Perumusan Undang-Undang Kesehatan oleh DPR dan Presiden
 - b. Penyusunan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok
 - c. Pembuatan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan Posyandu di Puskesmas
 - d. Penetapan arah kebijakan promosi kesehatan nasional dalam RPJMN
7. Pengelolaan pajak daerah dan retribusi daerah sebagai instrumen administratif sangat penting bagi program kesehatan masyarakat karena...
 - a. Menentukan ketersediaan anggaran yang berkelanjutan untuk program seperti pencegahan stunting
 - b. Menghilangkan kebutuhan akan fungsi pengawasan (controlling) dalam manajemen puskesmas
 - c. Mengalihkan tanggung jawab pelayanan kesehatan sepenuhnya kepada sektor swasta
 - d. Membatasi kewenangan pemerintah pusat dalam menetapkan standardisasi nasional
8. Fungsi administrasi yang berkaitan dengan mobilisasi sumber daya dan pelaksanaan program di lapangan agar sesuai dengan rencana disebut...
 - a. Planning
 - b. Organizing
 - c. Actuating
 - d. Controlling
9. Bagi seorang promotor kesehatan, pemahaman mendalam mengenai administrasi kebijakan kesehatan sangat krusial untuk...
 - a. Mengambil alih fungsi klinis dokter dalam memberikan pelayanan kuratif
 - b. Melakukan advokasi program yang legal, terstruktur, dan memiliki jangkauan luas
 - c. Menghindari proses pengawasan (controlling) dari pemerintah pusat
 - d. Mengurangi keterlibatan masyarakat dalam program pemberdayaan komunitas
10. Hambatan utama yang terjadi jika koordinasi administratif antara pemerintah pusat dan daerah buruk dalam hal kebijakan fiskal adalah...

- a. Hilangnya fungsi legislatif dalam merumuskan undang-undang kesehatan
- b. Terjadinya kekurangan dukungan finansial yang berkelanjutan untuk program kesehatan komunitas
- c. Meningkatnya partisipasi aktif kader posyandu secara mandiri
- d. Terhapusnya hak konstitusional warga negara dalam Pasal 28H UUD 1945

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Di sebuah Puskesmas kecamatan, angka kunjungan balita penyandang disabilitas ke Posyandu sangat rendah. Setelah ditelusuri, promotor kesehatan menemukan bahwa tidak ada jalur khusus kursi roda, kader tidak memiliki keterampilan komunikasi ramah disabilitas, dan SOP pelayanan Posyandu tidak mencantumkan protokol khusus untuk kelompok rentan. Kepala Puskesmas meminta Anda sebagai Promotor Kesehatan Sarjana Terapan untuk membenahi masalah ini menggunakan pendekatan administrasi kebijakan kesehatan. Analisislah kasus ini berdasarkan konsep administrasi kebijakan kesehatan inklusif. Rumuskan langkah-langkah administratif konkret (meliputi aspek tata laksana/SOP dan pengorganisasian sumber daya) serta rancang strategi advokasi kepada pemangku kebijakan tingkat meso agar program ini mendapatkan dukungan anggaran yang berkelanjutan.

BAB 2

SISTEM KESEHATAN NASIONAL DAN DAERAH

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mengimplementasikan konsep Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dalam merancang program promosi kesehatan yang selaras dengan subsistem upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.
2. Menentukan alur koordinasi dan pelaporan data epidemiologi berdasarkan struktur organisasi Kementerian Kesehatan hingga tingkat daerah.
3. Mendemonstrasikan peran dan fungsi Dinas Kesehatan Provinsi serta Kabupaten/Kota dalam mengoordinasikan respon cepat penanggulangan wabah di wilayah kerja.
4. Memilih strategi intervensi promosi kesehatan yang tepat di tingkat Puskesmas dan Rumah Sakit berdasarkan fungsi rujukan dan karakteristik wilayah kerja.
5. Menggunakan pola hubungan kelembagaan dan koordinasi lintas sektor untuk menyelesaikan hambatan pelayanan kesehatan preventif di tingkat daerah.

B. Pendahuluan

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) bukan sekadar dokumen administratif, melainkan cetak biru operasional yang menentukan bagaimana derajat kesehatan masyarakat diperjuangkan di lapangan. Dalam konteks epidemiologi, efektivitas penanggulangan penyakit sangat bergantung pada ketangguhan sistem ini. Sebagai contoh, ketika terjadi lonjakan kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kabupaten Tangerang, keberhasilan penurunan angka kesakitan tidak hanya ditentukan oleh kecepatan diagnosis klinis di rumah sakit, melainkan oleh bagaimana Puskesmas menggerakkan kader Juru Pemantau

Jentik (Jumantik) melalui subsistem pemberdayaan masyarakat, yang didukung oleh kebijakan anggaran Dinas Kesehatan setempat. Kegagalan memahami rantai komando dan fungsi masing-masing elemen dalam SKN sering kali mengakibatkan tumpang tindih program atau bahkan kekosongan intervensi di wilayah yang paling membutuhkan. Bagi mahasiswa Promosi Kesehatan Program Sarjana Terapan, pemahaman mendalam mengenai tata kelola ini menjadi modal krusial agar intervensi edukasi dan advokasi yang dirancang tidak berdiri sendiri, melainkan terintegrasi secara sistemik.

Sebagai calon praktisi promosi kesehatan, Anda dituntut untuk mampu menerjemahkan kebijakan makro menjadi aksi mikro yang berdampak langsung pada perubahan perilaku masyarakat. Konsep desentralisasi kesehatan di Indonesia memberikan otonomi besar kepada daerah untuk mengelola pelayanan kesehatannya. Namun, tantangan muncul ketika koordinasi antar-lembaga melemah. Misalnya, dalam penanganan tengkes (*stunting*) di Nusa Tenggara Timur, intervensi spesifik oleh fasilitas pelayanan kesehatan harus berjalan beriringan dengan intervensi sensitif yang dikoordinasikan oleh dinas lintas sektor. Implikasi dari dinamika ini adalah bahwa seorang promotor kesehatan harus menguasai peta birokrasi dan fungsi kelembagaan agar dapat memobilisasi sumber daya secara efektif. Tanpa pemahaman struktural ini, program promosi kesehatan hanya akan menjadi aktivitas seremonial tanpa keberlanjutan.

Guna membekali mahasiswa dengan kemampuan taktis tersebut, bab ini akan mengupas tuntas arsitektur sistem kesehatan di Indonesia. Pembahasan akan diawali dengan pembedahan Konsep Sistem Kesehatan Nasional sebagai fondasi berpikir, diikuti dengan analisis Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan untuk memahami arah kebijakan pusat. Selanjutnya, kita akan menelaah Peran Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota sebagai regulator daerah, serta Fungsi Puskesmas dan Rumah Sakit sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di masyarakat. Bab ini akan diakhiri dengan pembahasan mengenai Hubungan Kelembagaan dan Koordinasi Pelayanan Kesehatan, yang memberikan panduan praktis bagi Anda dalam membangun jejaring kerja yang solid di lapangan.



Gambar 2. 1. Struktur Sistem Kesehatan Nasional dan Daerah

C. Konsep Sistem Kesehatan Nasional

Mengimplementasikan konsep Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dalam merancang program promosi kesehatan yang efektif menuntut pemahaman mendalam mengenai bagaimana berbagai subsistem di dalamnya saling berinteraksi. SKN merupakan tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sebagai calon praktisi promosi kesehatan, Anda tidak dapat bergerak secara parsial. Setiap intervensi edukasi yang Anda rancang harus selaras dengan subsistem upaya kesehatan dan subsistem pemberdayaan masyarakat agar tercipta kesinambungan program di lapangan.

DEFINISI

Sistem Kesehatan Nasional adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Dalam struktur SKN, subsistem upaya kesehatan berfokus pada penyediaan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Di sisi lain, subsistem pemberdayaan masyarakat menempatkan masyarakat bukan sekadar sebagai objek, melainkan aktor aktif yang mandiri dalam menjaga kesehatannya. Ketika merancang program penanggulangan penyakit menular, misalnya, seorang promotor kesehatan harus mampu mengintegrasikan kedua

subsistem ini. Upaya promotif-preventif yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan harus diperkuat dengan mobilisasi kader kesehatan di tingkat desa.

Sebagai contoh konkret di Indonesia, program pengendalian HIV/AIDS di Provinsi Bali menunjukkan pentingnya integrasi ini. Layanan klinis yang disediakan oleh dinas kesehatan tidak akan mencapai target cakupan tanpa adanya penempatan layanan komunitas yang terstruktur. Melalui kolaborasi antara fasilitas kesehatan formal dan kelompok dukungan sebaya di tingkat akar rumput, hambatan stigma dapat diminimalkan sehingga akses terhadap terapi antiretroviral (ART) meningkat secara signifikan (Sutrisna dkk., 2021). Kasus ini menegaskan bahwa keberhasilan intervensi epidemiologi sangat bergantung pada ketepatan penempatan peran masing-masing subsistem SKN.

Implikasi dari konsep ini bagi praktisi lapangan adalah keharusan untuk melakukan analisis situasi sistemik sebelum meluncurkan program promosi kesehatan. Anda harus mengidentifikasi kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan setempat, ketersediaan sumber daya manusia, serta tingkat penerimaan sosial budaya masyarakat. Pendekatan ini juga selaras dengan politik hukum pemerintah yang menempatkan hak atas kesehatan sebagai bagian dari hak asasi manusia yang wajib dilindungi dalam kondisi apa pun (Kurniawan, 2021). Dengan demikian, program promosi kesehatan yang Anda susun tidak hanya berorientasi pada perubahan perilaku individu, melainkan juga mendukung penguatan sistem kesehatan secara makro dan berkelanjutan.

D. Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan

Menentukan alur koordinasi dan pelaporan data epidemiologi yang akurat memerlukan pemahaman yang komprehensif mengenai struktur organisasi Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Republik Indonesia. Sebagai otoritas kesehatan tertinggi di tingkat pusat, Kemenkes bertanggung jawab menetapkan kebijakan, standar, dan regulasi yang menjadi acuan bagi seluruh daerah. Dalam konteks epidemiologi dan promosi kesehatan, unit kerja yang paling krusial adalah Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Ditjen P2P) serta Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat (Ditjen Kesmas). Kedua direktorat ini menjadi poros utama dalam merumuskan strategi intervensi terhadap berbagai ancaman penyakit di Indonesia.

Alur pelaporan data epidemiologi bergerak secara berjenjang dari unit pelayanan kesehatan terkecil hingga ke pusat. Data penyakit menular maupun tidak menular yang dikumpulkan oleh kader di tingkat desa dilaporkan ke Puskesmas, kemudian diteruskan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan

Provinsi, hingga akhirnya bermuara di Pusat Data dan Teknologi Informasi (Pusdatin) Kemenkes. Pemahaman alur ini sangat penting agar tidak terjadi keterlambatan informasi yang dapat menghambat respons cepat terhadap suatu kejadian luar biasa (KLB).

⚠ PERHATIAN

Keterlambatan atau ketidakakuratan dalam pelaporan data epidemiologi berjenjang dapat mengakibatkan keterlambatan pengambilan keputusan strategis di tingkat pusat, yang berpotensi memperluas wilayah penyebaran wabah.

Sebagai ilustrasi nyata, sistem pelaporan kasus COVID-19 di Provinsi Kalimantan Utara menunjukkan bagaimana koordinasi data yang solid sangat menentukan langkah intervensi di lapangan. Karakteristik epidemiologi wilayah yang terdiri dari daerah kepulauan dan perbatasan menuntut efisiensi pelaporan berbasis teknologi (Seftiya & Kosala, 2021). Ketika data dari fasilitas kesehatan di daerah terpencil terlambat masuk ke sistem pusat, maka distribusi logistik medis dan penempatan tenaga kesehatan juga akan mengalami hambatan.

Untuk mengatasi tantangan geografis dan birokrasi tersebut, Kemenkes saat ini tengah gencar melakukan transformasi teknologi kesehatan. Penerapan Rekam Kesehatan Elektronik (RKE) yang terintegrasi secara nasional menjadi salah satu pilar utama untuk memastikan bahwa data epidemiologi dapat diakses secara seketika (*real-time*) oleh para pengambil keputusan di semua tingkatan (Januraga dkk., 2021). Bagi seorang promotor kesehatan, keberadaan sistem informasi yang terintegrasi ini—sebagaimana pentingnya pengembangan sistem informasi geografis dalam tata kelola pemerintahan (Ananda, 2022)—sangat membantu dalam memetakan kelompok sasaran intervensi secara presisi berdasarkan data demografi dan epidemiologi yang valid, sehingga program edukasi yang dirancang benar-benar menjawab kebutuhan riil masyarakat setempat.

E. Peran Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota

Mendemonstrasikan peran dan fungsi Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi serta Kabupaten/Kota dalam mengoordinasikan respons cepat penanggulangan wabah merupakan kompetensi praktis yang wajib dikuasai. Dalam era desentralisasi, dinas kesehatan bertindak sebagai perpanjangan tangan pemerintah daerah untuk menerjemahkan kebijakan nasional menjadi program operasional yang sesuai dengan karakteristik lokal. Dinkes Provinsi memiliki

fungsi utama sebagai pembina, pengawas, dan koordinator lintas kabupaten/kota, sedangkan Dinkes Kabupaten/Kota bertindak sebagai eksekutor langsung yang mengelola sumber daya pelayanan kesehatan di wilayahnya.

Ketika terjadi lonjakan kasus penyakit menular, Dinkes Kabupaten/Kota harus segera menggerakkan tim gerak cepat (TGC) untuk melakukan penyelidikan epidemiologi di lokasi kejadian. Langkah ini harus dibarengi dengan koordinasi intensif bersama Dinkes Provinsi untuk memastikan ketersediaan logistik, seperti vaksin atau obat-obatan, serta bantuan teknis jika kapasitas daerah sudah tidak memadai. Tanpa koordinasi yang harmonis antara kedua tingkat pemerintahan ini, upaya lokalisasi wabah akan mengalami kegagalan.

Asalkan contoh, inovasi kebijakan yang dilakukan oleh berbagai pemerintah daerah di Indonesia selama masa darurat kesehatan menunjukkan bahwa fleksibilitas regulasi lokal sangat menentukan efektivitas penanggulangan penyakit (Pratiwi, 2021). Dinkes di tingkat daerah dituntut mampu merancang kebijakan operasional yang inklusif, termasuk memastikan bahwa kelompok rentan seperti penyandang disabilitas tetap mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang setara selama masa krisis (Pudjiastuti dkk., 2022).

Untuk memperjelas pembagian peran kedua lembaga ini dalam penanggulangan wabah di lapangan, berikut disajikan perbandingan fungsi strategisnya.

Dinkes Provinsi berfokus pada pembinaan dan fasilitasi lintas wilayah, sedangkan Dinkes Kabupaten/Kota berfokus pada eksekusi teknis dan operasional langsung di masyarakat.

Tabel 2. 1. Distribusi Peran Dinas Kesehatan dalam Penanggulangan Wabah

No	Aspek Analisis	Peran Dinas Kesehatan Provinsi	Peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
1	Regulasi & Kebijakan	Menyusun pedoman teknis skala provinsi berdasarkan kebijakan pusat	Menerbitkan surat keputusan operasional dan instruksi teknis lapangan
2	Manajemen Data	Melakukan agregasi dan analisis tren epidemiologi lintas wilayah	Melakukan verifikasi data kasus riil dari Puskesmas dan Rumah Sakit
3	Alokasi Sumber Daya	Mendistribusikan bantuan logistik penyangga (<i>buffer stock</i>) ke daerah	Mengelola anggaran operasional dan pengerahan tenaga kesehatan

No	Aspek Analisis	Peran Dinas Kesehatan Provinsi	Peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
4	Koordinasi Sektoral	Membangun jejaring kerja dengan rumah sakit rujukan provinsi	Mengoordinasikan Puskesmas, camat, dan lurah secara langsung
5	Evaluasi Dampak	Menilai efektivitas penanggulangan wabah di tingkat regional	Melakukan pemantauan harian terhadap penurunan angka kesakitan

Tabel 2.1 di atas memperlihatkan pembagian kerja yang sistematis antara tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Terlihat jelas bahwa efektivitas penanggulangan wabah sangat bergantung pada ketepatan fungsi koordinasi, di mana Dinkes Provinsi memperkuat kapasitas sistem sedangkan Dinkes Kabupaten/Kota mengendalikan operasionalisasi taktis di garda terdepan.

F. Fungsi Puskesmas dan Rumah Sakit dalam Sistem Kesehatan

Dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Rumah Sakit memiliki pembagian peran yang komplementer guna menjaga ketahanan kesehatan masyarakat. Puskesmas bertindak sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang mengedepankan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama, dengan fokus utama pada aspek promotif dan preventif. Sebaliknya, Rumah Sakit berfungsi sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang menitikberatkan pelayanan pada UKP spesialisik melalui pendekatan kuratif dan rehabilitatif (Sarasnita, 2021). Dalam perspektif epidemiologi, Puskesmas berfungsi sebagai garda terdepan dalam surveilans aktif dan penemuan kasus di komunitas, sementara Rumah Sakit mengelola beban kasus klinis berat serta melakukan surveilans pasif berbasis fasilitas pelayanan. Pelaksanaan fungsi ini menuntut pengembangan kapasitas tenaga kesehatan secara berkelanjutan agar mampu beradaptasi dengan perubahan pola penyakit di lapangan (Suprpto, 2021). Selain aspek kapasitas tersebut, kinerja optimal petugas di lapangan juga sangat ditentukan oleh kenyamanan sistem kerja dan jaminan kesejahteraan yang mereka terima (Rosanti, 2023).

CONTOH

Di Kota Surabaya, Provinsi Jawa Timur, integrasi fungsi ini diterapkan secara nyata dalam program penanggulangan Tuberkulosis (TB). Puskesmas melalui kader kesehatan melakukan penemuan kasus aktif (*active case finding*) di pemukiman padat penduduk, melakukan edukasi etika batuk, dan memantau kepatuhan minum obat pasien. Ketika ditemukan pasien dengan indikasi TB Resisten Obat (TB-RO), Puskesmas merujuk pasien ke RSUD Dr. Soetomo sebagai FKRTL untuk mendapatkan regimen

terapi spesialistik. Setelah kondisi pasien stabil, pengawasan minum obat dikembalikan ke Puskesmas melalui sistem rujukan balik yang didukung oleh pemanfaatan Rekam Kesehatan Elektronik yang terintegrasi (Januraga, 2021). Penggunaan teknologi informasi ini terbukti memangkas hambatan birokrasi rujukan dan mempercepat pelaporan data epidemiologi secara seketika (*real-time*).

Untuk memahami perbedaan operasional kedua institusi ini dalam menunjang sistem kesehatan secara terstruktur, tabel di bawah ini menyajikan perbandingan fungsi taktis keduanya.

Tabel 2. 2. Perbandingan Peran Puskesmas dan Rumah Sakit dalam Intervensi Epidemiologi dan Promosi Kesehatan

Parameter	Puskesmas (FKTP)	Rumah Sakit (FKRTL)
Fokus Utama	Pencegahan penyakit dan pemberdayaan masyarakat (UKM)	Penyembuhan penyakit dan pemulihan pasien (UKP)
Pendekatan Epidemiologi	Surveilans berbasis komunitas dan pelacakan kontak erat	Surveilans klinis, analisis mortalitas, dan patologi
Intervensi Promosi	Edukasi massa, advokasi kebijakan desa, dan konseling kelompok	Edukasi pasien rawat jalan/inap dan promosi kesehatan rumah sakit (PKRS)
Penyedia Data	Profil kesehatan wilayah dan peta kerentanan penyakit	Data morbiditas klinis dan utilitas tempat tidur

Tabel 2.2 menunjukkan bahwa keberhasilan penanganan masalah kesehatan di suatu wilayah memerlukan harmonisasi data dan tindakan; Puskesmas meredam laju penularan di hulu melalui upaya preventif, sedangkan Rumah Sakit mencegah fatalitas di hilir melalui penanganan kuratif yang tepat.

Implikasi dari pembagian fungsi ini bagi mahasiswa Promosi Kesehatan adalah keharusan untuk mampu merancang strategi intervensi yang spesifik lokasi dan sasaran. Saat bertugas di Puskesmas, Anda harus mampu menerapkan metode pemberdayaan masyarakat, seperti menggerakkan kader posyandu untuk melakukan edukasi gizi seimbang guna menekan angka tengkes (*stunting*). Sebaliknya, saat berada di Rumah Sakit, Anda harus mampu mengimplementasikan program Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) yang berorientasi pada pencegahan tersier, seperti edukasi manajemen diet bagi pasien pasca-infark miokard guna mencegah serangan berulang. Pemahaman taktis mengenai batasan dan keterkaitan fungsi ini memastikan bahwa intervensi promosi kesehatan yang Anda rancang tidak hanya bersifat teoritis,

melainkan aplikatif dan berdampak sistemik dalam menurunkan beban ganda penyakit di Indonesia.

G. Hubungan Kelembagaan dan Koordinasi Pelayanan Kesehatan

Menggunakan pola hubungan kelembagaan dan koordinasi lintas sektor merupakan kunci utama untuk menyelesaikan berbagai hambatan pelayanan kesehatan preventif di tingkat daerah. Masalah kesehatan masyarakat, seperti tengkes (*stunting*), demam berdarah, atau kesehatan reproduksi remaja, tidak pernah disebabkan oleh faktor tunggal. Oleh karena itu, penyelesaiannya tidak bisa hanya dibebankan pada sektor kesehatan saja. Diperlukan sebuah kerja sama yang terintegrasi antara dinas kesehatan, dinas pendidikan, dinas sosial, pemuka agama, serta organisasi kemasyarakatan setempat.

Hambatan dalam pelayanan preventif sering kali muncul karena adanya ego sektoral, di mana masing-masing lembaga bekerja secara terpisah tanpa adanya sinkronisasi program. Sebagai contoh, program edukasi kesehatan reproduksi bagi remaja perempuan di tingkat sekolah tidak akan berjalan optimal tanpa adanya dukungan kebijakan dari Dinas Pendidikan serta keterlibatan aktif organisasi pemuda di masyarakat. Melalui koordinasi kelembagaan yang solid, pesan-pesan kesehatan dapat diintegrasikan ke dalam kurikulum sekolah maupun kegiatan kepemudaan secara terstruktur.

Sebagai ilustrasi praktis di Daerah Istimewa Yogyakarta, keberhasilan program edukasi kesehatan dan gender bagi perempuan sangat ditentukan oleh kolaborasi erat antara akademisi, organisasi kemasyarakatan, dan pemerintah daerah (Oktaviana dkk., 2023). Dengan menyatukan sumber daya dan keahlian dari berbagai lembaga tersebut, materi edukasi dapat dikemas secara menarik dan responsif gender, sehingga mampu menjangkau kelompok perempuan hingga ke tingkat dasawisma.

i CATATAN

Pemanfaatan teknologi informasi, seperti platform *telemedicine*, juga dapat digunakan sebagai jembatan koordinasi antar-lembaga untuk mempercepat rujukan medis dan konsultasi preventif jarak jauh di daerah-daerah yang minim tenaga spesialis (Lubis, 2021).

Bagi seorang promotor kesehatan, kemampuan melakukan advokasi dan negosiasi lintas sektor adalah keterampilan yang mutlak. Anda harus mampu memetakan kepentingan masing-masing pemangku kepentingan (*stakeholders*) dan menyusun argumen yang meyakinkan bahwa investasi pada program

preventif akan memberikan keuntungan jangka panjang bagi semua pihak, termasuk penghematan anggaran daerah. Dengan terbangunnya hubungan kelembagaan yang harmonis, program promosi kesehatan yang dijalankan akan mendapatkan dukungan sumber daya yang kuat dan memiliki dampak yang lebih luas di masyarakat.

Rangkuman

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) merupakan tatanan holistik yang mengintegrasikan berbagai subsistem secara terpadu, khususnya subsistem upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Bagi calon praktisi promosi kesehatan program sarjana terapan, pemahaman komprehensif mengenai struktur makro ini sangat krusial agar rancangan intervensi edukasi tidak berjalan secara parsial. Setiap program promosi kesehatan harus diselaraskan secara sinergis dengan layanan klinis formal dan mobilisasi aktif komunitas lokal, sebagaimana tecermin dalam keberhasilan integrasi program pengendalian HIV/AIDS di Provinsi Bali yang mampu meminimalkan stigma sosial. Keberhasilan implementasi di lapangan juga sangat bergantung pada ketepatan navigasi birokrasi dan pemahaman alur pelaporan data epidemiologi berjenjang, mulai dari kader di tingkat desa, Puskesmas, Dinas Kesehatan daerah, hingga bermuara di Kementerian Kesehatan melalui Ditjen P2P dan Ditjen Kesmas. Transformasi teknologi kesehatan melalui Rekam Kesehatan Elektronik (RKE) nasional menjadi pilar penting untuk menjamin ketersediaan data secara seketika (*real-time*), guna mencegah keterlambatan respons penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) di wilayah geografis yang menantang seperti Kalimantan Utara. Pada tingkat operasional daerah, prinsip desentralisasi memberikan pembagian peran yang jelas; Dinas Kesehatan Provinsi berfungsi sebagai pembina dan koordinator lintas wilayah, sementara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertindak sebagai eksekutor teknis yang menggerakkan Tim Gerak Cepat (TGC) untuk penyelidikan epidemiologi di lapangan. Melalui kolaborasi yang harmonis antar-tingkat pemerintahan ini, kebijakan nasional dapat diterjemahkan menjadi program lokal yang inklusif, melindungi kelompok rentan, dan berbasis bukti epidemiologis yang valid. Dengan demikian, penguasaan materi ini membekali mahasiswa dengan kemampuan analisis sistemik untuk merancang program promosi kesehatan yang tidak hanya berorientasi pada perubahan perilaku individu, melainkan juga berkontribusi nyata pada penguatan sistem kesehatan nasional secara makro dan berkelanjutan.

Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana integrasi antara subsistem upaya kesehatan dan subsistem pemberdayaan masyarakat dalam SKN dapat memengaruhi keberhasilan program promosi kesehatan pencegahan penyakit menular di tingkat puskesmas. Berikan argumen Anda dengan mengacu pada contoh kasus konkret.
2. Bandingkan peran strategis dan operasional antara Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam mengoordinasikan respons cepat penanggulangan wabah penyakit menular di daerah terpencil.
3. Evaluasi dampak keterlambatan pelaporan data epidemiologi berjenjang dari tingkat desa hingga ke tingkat pusat terhadap efektivitas pengambilan keputusan taktis oleh Kementerian Kesehatan saat menghadapi ancaman Kejadian Luar Biasa (KLB).
4. Telaah bagaimana transformasi teknologi kesehatan melalui Rekam Kesehatan Elektronik (RKE) yang dicanangkan Kementerian Kesehatan dapat dimanfaatkan oleh seorang promotor kesehatan untuk memetakan kelompok sasaran intervensi secara presisi.
5. Rumuskan sebuah strategi advokasi kebijakan promosi kesehatan yang inklusif bagi kelompok rentan, seperti penyandang disabilitas, dengan memanfaatkan pembagian peran desentralisasi antara pemerintah provinsi dan kabupaten/kota dalam situasi darurat kesehatan.

b. Pilihan Berganda

1. Dalam konsep Sistem Kesehatan Nasional (SKN), manakah dari pilihan berikut yang paling tepat menggambarkan hubungan antara subsistem upaya kesehatan dan subsistem pemberdayaan masyarakat?
 - a. Subsistem upaya kesehatan mendominasi seluruh keputusan teknis, sedangkan pemberdayaan masyarakat hanya berfungsi sebagai penerima manfaat pasif.
 - b. Kedua subsistem harus diintegrasikan secara harmonis agar upaya promotif-preventif klinis diperkuat oleh partisipasi aktif dan kemandirian masyarakat.
 - c. Subsistem pemberdayaan masyarakat berjalan secara independen tanpa memerlukan koordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan formal.

- d. Subsistem upaya kesehatan hanya berfokus pada kuratif, sedangkan pemberdayaan masyarakat sepenuhnya menangani promotif dan rehabilitatif.
2. Berdasarkan pengalaman program pengendalian HIV/AIDS di Provinsi Bali, faktor utama yang menyebabkan peningkatan akses terhadap terapi antiretroviral (ART) adalah...
 - a. Pembatasan aktivitas sosial bagi kelompok berisiko tinggi oleh pemerintah daerah.
 - b. Pengalihan seluruh anggaran kesehatan daerah khusus untuk pengadaan obat-obatan HIV.
 - c. Kolaborasi terstruktur antara layanan klinis formal dan kelompok dukungan sebaya di komunitas.
 - d. Penutupan seluruh fasilitas kesehatan swasta agar pasien terfokus pada puskesmas pemerintah.
3. Unit kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan RI yang paling krusial dalam merumuskan strategi intervensi dan pengendalian penyakit serta promosi kesehatan secara nasional adalah...
 - a. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.
 - b. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit serta Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.
 - c. Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan dan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan.
 - d. Pusat Data dan Teknologi Informasi serta Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
4. Alur pelaporan data epidemiologi yang benar secara berjenjang dari tingkat terbawah hingga ke tingkat pusat di Indonesia adalah...
 - a. Kader Desa -> Puskesmas -> Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota -> Dinas Kesehatan Provinsi -> Pusdatin Kemenkes.
 - b. Puskesmas -> Kader Desa -> Dinas Kesehatan Provinsi -> Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota -> Ditjen Kesmas.
 - c. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota -> Puskesmas -> Kader Desa -> Dinas Kesehatan Provinsi -> Pusdatin Kemenkes.
 - d. Kader Desa -> Dinas Kesehatan Provinsi -> Puskesmas -> Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota -> Ditjen P2P.
5. Apa dampak utama yang dapat terjadi jika terjadi keterlambatan pelaporan data epidemiologi dari fasilitas kesehatan di daerah terpencil ke sistem pusat?

- a. Meningkatnya anggaran operasional puskesmas secara otomatis dari pemerintah pusat.
 - b. Keterlambatan pengambilan keputusan strategis yang berpotensi memperluas wilayah penyebaran wabah.
 - c. Terjadinya tumpang tindih regulasi antara dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota.
 - d. Menurunnya jumlah kader kesehatan di tingkat desa akibat hilangnya motivasi kerja.
6. Penerapan Rekam Kesehatan Elektronik (RKE) yang terintegrasi secara nasional memberikan manfaat langsung bagi praktisi promosi kesehatan dalam hal...
 - a. Mempercepat proses pengadaan logistik medis dan obat-obatan di puskesmas.
 - b. Menggantikan peran kader kesehatan desa dalam melakukan penyuluhan langsung.
 - c. Memetakan kelompok sasaran intervensi secara presisi berdasarkan data epidemiologi yang valid.
 - d. Menghapus kewajiban pelaporan data epidemiologi berjenjang ke dinas kesehatan daerah.
7. Dalam era desentralisasi kesehatan di Indonesia, fungsi utama dari Dinas Kesehatan Provinsi dalam penanggulangan wabah adalah...
 - a. Menjadi eksekutor langsung yang mengelola seluruh puskesmas di tingkat kecamatan.
 - b. Bertindak sebagai pembina, pengawas, dan koordinator teknis lintas kabupaten/kota.
 - c. Melakukan penyelidikan epidemiologi langsung pada setiap kasus individu di tingkat desa.
 - d. Menetapkan status Kejadian Luar Biasa (KLB) nasional tanpa koordinasi dengan kementerian.
8. Ketika terjadi lonjakan kasus penyakit menular di suatu desa, pihak yang paling bertanggung jawab untuk segera menggerakkan Tim Gerak Cepat (TGC) guna melakukan penyelidikan epidemiologi adalah...
 - a. Kementerian Kesehatan RI tingkat pusat.
 - b. Dinas Kesehatan Provinsi setempat.
 - c. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.
 - d. Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
9. Mengapa analisis situasi sistemik sangat penting dilakukan oleh seorang praktisi promosi kesehatan sebelum meluncurkan program di lapangan?

- a. Untuk memastikan program yang dirancang selaras dengan kesiapan fasilitas, sumber daya manusia, dan sosial budaya setempat.
 - b. Untuk meminimalkan keterlibatan tokoh masyarakat agar program dapat berjalan lebih cepat dan efisien.
 - c. Untuk mengubah seluruh struktur organisasi dinas kesehatan daerah agar sesuai dengan kebutuhan program.
 - d. Untuk mengalihkan tanggung jawab pelaksanaan program sepenuhnya kepada kader kesehatan desa.
10. Kebijakan operasional penanggulangan penyakit di tingkat daerah yang inklusif harus memastikan bahwa...
- a. Kelompok rentan seperti penyandang disabilitas tetap mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang setara selama masa krisis.
 - b. Seluruh anggaran kesehatan dialokasikan hanya untuk masyarakat yang tinggal di pusat perkotaan.
 - c. Pelayanan kesehatan promotif hanya diberikan kepada masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan mandiri.
 - d. Penyelidikan epidemiologi dibatasi hanya pada wilayah yang memiliki akses transportasi mudah.

c. Soal Project / Studi Kasus

1. **Kasus 1:** Di Kabupaten Merbabu, terjadi lonjakan kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) yang signifikan dalam tiga minggu terakhir. Laporan dari puskesmas terpencil sering terlambat karena kendala jaringan internet, sehingga Dinas Kesehatan Kabupaten lambat merespons. Sementara itu, masyarakat setempat masih mempercayai mitos bahwa DBD disebabkan oleh faktor supranatural, sehingga menolak fogging dan PSN. Sebagai seorang Sarjana Terapan Promosi Kesehatan yang ditempatkan di Dinas Kesehatan Kabupaten tersebut, analisislah hambatan sistemik yang terjadi berdasarkan konsep SKN dan alur pelaporan Kemenkes. Rumuskan langkah-langkah strategis yang mengintegrasikan subsistem upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat untuk mengatasi masalah ini!
2. **Kasus 2:** Selama masa transisi pasca-pandemi, Dinas Kesehatan Provinsi "X" mengidentifikasi adanya kesenjangan akses layanan imunisasi dasar pada anak-anak penyandang disabilitas di tiga kabupaten terpencil. Dinas Kesehatan Kabupaten mengeluhkan keterbatasan anggaran operasional dan kurangnya pedoman teknis yang spesifik untuk

menjangkau kelompok rentan tersebut. Berdasarkan pembagian peran desentralisasi kesehatan, evaluasilah kegagalan koordinasi yang terjadi antara Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam kasus ini. Rancanglah sebuah model koordinasi taktis dan bentuk intervensi promosi kesehatan inklusif yang melibatkan kedua tingkat dinas kesehatan tersebut!

BAB 3

FUNGSI ADMINISTRASI DALAM PROGRAM KESEHATAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menerapkan langkah-langkah perencanaan program promosi kesehatan berdasarkan analisis data epidemiologi di tingkat Puskesmas.
2. Menentukan struktur pengorganisasian dan pembagian peran tim kerja dalam pelaksanaan intervensi kesehatan masyarakat.
3. Mengimplementasikan rencana aksi (action plan) program promosi kesehatan dengan memanfaatkan sumber daya lokal secara efektif.
4. Menggunakan instrumen pemantauan (monitoring) untuk mengawal kesesuaian proses pelaksanaan program di lapangan dengan rencana yang telah ditetapkan.
5. Memilih metode evaluasi yang tepat untuk mengukur dampak dan luaran (outcome) dari program promosi kesehatan yang telah dijalankan.

B. Pendahuluan

Keberhasilan sebuah intervensi kesehatan masyarakat tidak hanya ditentukan oleh ketepatan diagnosis klinis atau kecanggihan teori perubahan perilaku yang digunakan, melainkan oleh kekuatan manajemen operasional di lapangan. Seringkali, program promosi kesehatan yang dirancang dengan sangat baik di atas kertas mengalami kegagalan atau tidak mencapai target karena lemahnya tata kelola administrasi dan koordinasi lintas sektor. Bagi mahasiswa Program Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, pemahaman mendalam mengenai fungsi administrasi bukan sekadar pelengkap teoretis, melainkan kompetensi praktis utama yang menentukan efektivitas program di dunia nyata. Sebagai calon praktisi yang akan terjun langsung ke masyarakat, Anda akan dihadapkan pada realitas keterbatasan anggaran, dinamika sosial-

politik lokal, dan tuntutan akuntabilitas publik yang tinggi, yang semuanya membutuhkan kecakapan manajerial yang sistematis dan terukur.

Dalam ranah epidemiologi, data mengenai sebaran penyakit, faktor risiko, dan determinan sosial kesehatan berfungsi sebagai kompas arah tindakan. Namun, kompas tersebut tidak akan membawa perubahan tanpa adanya kendaraan administratif yang kokoh untuk menggerakkan intervensi tersebut. Fungsi administrasi menjembatani temuan epidemiologis dengan aksi nyata di masyarakat. Melalui penguasaan fungsi-fungsi ini, mahasiswa belajar bagaimana menerjemahkan angka-angka morbiditas dan mortalitas menjadi alokasi anggaran yang efisien, pembagian kerja tim yang solid, serta mobilisasi komunitas yang terarah. Kegagalan dalam mengintegrasikan prinsip administrasi ke dalam program promosi kesehatan berisiko melahirkan program yang tumpang tindih, pemborosan anggaran, hingga hilangnya kepercayaan masyarakat terhadap institusi kesehatan setempat.

Guna membekali mahasiswa dengan kemampuan taktis tersebut, bab ini akan mengupas tuntas lima pilar utama fungsi administrasi dalam program kesehatan secara berurutan dan komprehensif. Pembahasan akan diawali dengan perencanaan program kesehatan yang berbasis bukti epidemiologi, dilanjutkan dengan pengorganisasian program kesehatan untuk menyusun struktur kerja yang efektif dan efisien. Selanjutnya, bab ini akan menguraikan taktik pelaksanaan program kesehatan di lapangan, diikuti oleh mekanisme monitoring program kesehatan untuk memastikan seluruh aktivitas berjalan sesuai jalur yang direncanakan. Bab ini akan ditutup dengan pembahasan mengenai evaluasi program kesehatan guna mengukur dampak nyata intervensi terhadap derajat kesehatan masyarakat. Melalui pendekatan praktis dan studi kasus kontekstual, Anda akan dipandu untuk menguasai siklus manajemen ini secara utuh, sistematis, dan aplikatif.

Siklus Fungsi Administrasi Program Kesehatan



Gambar 3. 1. Siklus Fungsi Administrasi Program Kesehatan (POAC)

C. Perencanaan Program Kesehatan

Perencanaan Program Kesehatan merupakan langkah awal yang krusial dalam siklus Administrasi Kesehatan. Tanpa perencanaan yang matang, intervensi Promosi Kesehatan akan kehilangan arah dan gagal mencapai target efisiensi sumber daya. Dalam konteks epidemiologi, perencanaan tidak boleh didasarkan pada asumsi subjektif, melainkan harus bertumpu pada analisis data morbiditas, mortalitas, serta faktor risiko yang ada di masyarakat. Mahasiswa Sarjana Terapan Promosi Kesehatan harus mampu menerapkan metode perencanaan berbasis bukti (*evidence-based planning*) untuk menerjemahkan angka-angka epidemiologis menjadi program yang aplikatif.

DEFINISI

Perencanaan Program Kesehatan adalah proses sistematis yang melibatkan identifikasi masalah kesehatan masyarakat, penentuan prioritas masalah, penetapan tujuan yang terukur, pemilihan strategi intervensi yang sesuai, serta alokasi sumber daya untuk mencapai tujuan tersebut dalam jangka waktu tertentu.

Langkah pertama dalam perencanaan adalah analisis situasi. Di Indonesia, analisis ini sering memanfaatkan data Profil Kesehatan Puskesmas atau data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Sebagai contoh, dalam penanganan masalah gizi buruk dan stunting di Kabupaten Lombok Barat, Nusa Tenggara Barat, rencana kesehatan mengidentifikasi prevalensi balita pendek terlebih dahulu. Melalui analisis data, ditemukan bahwa masalah utama bukan hanya

ketersediaan pangan, melainkan juga pola asuh dan sanitasi lingkungan (Ramlah, 2021). Upaya mengatasi masalah gizi ini juga dapat disinergikan dengan pengembangan teknologi formulasi pangan untuk meningkatkan nilai gizi produk lokal (Herawati, 2024).

Setelah masalah diidentifikasi, langkah berikutnya adalah menetapkan prioritas menggunakan metode kuantitatif seperti *Urgency, Seriousness, Growth* (USG) atau *Hanlon Method*. Setelah prioritas ditentukan, tujuan program dirumuskan dengan prinsip SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*). Misalnya, "Menurunkan prevalensi gizi kurang pada balita di Kecamatan Gerung sebesar 5% dalam waktu 12 bulan."

Langkah terakhir adalah menyusun rencana aksi (*action plan*) yang mencakup rincian kegiatan, sasaran, pelaksana, waktu, lokasi, dan anggaran. Dalam menyusun rencana ini, pemanfaatan modal sosial lokal sangat menentukan keberhasilan penerimaan program oleh masyarakat (Januraga, 2024). Perencana harus merancang pesan Promosi Kesehatan yang menghargai nilai adat setempat agar intervensi tidak mendapat penolakan. Melalui perencanaan yang partisipatif dan berbasis data, Program Kesehatan yang disusun akan memiliki landasan operasional yang kokoh untuk diimplementasikan di lapangan.

D. Pengorganisasian Program Kesehatan

Setelah perencanaan selesai disusun, fungsi Administrasi Kesehatan berikutnya adalah pengorganisasian. Pengorganisasian Program Kesehatan bertujuan untuk membagi tugas, menetapkan tanggung jawab, dan membangun koordinasi yang solid di antara seluruh anggota tim kerja. Dalam intervensi Promosi Kesehatan, pengorganisasian yang efektif mencegah terjadinya tumpang tindih peran (*overlapping*) dan memastikan pemanfaatan keahlian setiap personel secara optimal.

Prinsip utama dalam pengorganisasian meliputi kejelasan rantai komando, rentang kendali yang logis, serta pembagian kerja yang adil. Di tingkat Puskesmas, pengorganisasian program sering kali melibatkan koordinasi lintas sektor, termasuk berkolaborasi dengan organisasi kemasyarakatan seperti Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) dan kader Posyandu. Birokrasi pemerintahan yang efisien dan pembagian tata laksana yang jelas menjadi kunci utama keberhasilan struktur ini (Lampung, 2021).

Sebagai ilustrasi di Indonesia, dalam pengorganisasian program edukasi kesehatan reproduksi dan kesetaraan gender bagi perempuan di Daerah

Istimewa Yogyakarta, disusun struktur khusus yang melibatkan dinas kesehatan, dinas pemberdayaan perempuan, serta organisasi lokal (Oktaviana, 2023). Pembagian kerja dilakukan secara spesifik: tenaga promotor kesehatan berperan sebagai fasilitator teknis dan penyusun materi edukasi, sementara kader PKK bertindak sebagai penggerak massa di tingkat dusun.

Guna memperjelas pembagian peran ini, pengelola program wajib menyusun matriks pembagian kerja (*responsibility assignment matrix*). Tabel berikut menyajikan contoh pembagian peran dalam tim kerja intervensi kesehatan di tingkat komunitas.

Tabel 3. 1. Matriks Pembagian Kerja Tim Pelaksana Promosi Kesehatan

No	Peran/Jabatan	Tugas Utama	Tanggung Jawab	Koordinasi Utama
1	Penanggung Jawab Program	Mengawasi jalannya seluruh intervensi dan alokasi anggaran	Akuntabilitas capaian program	Kepala Puskesmas & Lintas Sektor
2	Promotor Kesehatan	Menyusun materi edukasi dan melatih kader kesehatan	Kualitas konten promosi	Kader Posyandu & PKK
3	Petugas Gizi/Sanitarian	Memberikan materi teknis sesuai keahlian	Akurasi informasi klinis/lingkungan	Promotor Kesehatan
4	Kader Kesehatan Desa	Melakukan kunjungan rumah dan mobilisasi warga	Partisipasi aktif sasaran	Promotor & Tokoh Masyarakat
5	Staf Administrasi	Mengelola surat-menyurat dan SPJ keuangan	Kerapian dokumentasi dan laporan	Penanggung Jawab Program

Tabel 3.1 di atas menunjukkan pembagian kerja yang terstruktur secara vertikal maupun horizontal. Dengan adanya kejelasan pembagian peran ini, setiap anggota tim memahami batas wewenang dan tanggung jawab mereka, sehingga koordinasi di lapangan dapat berjalan lebih efektif tanpa hambatan birokrasi yang berbelit-belit.

E. Pelaksanaan Program Kesehatan

Pelaksanaan (*actuating*) merupakan tahapan krusial dalam fungsi manajemen yang menerjemahkan rencana di atas kertas menjadi tindakan nyata di lapangan. Dalam konteks Promosi Kesehatan, pelaksanaan program tidak hanya menuntut mobilisasi sumber daya fisik dan finansial, melainkan juga pengorganisasian kapasitas sosial masyarakat. Keberhasilan tahap ini

sangat bergantung pada kemampuan praktisi dalam menggerakkan agen perubahan lokal, menyelaraskan langkah dengan kebijakan makro, dan mengelola dinamika sosial-budaya setempat. Tanpa adanya kepemimpinan operasional yang kuat, rencana intervensi yang disusun berdasarkan analisis epidemiologi yang akurat sekalipun akan gagal memberikan dampak nyata bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, fase ini merupakan inti dari *Implementasi Kebijakan* kesehatan di tingkat tapak.

CONTOH

Di Daerah Istimewa Yogyakarta, upaya menekan dampak buruk pernikahan usia dini terhadap kesehatan reproduksi perempuan (Sekarayu, 2021) diimplementasikan melalui penyebaran "Modul Edukasi Kesehatan & Gender Bagi Perempuan" (Oktaviana, 2023). Dalam pelaksanaannya, petugas Promosi Kesehatan Puskesmas tidak bekerja sendiri, melainkan melatih kader Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) dan Karang Taruna sebagai fasilitator lokal. Modul ini digunakan dalam pertemuan-pertemuan warga dan posyandu remaja untuk membangun kesadaran kritis mengenai hak reproduksi dan kesetaraan gender. Dengan memanfaatkan struktur sosial yang sudah ada, edukasi dapat menjangkau kelompok sasaran secara lebih persuasif dan berkelanjutan.

Implikasi dari pendekatan pelaksanaan yang berbasis kemitraan lokal ini adalah terciptanya rasa kepemilikan program yang tinggi di tingkat komunitas. Ketika masyarakat terlibat aktif sebagai pelaksana dan bukan sekadar objek intervensi, pesan-pesan Promosi Kesehatan akan lebih mudah diinternalisasi menjadi perilaku sehari-hari. Bagi mahasiswa Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, hal ini menegaskan bahwa keterampilan interpersonal, teknik advokasi, dan pemahaman mendalam terhadap struktur sosial lokal merupakan modal administratif yang mutlak dikuasai. Pelaksanaan program yang terstruktur dengan memanfaatkan instrumen edukasi yang terstandar terbukti mampu menjembatani kesenjangan antara target normatif pemerintah dan realitas perilaku masyarakat di lapangan.

F. Monitoring Program Kesehatan

Monitoring atau pemantauan merupakan proses pengumpulan data dan informasi secara berkala selama program sedang berjalan untuk memastikan bahwa seluruh aktivitas berjalan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Dalam ranah *Administrasi Kesehatan*, monitoring berfungsi sebagai sistem peringatan dini (early warning system) untuk mendeteksi deviasi, hambatan, atau inefisiensi dalam penggunaan sumber daya. Upaya meminimalkan deviasi

dan menjaga akurasi pengukuran ini sejalan dengan prinsip kalibrasi instrumen dalam metrologi terapan (Sardjono, 2021). Melalui instrumen pemantauan yang sistematis, pengelola *Program Kesehatan* dapat mengukur kesesuaian antara input (sumber daya, dana, tenaga), proses (pelaksanaan kegiatan), dan output (cakupan sasaran) secara real-time. Data hasil pemantauan ini sangat penting untuk melakukan tindakan korektif segera tanpa harus menunggu program selesai.

Sebagai ilustrasi praktis, berikut ini disajikan instrumen pemantauan yang digunakan untuk mengawal kepatuhan masyarakat terhadap intervensi kesehatan di tingkat lapangan.

Tabel 3.2 Matriks Pemantauan Kepatuhan Protokol Kesehatan di Tingkat Kecamatan

No	Aktivitas Intervensi	Target Kinerja Bulanan	Realisasi Lapangan	Kendala Utama yang Ditemukan	Tindakan Korektif Segera
1	Edukasi kelompok di pasar tradisional	12 kali sesi edukasi	8 kali sesi (66,7%)	Penolakan pedagang karena mengganggu jam dagang	Menggeser waktu edukasi ke sore hari saat pasar mulai sepi
2	Pembagian masker gratis	1.500 unit masker	1.500 unit (100%)	Distribusi lancar, namun sebagian warga tidak langsung memakai	Edukasi personal saat pembagian masker dilakukan
3	Pengawasan fasilitas cuci tangan	20 titik fasilitas aktif	15 titik aktif (75%)	Kerusakan keran air dan sabun habis di beberapa titik	Penunjukan penanggung jawab lokal di tiap blok pasar
4	Siaran keliling Promosi Kesehatan	8 kali siaran	8 kali siaran (100%)	Suara bising pasar mengurangi efektivitas pesan	Menggunakan pengeras suara masjid pada waktu ibadah

Tabel 3.2 menunjukkan variasi tingkat keberhasilan pelaksanaan aktivitas di lapangan beserta hambatan spesifik yang dihadapi, seperti penolakan waktu intervensi dan kerusakan sarana pendukung. Melalui visualisasi data pemantauan ini, pengelola program dapat langsung mengidentifikasi bahwa masalah utama bukan pada ketersediaan logistik, melainkan pada aspek operasional and penerimaan masyarakat.

Penerapan monitoring yang ketat ini sangat relevan jika berkaca pada upaya penegakan disiplin protokol kesehatan guna mencegah penularan penyakit menular di masyarakat (Pasaribu, 2021). Faktor kepatuhan masyarakat dipengaruhi oleh pengawasan yang konsisten dan ketersediaan sarana pendukung (Riyadi, 2021). Ketika hasil monitoring menunjukkan bahwa penyediaan fasilitas cuci tangan di area publik tidak dibarengi dengan

pemeliharaan yang baik, pengelola program dapat segera berkoordinasi dengan pengelola pasar untuk menunjuk penanggung jawab harian.

Implikasi administratif dari fungsi monitoring ini adalah peningkatan akuntabilitas dan efisiensi program. Mahasiswa harus memahami bahwa tanpa adanya instrumen monitoring yang terstruktur seperti tabel di atas, penyimpangan di lapangan akan terakumulasi dan menyebabkan kegagalan program secara total di akhir periode. Monitoring yang efektif memungkinkan pengambilan keputusan berbasis bukti (evidence-based decision making) secara cepat, sehingga alokasi anggaran dan tenaga kerja dapat dioptimalkan demi mencapai target derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

G. Evaluasi Program Kesehatan

Evaluasi merupakan penilaian sistematis dan objektif terhadap program yang sedang berjalan atau telah selesai, mencakup desain, implementasi, hasil, serta dampak jangka panjangnya. Berbeda dengan monitoring yang berfokus pada proses jangka pendek, evaluasi dirancang untuk menjawab pertanyaan fundamental: "Apakah program ini berhasil mencapai tujuan epidemiologisnya dan membawa perubahan nyata?" Dalam *Sistem Kesehatan nasional*, evaluasi memberikan dasar ilmiah untuk menentukan apakah suatu intervensi layak dipertahankan, direplikasi, atau dihentikan. Metode evaluasi harus dipilih secara cermat, baik melalui pendekatan kuantitatif untuk mengukur penurunan angka kesakitan (morbiditas), maupun kualitatif untuk memahami kedalaman perubahan perilaku di masyarakat.

DEFINISI

Evaluasi Dampak adalah analisis sistematis yang mengukur perubahan derajat kesehatan atau perilaku pada kelompok sasaran yang dapat diatribusikan secara langsung kepada intervensi *Program Kesehatan*, dengan mengontrol faktor-faktor perancu (confounding variables) di luar program.

Dalam pengendalian penyakit menular seperti HIV/AIDS di Indonesia, evaluasi program tidak hanya mengukur jumlah kondom yang dibagikan atau brosur yang disebar. Evaluasi yang komprehensif diarahkan pada bagaimana positioning layanan komunitas mampu menjangkau populasi kunci dalam sistem kesehatan nasional (Sutrisna, 2021). Lebih jauh lagi, evaluasi harus mampu menilai sejauh mana pemanfaatan modal sosial lokal dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan dan menekan stigma (Januraga, 2024). Melalui metode evaluasi partisipatif, peneliti dapat mengukur peningkatan

indeks modal sosial (kepercayaan, jaringan, dan norma) dan mengorelasikannya dengan penurunan perilaku berisiko pada kelompok sasaran.

Implikasi dari hasil evaluasi yang komprehensif ini sangat menentukan arah *Formulasi Kebijakan* kesehatan di masa depan. Jika hasil evaluasi menunjukkan bahwa intervensi berbasis modal sosial terbukti efektif menurunkan transmisi penyakit, maka pemerintah daerah dapat mengadopsi model ini ke dalam regulasi formal dan mengalokasikan anggaran daerah secara berkelanjutan. Bagi mahasiswa Promosi Kesehatan, kompetensi dalam memilih instrumen evaluasi yang tepat—seperti rancangan sebelum-dan-sesudah intervensi (pre-post intervention design)—adalah kunci untuk membuktikan efektivitas kinerja profesional mereka di hadapan para pemangku kebijakan.

Rangkuman

Administrasi kesehatan yang efektif dalam program promosi kesehatan menuntut integrasi yang harmonis antara analisis epidemiologi berbasis bukti (*evidence-based*) dan manajemen operasional yang sistematis di lapangan. Siklus administrasi ini diawali dengan perencanaan program kesehatan yang mentransformasikan data morbiditas, mortalitas, dan faktor risiko riil masyarakat—seperti prevalensi stunting atau gizi kurang—menjadi tujuan intervensi yang spesifik, terukur, realistis, relevan, dan berorientasi waktu (SMART). Keberhasilan perencanaan ini kemudian ditopang oleh fungsi pengorganisasian yang memetakan pembagian kerja secara vertikal dan horizontal melalui instrumen taktis seperti matriks pembagian kerja (*responsibility assignment matrix*). Struktur ini sangat krusial untuk mencegah tumpang tindih peran antara promotor kesehatan, tenaga klinis, dan kader lokal dalam skema koordinasi lintas sektor di tingkat puskesmas. Pada tahap pelaksanaan (*actuating*), fokus administrasi bergeser pada mobilisasi kapasitas sosial dan pemanfaatan modal sosial lokal guna menjembatani kebijakan makro pemerintah dengan realitas perilaku masyarakat setempat. Keterampilan praktisi promosi kesehatan dalam mengadvokasi, melatih, dan memberdayakan agen perubahan lokal seperti kader PKK dan Karang Taruna menjadi penentu utama tingginya rasa kepemilikan (*sense of ownership*) masyarakat terhadap program yang dijalankan. Akhirnya, seluruh rangkaian intervensi ini dikawal oleh proses monitoring berkala guna mengumpulkan data perkembangan program secara *real-time* untuk mendeteksi deviasi sejak dini. Melalui pemahaman yang komprehensif terhadap relasi fungsional administrasi ini, lulusan Sarjana Terapan Promosi Kesehatan tidak hanya berperan sebagai edukator perilaku, melainkan juga sebagai manajer program yang andal, mampu mengelola sumber daya secara efisien, akuntabel, serta menjamin keberlanjutan dampak intervensi kesehatan di tingkat tapak.

Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana data epidemiologi berupa angka morbiditas dan mortalitas dapat ditransformasikan menjadi dasar penentuan prioritas masalah kesehatan menggunakan metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*) dalam tahap perencanaan promosi kesehatan!
2. Evaluasi efektivitas penggunaan matriks pembagian kerja (*responsibility assignment matrix*) dalam mencegah tumpang tindih peran (*overlapping*) antara promotor kesehatan dan kader kesehatan desa pada program intervensi gizi di tingkat puskesmas!
3. Rumuskan sebuah rencana aksi (*action plan*) promosi kesehatan yang mengintegrasikan modal sosial lokal dan nilai adat setempat guna mengatasi penolakan masyarakat terhadap program imunisasi dasar di wilayah pedesaan!
4. Telaah mengapa tahap pelaksanaan (*actuating*) dalam promosi kesehatan sering kali mengalami kegagalan meskipun telah didukung oleh perencanaan berbasis bukti (*evidence-based planning*) yang sangat akurat dari aspek epidemiologi!
5. Argumentasikan pentingnya prinsip SMART dalam perumusan tujuan program promosi kesehatan, dan analisis dampaknya terhadap efisiensi alokasi sumber daya serta kemudahan proses monitoring program!

b. Pilihan Berganda

1. Dalam perencanaan program kesehatan, analisis situasi yang memanfaatkan data Profil Kesehatan Puskesmas bertujuan untuk...
 - a. Menentukan anggaran biaya operasional secara langsung
 - b. Mengidentifikasi masalah kesehatan berbasis bukti epidemiologis
 - c. Menyusun struktur organisasi tim pelaksana lapangan
 - d. Mengevaluasi kinerja akhir dari promotor kesehatan
2. Metode kuantitatif yang digunakan untuk menetapkan prioritas masalah kesehatan berdasarkan tingkat kegawatan, keseriusan, dan perkembangannya adalah...
 - a. Responsibility Assignment Matrix
 - b. SMART Method
 - c. Urgency, Seriousness, Growth (USG)
 - d. Evidence-Based Planning
3. Rumusan tujuan: "Menurunkan prevalensi gizi kurang pada balita di Kecamatan Gerung sebesar 5% dalam waktu 12 bulan" memenuhi

- prinsip SMART. Unsur "Measurable" dalam rumusan tersebut ditunjukkan oleh...
- Penurunan prevalensi sebesar 5%
 - Wilayah Kecamatan Gerung
 - Jangka waktu 12 bulan
 - Balita sebagai sasaran program
- Berdasarkan studi kasus penanganan stunting di Kabupaten Lombok Barat, analisis data menunjukkan bahwa akar masalah utama selain ketersediaan pangan adalah...
 - Rendahnya tingkat pendidikan formal perangkat desa
 - Pola asuh anak dan kondisi sanitasi lingkungan
 - Keterbatasan jumlah posyandu di wilayah terpencil
 - Kurangnya alokasi anggaran dari pemerintah pusat
 - Salah satu fungsi utama pengorganisasian dalam administrasi program promosi kesehatan di tingkat puskesmas adalah...
 - Menetapkan anggaran belanja tak terduga untuk kegiatan advokasi
 - Membagi tugas dan tanggung jawab guna mencegah tumpang tindih peran
 - Mengumpulkan data morbiditas bulanan secara berkala
 - Menilai dampak jangka panjang dari intervensi perilaku masyarakat
 - Dalam matriks pembagian kerja tim pelaksana promosi kesehatan, pihak yang memegang akuntabilitas utama terhadap capaian program secara keseluruhan adalah...
 - Kader Kesehatan Desa
 - Promotor Kesehatan
 - Penanggung Jawab Program
 - Staf Administrasi
 - Peran spesifik kader PKK dalam pelaksanaan program edukasi kesehatan reproduksi di Daerah Istimewa Yogyakarta adalah sebagai...
 - Penyusun materi edukasi klinis dan modul gender
 - Penggerak massa dan fasilitator lokal di tingkat dusun
 - Penanggung jawab akuntabilitas keuangan program
 - Evaluator independen dampak intervensi kesehatan
 - Mengapa pemanfaatan modal sosial lokal sangat menentukan keberhasilan implementasi rencana aksi (*action plan*) promosi kesehatan di masyarakat?

- a. Meminimalkan kebutuhan anggaran operasional dari puskesmas
 - b. Mempercepat proses birokrasi perizinan di tingkat kabupaten
 - c. Menghindari penolakan masyarakat melalui pendekatan yang menghargai nilai adat
 - d. Menggantikan peran tenaga promotor kesehatan profesional
9. Pelaksanaan (*actuating*) program promosi kesehatan di tingkat tapak dikategorikan sebagai bagian inti dari...
- a. Formulasi kebijakan kesehatan makro
 - b. Implementasi kebijakan kesehatan di lapangan
 - c. Evaluasi sumatif hasil akhir program
 - d. Perencanaan strategis jangka panjang
10. Instrumen administrasi yang digunakan untuk memperjelas pembagian peran, batas wewenang, dan koordinasi vertikal-horizontal dalam tim kerja adalah...
- a. Matriks pembagian kerja (*responsibility assignment matrix*)
 - b. Rencana aksi (*action plan*) berbasis SMART
 - c. Profil Kesehatan Puskesmas
 - d. Metode Hanlon kuantitatif

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Di sebuah wilayah kerja Puskesmas "X", data epidemiologi menunjukkan lonjakan kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) sebesar 40% dalam tiga bulan terakhir. Kepala Puskesmas menugaskan Anda sebagai Sarjana Terapan Promosi Kesehatan untuk memimpin program intervensi. Namun, masyarakat setempat menolak fogging dan enggan melakukan gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) karena menganggap DBD adalah takdir musiman yang tidak bisa dihindari. Berdasarkan situasi ini, susunlah sebuah analisis perencanaan program yang mencakup: (a) perumusan tujuan program menggunakan prinsip SMART, dan (b) strategi pemanfaatan modal sosial lokal serta tokoh masyarakat untuk mengatasi penolakan warga terhadap intervensi PSN.
2. Puskesmas "Y" sedang mengimplementasikan program "Edukasi Gizi Sehat Remaja" untuk menekan angka anemia pada remaja putri. Dalam pelaksanaannya, terjadi konflik internal antara Promotor Kesehatan dan Petugas Gizi. Promotor Kesehatan merasa materi edukasi yang dibuat Petugas Gizi terlalu klinis dan membosankan, sementara Petugas Gizi merasa Promotor Kesehatan menyederhanakan informasi medis secara tidak akurat. Akibatnya, kader posyandu remaja bingung merujuk materi yang benar. Sebagai pengelola program, lakukan evaluasi terhadap

fungsi pengorganisasian kasus ini dengan: (a) menganalisis kelemahan pembagian kerja yang terjadi, dan (b) merancang matriks pembagian kerja (*responsibility assignment matrix*) yang tepat untuk menyelesaikan konflik peran tersebut.

BAB 4

KEBIJAKAN KESEHATAN NASIONAL DAN DAERAH

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menerapkan konsep kebijakan kesehatan dalam merancang program promosi kesehatan yang relevan dengan prioritas epidemiologi lokal.
2. Memilih bentuk kebijakan kesehatan yang paling efektif untuk mengatasi masalah penyakit menular berdasarkan bukti epidemiologis di wilayah kerja puskesmas.
3. Menentukan keselarasan hierarki kebijakan kesehatan di Indonesia mulai dari undang-undang hingga peraturan daerah dalam pelaksanaan intervensi promosi kesehatan.
4. Mengimplementasikan pilar-pilar Transformasi Sistem Kesehatan Nasional dalam menyusun strategi pemberdayaan masyarakat di tingkat desa.
5. Mendemonstrasikan cara mengukur dampak kebijakan kesehatan terhadap status kesehatan masyarakat menggunakan indikator epidemiologi deskriptif.

B. Pendahuluan

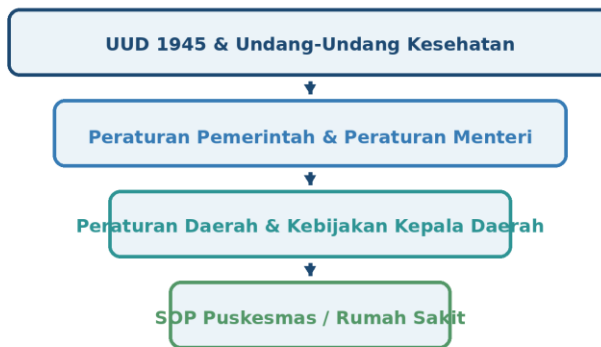
Kebijakan kesehatan sering kali dipandang sebagai dokumen birokratis yang kaku dan jauh dari realitas lapangan. Namun, dalam perspektif epidemiologi dan promosi kesehatan, kebijakan adalah instrumen struktural paling kuat untuk mengubah determinan kesehatan masyarakat secara masif. Sebagai contoh, ketika Pemerintah Daerah Kota Bogor menetapkan Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2018 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR), kebijakan ini bukan sekadar aturan hukum, melainkan intervensi epidemiologis untuk menurunkan prevalensi penyakit tidak menular seperti stroke dan penyakit jantung di tingkat populasi. Tanpa adanya payung hukum yang membatasi ruang gerak

industri rokok dan melindungi perokok pasif, upaya edukasi personal yang dilakukan oleh tenaga promosi kesehatan di puskesmas akan membentur tembok tebal lingkungan yang tidak mendukung. Oleh karena itu, memahami bagaimana kebijakan kesehatan dirancang, diimplementasikan, dan dievaluasi berdasarkan data epidemiologi menjadi kompetensi mutlak bagi calon praktisi promosi kesehatan.

Bagi mahasiswa Program Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, penguasaan terhadap aspek kebijakan ini sangat krusial karena peran mereka berada di garda depan dalam menerjemahkan regulasi makro menjadi aksi mikro di masyarakat. Kebijakan nasional seperti Transformasi Sistem Kesehatan yang dicanangkan Kementerian Kesehatan memerlukan penerjemahan taktis di lapangan agar masyarakat tidak hanya menjadi objek, melainkan subjek yang berdaya. Ketika mahasiswa memahami hierarki peraturan dari tingkat pusat hingga daerah, mereka dapat merancang strategi advokasi yang tepat sasaran, memilih bentuk intervensi yang legal-formal, serta menggunakan indikator epidemiologi untuk membuktikan efektivitas suatu kebijakan. Kemampuan terapan ini membedakan seorang penyuluh kesehatan biasa dengan seorang ahli promosi kesehatan yang mampu melakukan intervensi berbasis kebijakan guna menciptakan perubahan perilaku yang berkelanjutan di tingkat komunitas.

Untuk membekali mahasiswa dengan kemampuan aplikatif tersebut, bab ini akan mengupas tuntas lima pilar utama kebijakan kesehatan dalam konteks Indonesia. Pembahasan akan diawali dengan pemahaman mendalam mengenai Konsep Kebijakan Kesehatan dan berbagai Bentuk Kebijakan Kesehatan yang sering diterapkan di tanah air. Selanjutnya, mahasiswa akan mempelajari Hierarki Kebijakan Kesehatan di Indonesia untuk memahami alur legalitas hukum, diikuti dengan analisis komprehensif mengenai arah Transformasi Sistem Kesehatan Nasional yang sedang berlangsung saat ini. Bab ini akan ditutup dengan pembahasan mengenai Dampak Kebijakan terhadap Masyarakat, yang mengajarkan mahasiswa bagaimana mengukur keberhasilan suatu regulasi menggunakan pendekatan epidemiologi terapan. Melalui pemahaman yang utuh ini, mahasiswa diharapkan mampu menerapkan prinsip-prinsip epidemiologi dalam mengawal, mengimplementasikan, dan mengevaluasi kebijakan kesehatan di berbagai tingkatan administrasi.

Hierarki Kebijakan Kesehatan Nasional dan Daerah



Gambar 4. 1. Hierarki Kebijakan Kesehatan Nasional dan Daerah

C. Konsep Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan kesepakatan, rencana, dan tindakan nyata yang diputuskan oleh otoritas berwenang untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat dalam suatu populasi. Kebijakan ini tidak sekadar berupa dokumen administratif yang pasif, melainkan sebuah instrumen struktural yang dirancang untuk mengarahkan sumber daya, mengatur perilaku organisasi, serta memengaruhi determinan sosial kesehatan. Dalam kacamata epidemiologi terapan, kebijakan kesehatan berfungsi sebagai intervensi hulu (*upstream intervention*) yang mampu mengendalikan distribusi dan frekuensi masalah kesehatan di tingkat populasi. Melalui pemahaman konsep ini, praktisi promosi kesehatan dapat merancang program yang tidak hanya berfokus pada edukasi perilaku individu, melainkan juga pada penciptaan lingkungan yang kondusif melalui dukungan regulasi yang kuat.

Untuk menerapkan konsep kebijakan kesehatan secara efektif, seorang promotor kesehatan harus mampu menganalisis interaksi antara aktor, proses, isi, dan konteks kebijakan. Pendekatan ini dikenal dengan segitiga kebijakan kesehatan (*health policy triangle*). Dalam konteks Indonesia, penerapan konsep ini terlihat jelas pada kebijakan integrasi pelayanan kesehatan tradisional ke dalam sistem kesehatan formal. Adiyasa (2021) mengkaji bahwa pemanfaatan obat tradisional di Indonesia dipengaruhi oleh faktor demografis dan distribusi geografis yang unik. Tanpa adanya kebijakan kesehatan yang mengatur

standarisasi, keamanan, dan distribusi obat tradisional, masyarakat rentan terhadap risiko efek samping obat herbal yang tidak terstandar. Melalui formulasi kebijakan yang tepat, pemerintah dapat mengarahkan promosi kesehatan untuk mengedukasi masyarakat mengenai penggunaan obat tradisional secara aman dan rasional, sekaligus melindungi kelestarian warisan budaya lokal.

DEFINISI

Kebijakan Kesehatan: Rangkaian keputusan, rencana, dan tindakan yang diambil oleh pembuat kebijakan untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan yang spesifik di dalam suatu masyarakat.

Implikasi dari pemahaman konsep ini adalah pergeseran paradigma promosi kesehatan dari metode konvensional ke arah yang lebih strategis. Sebagai contoh, dalam program penanggulangan penyakit menular seperti HIV/AIDS, intervensi tidak lagi terbatas pada pembagian brosur atau penyuluhan di kelas-kelas kecil. Sutrisna dkk. (2021) dalam studinya mengenai penataan layanan komunitas pada program pengendalian HIV menegaskan bahwa kebijakan yang inklusif dan memihak pada kelompok rentan sangat menentukan keberhasilan penemuan kasus dan retensi pengobatan. Ketika promotor kesehatan menerapkan konsep kebijakan ini, mereka akan berfokus pada advokasi kebijakan di tingkat daerah untuk memastikan ketersediaan anggaran, perlindungan hak asasi manusia bagi kelompok marjinal, dan integrasi layanan komunitas ke dalam sistem kesehatan nasional. Dengan demikian, kebijakan kesehatan menjadi katalisator utama yang menjamin keberlanjutan dan perluasan dampak dari setiap program promosi kesehatan yang dijalankan di lapangan.

D. Bentuk Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan hadir dalam berbagai bentuk yang mencerminkan fungsi dan tujuan spesifik dari regulasi tersebut. Secara umum, bentuk kebijakan kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi kebijakan regulatif, alokatif, distributif, dan redistributif. Kebijakan regulatif bertujuan membatasi atau mengarahkan perilaku individu dan organisasi, seperti aturan kawasan tanpa rokok atau kewajiban registrasi tenaga kesehatan. Kebijakan alokatif dan distributif berfokus pada penyediaan serta pembagian sumber daya, barang, atau jasa kepada kelompok sasaran tertentu. Sementara itu, kebijakan redistributif berupaya menciptakan keadilan sosial dengan cara menggeser

sumber daya dari kelompok yang lebih mampu kepada kelompok yang membutuhkan, seperti subsidi silang dalam jaminan kesehatan nasional.

Dalam praktik promosi kesehatan, kemampuan memilih dan menggunakan bentuk kebijakan yang tepat sangat menentukan efektivitas penanggulangan masalah kesehatan, khususnya penyakit menular. Sebagai contoh, ketika menghadapi lonjakan kasus penyakit menular, pemerintah dituntut untuk mengombinasikan kebijakan regulatif dan alokatif secara simultan. Ambarwati (2021) menjelaskan bagaimana kebijakan pembiayaan pasien COVID-19 di Indonesia bertindak sebagai kebijakan alokatif yang krusial untuk menjaga stabilitas operasional rumah sakit yang melayani pasien terinfeksi. Hal ini sejalan dengan analisis mengenai efektivitas kebijakan Pemerintah Indonesia dalam penanganan Covid-19 secara menyeluruh (Ikmal, 2022). Tanpa adanya jaminan pembiayaan yang jelas dari pemerintah, akses masyarakat terhadap penanganan medis akan terhambat, yang pada gilirannya akan mempercepat laju penularan di komunitas akibat kasus yang tidak terisolasi dengan baik.

CONTOH

Penerapan Kebijakan Distributif melalui Telemedicine: Selama masa pembatasan sosial, pemerintah menetapkan kebijakan pemanfaatan teknologi informasi untuk pelayanan kesehatan non-darurat. Lubis (2021) menunjukkan bahwa penggunaan layanan telemedicine menjadi solusi distributif yang efektif untuk menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan tanpa meningkatkan risiko penularan virus di fasilitas kesehatan fisik.

Pemilihan bentuk kebijakan ini memiliki implikasi langsung terhadap strategi promosi kesehatan yang harus dijalankan. Ketika kebijakan berbentuk regulatif (misalnya kewajiban karantina atau isolasi mandiri), promotor kesehatan harus memainkan peran sebagai komunikator risiko yang menerjemahkan sanksi dan aturan hukum menjadi pesan-pesan edukatif yang humanis. Sebaliknya, ketika kebijakan berbentuk distributif seperti penyediaan layanan kesehatan digital, fokus promosi kesehatan bergeser pada peningkatan literasi digital kesehatan (*e-health literacy*) di masyarakat agar pemanfaatan teknologi tersebut dapat merata dan menjangkau kelompok yang paling membutuhkan. Pemahaman yang utuh mengenai bentuk-bentuk kebijakan ini memastikan bahwa intervensi promosi kesehatan tidak berdiri sendiri, melainkan terintegrasi secara sinergis dengan instrumen kebijakan yang sedang berlaku.

E. Hierarki Kebijakan Kesehatan di Indonesia

Sistem hukum di Indonesia menganut asas hierarki yang ketat, di mana peraturan yang lebih rendah tidak boleh bertentangan dengan peraturan yang lebih tinggi. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, tata urutan peraturan dimulai dari Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat, Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Peraturan Daerah Provinsi, hingga Peraturan Daerah Kabupaten/Kota. Penerapan tata urutan ini juga menjadi acuan penting dalam penyusunan regulasi di sektor non-kesehatan, seperti kebijakan pengembangan energi terbarukan (Bayu, 2021). Dalam sektor kesehatan, hierarki ini menentukan bagaimana sebuah visi kesehatan nasional diturunkan menjadi petunjuk teknis operasional di tingkat puskesmas dan desa. Keselarasan vertikal ini sangat krusial agar pelaksanaan promosi kesehatan di lapangan memiliki legitimasi hukum dan dukungan anggaran yang kuat.

Untuk menjamin efektivitas intervensi promosi kesehatan, mahasiswa harus mampu menentukan keselarasan hierarki kebijakan dari tingkat pusat hingga daerah. Sebagai contoh, pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan bagi kelompok penyandang disabilitas telah diatur di tingkat undang-undang nasional. Pudjiastuti dkk. (2022) dalam naskah kebijakan pelayanan kesehatan inklusif menekankan perlunya rekomendasi kebijakan yang konkret untuk memastikan kelompok disabilitas mendapatkan akses pelayanan tanpa hambatan. Agar amanat undang-undang ini dapat diimplementasikan, pemerintah daerah harus menerbitkannya dalam bentuk Peraturan Daerah (Perda) atau Peraturan Bupati/Wali Kota yang mengatur penyediaan fasilitas ramah disabilitas di setiap puskesmas setempat.

Untuk mempermudah pemahaman mengenai pembagian wewenang dan penerapan regulasi ini, tabel berikut menyajikan struktur tata urutan perundangan beserta aplikasinya dalam program promosi kesehatan.

Tabel 4. 1. Hierarki dan Aplikasi Kebijakan Kesehatan di Indonesia

Tingkat Kebijakan	Jenis Regulasi	Lembaga Penerbit	Contoh Aplikasi dalam Promosi Kesehatan
Nasional	Undang-Undang (UU)	DPR dan Presiden	Menetapkan hak dasar warga negara atas pelayanan kesehatan promotif dan preventif.

Tingkat Kebijakan	Jenis Regulasi	Lembaga Penerbit	Contoh Aplikasi dalam Promosi Kesehatan
Sektoral Pusat	Peraturan Menteri Kesehatan	Kementerian Kesehatan	Menyusun pedoman nasional penyelenggaraan promosi kesehatan di puskesmas.
Provinsi	Peraturan Daerah Provinsi	DPRD Provinsi dan Gubernur	Mengoordinasikan alokasi sumber daya promosi kesehatan lintas kabupaten/kota.
Kabupaten/Kota	Peraturan Daerah Kab/Kota	DPRD Kab/Kota dan Bupati/Wali Kota	Menetapkan sanksi administratif bagi pelanggar Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di fasilitas umum.
Desa/Kelurahan	Peraturan Desa (Perdes)	Kepala Desa dan BPD	Mengalokasikan dana desa untuk operasional Posyandu dan kader kesehatan.

Data pada Tabel 4.1 menunjukkan bahwa setiap jenjang kebijakan memiliki fungsi spesifik yang saling mengikat. Seorang promotor kesehatan harus mampu mengidentifikasi celah regulasi di tingkat daerah untuk memperkuat intervensi promosi kesehatan tanpa melanggar ketentuan di tingkat pusat.

⚠ PERHATIAN

Ketidakselarasan Regulasi: Salah satu hambatan utama dalam pembangunan kesehatan daerah adalah adanya tumpang tindih atau kontradiksi antara peraturan daerah dengan regulasi di tingkat kementerian. Promotor kesehatan harus jeli melakukan telaah hukum sebelum merancang program inovatif lokal.

Ketika terjadi situasi darurat atau kebutuhan lokal yang mendesak, pemerintah daerah sering kali dituntut melakukan inovasi kebijakan yang cepat. Pratiwi (2021) mengemukakan bahwa inovasi kebijakan pemerintah daerah dalam penanganan krisis kesehatan harus tetap berada dalam koridor hukum negara kesatuan, namun diberikan ruang fleksibilitas untuk merespons karakteristik epidemiologi wilayah masing-masing. Di sinilah peran ahli promosi kesehatan menjadi sangat vital, yaitu melakukan advokasi kepada kepala daerah agar menerbitkan peraturan bupati atau wali kota yang secara spesifik mendukung gerakan masyarakat hidup sehat sesuai dengan kearifan lokal yang ada, namun tetap sejalan dengan undang-undang kesehatan nasional.

F. Transformasi Sistem Kesehatan Nasional

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah mencanangkan cetak biru Transformasi Sistem Kesehatan Nasional yang terdiri atas enam pilar utama. Enam pilar tersebut meliputi transformasi pelayanan primer, transformasi pelayanan rujukan, transformasi sistem ketahanan kesehatan, transformasi sistem pembiayaan kesehatan, transformasi sdm kesehatan, dan transformasi teknologi kesehatan. Bagi praktisi promosi kesehatan, pilar pertama (pelayanan primer) dan pilar keenam (teknologi kesehatan) merupakan jangkar utama yang paling relevan. Transformasi pelayanan primer menekankan pada penguatan upaya promotif dan preventif melalui revitalisasi posyandu, integrasi layanan primer, dan pemberdayaan masyarakat di tingkat desa.

Dalam mengimplementasikan pilar-pilar transformasi ini, promotor kesehatan dituntut untuk mampu merancang strategi pemberdayaan masyarakat yang adaptif terhadap perkembangan teknologi. Sebagai contoh, transformasi teknologi kesehatan mendorong migrasi pencatatan kesehatan manual menuju sistem digital terpadu. Januraga dkk. (2021) memaparkan bahwa penerapan rekam kesehatan elektronik dan sistem informasi kesehatan berbasis industri 4.0 menjadi fondasi penting untuk memantau status kesehatan masyarakat secara waktu nyata (*real-time*). Dengan data epidemiologi digital yang akurat, kader kesehatan di tingkat desa dapat melakukan intervensi promosi kesehatan yang lebih presisi, misalnya mendeteksi wilayah dengan cakupan imunisasi rendah untuk segera dilakukan penyuluhan terarah.

"Transformasi sistem kesehatan tidak akan berhasil tanpa adanya partisipasi aktif dari masyarakat yang berdaya dan memiliki literasi kesehatan yang baik."

Selain aspek teknologi, transformasi ini menuntut perubahan mendasar dalam strategi komunikasi publik. Ketika pemerintah meluncurkan program kesehatan berskala nasional, seperti imunisasi massal atau introduksi vaksin baru, hambatan terbesar sering kali muncul dari misinformasi dan keraguan masyarakat. Dewi (2021) menggarisbawahi pentingnya strategi komunikasi publik yang efektif dan transparan dalam pelaksanaan program vaksinasi nasional untuk membangun kepercayaan publik (*public trust*). Dalam konteks ini, promotor kesehatan di tingkat puskesmas bertindak sebagai jembatan yang menerjemahkan kebijakan transformasi makro menjadi dialog-dialog persuasif di tingkat keluarga. Dengan mengintegrasikan pilar pelayanan primer dan teknologi digital, promotor kesehatan dapat memastikan bahwa transformasi sistem kesehatan nasional bukan sekadar jargon birokrasi, melainkan sebuah

gerakan nyata yang dirasakan langsung manfaatnya oleh seluruh lapisan masyarakat.

G. Dampak Kebijakan terhadap Masyarakat

Evaluasi dampak kebijakan merupakan tahapan krusial dalam siklus kebijakan kesehatan untuk menilai sejauh mana suatu regulasi berhasil mencapai tujuan epidemiologisnya atau justru menimbulkan konsekuensi yang tidak diharapkan. Dalam epidemiologi deskriptif, pengukuran dampak ini dilakukan dengan menganalisis perubahan indikator status kesehatan masyarakat, seperti angka kesakitan (morbiditas), angka kematian (mortalitas), serta perubahan perilaku kepatuhan di tingkat populasi sebelum dan sesudah kebijakan diimplementasikan. Tanpa adanya evaluasi berbasis data yang objektif, pembuat kebijakan tidak akan pernah mengetahui efektivitas dari alokasi anggaran dan regulasi yang telah diterbitkan.

Aspek evaluasi ini juga penting untuk melihat bagaimana kebijakan penanganan krisis kesehatan diintegrasikan dengan pemulihan ekonomi masyarakat. Sebagai contoh, kebijakan pembatasan mobilitas sosial dan pengelolaan anggaran darurat selama masa krisis kesehatan global memberikan dampak multisektoral yang sangat luas bagi kehidupan masyarakat. Suparman (2021) menganalisis bahwa kebijakan pengelolaan keuangan negara untuk penanganan pandemi berdampak langsung pada stabilitas ekonomi mikro dan daya beli masyarakat, yang secara tidak langsung memengaruhi akses mereka terhadap pangan bergizi. Dari sudut pandang epidemiologi, penurunan daya beli ini berpotensi meningkatkan prevalensi masalah gizi kurang pada balita di wilayah-wilayah miskin. Oleh karena itu, promotor kesehatan harus jeli melihat hubungan sebab-akibat antara kebijakan ekonomi makro dengan indikator kesehatan mikro di wilayah kerjanya.

i CATATAN

Indikator Dampak Kebijakan: Pengukuran dampak kebijakan kesehatan sebaiknya tidak hanya menggunakan indikator klinis, melainkan juga indikator sosial-kependudukan seperti angka kemiskinan, tingkat kepatuhan protokol kesehatan, dan aksesibilitas layanan bagi kelompok rentan.

Dampak kebijakan juga dapat diukur dari aspek perubahan demografi dan sosial kependudukan. Goma (2021) menunjukkan bahwa kebijakan penanganan pandemi COVID-19 di Indonesia berkorelasi erat dengan fluktuasi angka kematian, kemiskinan, dan pengangguran di berbagai daerah. Ketika angka

pengangguran meningkat akibat pembatasan aktivitas usaha, beban psikologis keluarga bertambah, yang berujung pada peningkatan masalah kesehatan mental di komunitas. Selain itu, kebijakan pembangunan industri yang tidak diimbangi dengan pengawasan regulasi lingkungan yang ketat juga membawa dampak buruk jangka panjang. Nursabrina dkk. (2021) mengemukakan bahwa lemahnya pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun (B3) industri berpotensi mencemari sumber air bersih masyarakat, yang berkontribusi pada peningkatan kasus penyakit kulit dan gangguan reproduksi di sekitar kawasan industri.

Melalui pemahaman berbagai studi kasus tersebut, mahasiswa promosi kesehatan diajarkan untuk mendemonstrasikan cara mengukur dampak kebijakan secara komprehensif. Praktisi promosi kesehatan harus mampu menggunakan metode survei cepat, pemetaan partisipatif, maupun analisis data sekunder dari puskesmas untuk menyajikan bukti ilmiah (*evidence-based*) kepada pengambil keputusan. Jika data menunjukkan bahwa suatu kebijakan menimbulkan dampak kesehatan negatif bagi masyarakat, promotor kesehatan wajib melakukan advokasi guna merevisi kebijakan tersebut demi melindungi derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Rangkuman

Kebijakan kesehatan berfungsi sebagai intervensi hulu (*upstream intervention*) yang secara struktural mengendalikan distribusi, frekuensi, dan determinan sosial masalah kesehatan di tingkat populasi. Melalui kacamata epidemiologi terapan, efektivitas formulasi dan implementasi kebijakan ini dianalisis menggunakan model segitiga kebijakan kesehatan (*health policy triangle*) yang mengintegrasikan interaksi dinamis antara aktor, proses, isi, dan konteks spesifik lokal. Dalam lanskap hukum Indonesia, operasionalisasi kebijakan ini terikat pada asas hierarki yang ketat berdasarkan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011, di mana regulasi tingkat daerah seperti Peraturan Daerah atau Peraturan Bupati/Wali Kota harus selaras secara vertikal dengan undang-undang nasional guna menjamin legitimasi hukum, pembagian wewenang yang jelas, dan dukungan anggaran yang kuat di tingkat puskesmas maupun komunitas. Berbagai bentuk kebijakan—baik regulatif yang membatasi perilaku, alokatif dan distributif yang mendistribusikan sumber daya serta teknologi seperti layanan *telemedicine*, maupun redistributif yang mengupayakan keadilan sosial—memiliki implikasi langsung terhadap pergeseran paradigma promosi kesehatan. Praktisi promosi kesehatan tidak lagi sekadar menjadi pelaksana edukasi perilaku individu konvensional, melainkan bertransformasi menjadi komunikator risiko, fasilitator literasi kesehatan digital (*e-health literacy*), dan advokat strategis yang mendorong kebijakan inklusif serta berpihak pada kelompok rentan. Hal ini tecermin dari pentingnya standarisasi obat tradisional untuk melindungi masyarakat dari risiko kesehatan, serta penataan layanan komunitas yang ramah bagi kelompok marjinal dalam pengendalian penyakit menular seperti HIV/AIDS. Sinergi antara pemahaman hierarki perundangan dan pemilihan instrumen kebijakan yang tepat memastikan bahwa setiap program promosi kesehatan di lapangan tidak berdiri sendiri, melainkan terintegrasi secara sinergis dengan regulasi yang berlaku demi menjamin keberlanjutan dampak dan perlindungan hak asasi manusia yang kokoh bagi seluruh lapisan masyarakat.

Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana elemen "konteks" dan "aktor" dalam segitiga kebijakan kesehatan (*health policy triangle*) dapat memengaruhi keberhasilan advokasi kebijakan integrasi pelayanan kesehatan tradisional di tingkat kabupaten/kota. Berikan argumen Anda dengan mengaitkannya pada tantangan geografis dan demografis di Indonesia.
2. Bandingkan efektivitas kebijakan regulatif (seperti Kawasan Tanpa Rokok) dengan kebijakan distributif (seperti penyediaan fasilitas olahraga publik) dalam menurunkan prevalensi penyakit tidak menular. Evaluasi bagaimana peran promotor kesehatan harus beradaptasi dalam menghadapi kedua bentuk kebijakan yang berbeda tersebut.
3. Telaah konsekuensi epidemiologis dan hukum yang terjadi apabila sebuah Peraturan Daerah tentang penanggulangan HIV/AIDS bertentangan dengan undang-undang atau kebijakan nasional yang lebih tinggi. Rumuskan langkah strategis yang harus diambil oleh seorang sarjana terapan promosi kesehatan untuk mengatasi ketidakselarasan tersebut.
4. Evaluasi bagaimana kebijakan redistributif seperti subsidi silang dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berkontribusi terhadap pengendalian penyakit menular di populasi miskin. Analisis hubungan antara jaminan pembiayaan tersebut dengan penurunan laju penularan penyakit di tingkat komunitas.
5. Rumuskan sebuah strategi promosi kesehatan yang komprehensif untuk meningkatkan *e-health literacy* di wilayah perdesaan terpencil guna mendukung kebijakan distributif berbasis *telemedicine*. Argumentasikan mengapa peningkatan literasi digital ini menjadi prasyarat mutlak bagi keberhasilan pemerataan akses pelayanan kesehatan non-darurat.

b. Pilihan Berganda

1. Dalam epidemiologi terapan, kebijakan kesehatan dipandang sebagai intervensi hulu (*upstream intervention*). Manakah pernyataan berikut yang paling tepat menggambarkan konsep tersebut?
 - a. Intervensi yang berfokus pada pengobatan klinis pasien di rumah sakit rujukan.
 - b. Regulasi struktural yang dirancang untuk mengendalikan distribusi dan frekuensi masalah kesehatan di tingkat populasi.

- c. Program edukasi individu secara tatap muka untuk mengubah perilaku hidup bersih dan sehat.
 - d. Penyediaan bantuan logistik darurat pascabencana di tingkat desa.
2. Menurut model segitiga kebijakan kesehatan (*health policy triangle*), empat elemen utama yang saling berinteraksi dalam analisis kebijakan adalah...
 - a. Input, proses, output, dan dampak kebijakan.
 - b. Regulasi, alokasi, distribusi, dan redistribusi anggaran.
 - c. Aktor, proses, isi, dan konteks kebijakan.
 - d. Pemerintah, swasta, akademisi, dan masyarakat sipil.
3. Adiyasa (2021) mengkaji bahwa pemanfaatan obat tradisional di Indonesia dipengaruhi oleh faktor demografis dan geografis. Mengapa kebijakan standarisasi obat tradisional sangat penting dalam perspektif promosi kesehatan?
 - a. Untuk menghentikan secara total penggunaan obat tradisional di masyarakat modern.
 - b. Untuk mengalihkan seluruh anggaran promosi kesehatan ke sektor industri jamu.
 - c. Untuk mengedukasi masyarakat mengenai penggunaan obat tradisional secara aman, rasional, dan terstandar.
 - d. Untuk membatasi akses masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan modern.
4. Kebijakan yang bertujuan membatasi atau mengarahkan perilaku individu dan organisasi, seperti aturan kawasan tanpa rokok, diklasifikasikan sebagai kebijakan...
 - a. Regulatif
 - b. Alokatif
 - c. Distributif
 - d. Redistributif
5. Kebijakan pembiayaan pasien COVID-19 di Indonesia menurut Ambarwati (2021) bertindak sebagai kebijakan alokatif yang krusial. Apa dampak epidemiologis utama dari kebijakan alokatif tersebut?
 - a. Menurunkan minat masyarakat untuk melakukan vaksinasi mandiri.
 - b. Menjaga stabilitas operasional rumah sakit dan mencegah hambatan akses isolasi yang dapat mempercepat penularan.

- c. Mengurangi beban kerja tenaga promosi kesehatan di puskesmas secara drastis.
 - d. Menggantikan peran promosi kesehatan dengan pendekatan kuratif sepenuhnya.
6. Ketika pemerintah menerapkan kebijakan distributif berupa penyediaan layanan *telemedicine* selama masa pembatasan sosial, fokus promosi kesehatan harus bergeser pada...
 - a. Penegakan sanksi hukum bagi pelanggar protokol kesehatan.
 - b. Advokasi anggaran untuk pembangunan gedung rumah sakit baru.
 - c. Peningkatan literasi digital kesehatan (*e-health literacy*) di masyarakat.
 - d. Kampanye pembagian brosur fisik secara massal di jalan raya.
7. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011, manakah urutan hierarki peraturan perundang-undangan di Indonesia dari yang tertinggi hingga terendah?
 - a. UUD 1945, Peraturan Pemerintah, Undang-Undang, Peraturan Presiden, Perda.
 - b. UUD 1945, Ketetapan MPR, UU/Perpu, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Perda Provinsi, Perda Kabupaten/Kota.
 - c. UU, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Perda Provinsi, Perda Kabupaten/Kota, Peraturan Desa.
 - d. Ketetapan MPR, UUD 1945, UU/Perpu, Peraturan Presiden, Peraturan Pemerintah, Perda.
8. Dalam program penanggulangan HIV/AIDS, Sutrisna dkk. (2021) menegaskan bahwa kebijakan yang inklusif sangat menentukan keberhasilan penemuan kasus. Implikasi dari temuan ini bagi promotor kesehatan adalah...
 - a. Membatasi interaksi dengan kelompok marjinal untuk menghindari stigma sosial.
 - b. Melakukan advokasi kebijakan daerah untuk memastikan anggaran dan perlindungan hak kelompok rentan.
 - c. Menghentikan program edukasi dan fokus sepenuhnya pada pengadaan obat antiretroviral.
 - d. Menyerahkan seluruh tanggung jawab penemuan kasus kepada aparat penegak hukum.
9. Mengapa keselarasan vertikal antara undang-undang nasional dan peraturan daerah sangat krusial dalam pelaksanaan promosi kesehatan?

- a. Agar pemerintah daerah dapat membuat aturan yang bertentangan dengan pusat tanpa sanksi.
 - b. Agar pelaksanaan promosi kesehatan di lapangan memiliki legitimasi hukum dan dukungan anggaran yang kuat.
 - c. Untuk memperpanjang jalur birokrasi pencairan dana operasional puskesmas.
 - d. Untuk membatasi kewenangan daerah dalam merancang program kesehatan lokal.
10. Kebijakan redistributif dalam sistem kesehatan nasional, seperti subsidi silang iuran jaminan kesehatan, bertujuan untuk...
- a. Membatasi jumlah kunjungan pasien kaya ke rumah sakit pemerintah.
 - b. Memberikan insentif finansial langsung kepada seluruh produsen obat herbal.
 - c. Menciptakan keadilan sosial dengan menggeser sumber daya dari kelompok mampu ke kelompok yang membutuhkan.
 - d. Menghapuskan peran sektor swasta dalam penyediaan layanan kesehatan primer.

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Sebuah kabupaten di wilayah pesisir mengalami peningkatan kasus tuberkulosis (TB) yang signifikan, terutama di kalangan nelayan miskin. Pemerintah daerah setempat telah memiliki Peraturan Daerah (Perda) tentang Penanggulangan Penyakit Menular, namun belum ada alokasi anggaran khusus untuk pendampingan minum obat di tingkat desa. Sebagai seorang Sarjana Terapan Promosi Kesehatan di Puskesmas setempat, Anda diminta untuk menyusun rekomendasi kebijakan operasional tingkat daerah. Berdasarkan konsep segitiga kebijakan kesehatan (*health policy triangle*), analisislah bagaimana Anda akan mengadvokasi aktor kunci (Kepala Dinas Kesehatan dan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah) serta memanfaatkan konteks sosial-ekonomi nelayan untuk mendorong lahirnya Peraturan Bupati yang mengalokasikan anggaran operasional bagi kader kesehatan desa.
2. Selama masa transisi pascapandemi, sebuah kota metropolitan meluncurkan aplikasi kesehatan digital terintegrasi untuk memantau kesehatan ibu dan anak (KIA) guna menekan angka stunting. Namun, evaluasi triwulan pertama menunjukkan bahwa pemanfaatan aplikasi ini sangat rendah di wilayah pemukiman padat kumuh karena rendahnya literasi digital dan keterbatasan akses kuota internet. Di sisi lain,

kebijakan ini bersifat distributif tanpa didukung oleh edukasi yang humanis. Rancanglah sebuah proyek intervensi promosi kesehatan strategis yang mengombinasikan peningkatan *e-health literacy* dengan advokasi kebijakan regulatif tingkat kelurahan (misalnya penyediaan Wi-Fi gratis di Posyandu) agar kebijakan digitalisasi KIA ini dapat berjalan secara inklusif dan efektif.

BAB 5

FORMULASI KEBIJAKAN KESEHATAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menerapkan tahapan proses formulasi kebijakan kesehatan dalam merancang draf kebijakan promosi kesehatan di tingkat daerah.
2. Menggunakan instrumen analisis agenda setting untuk menentukan prioritas masalah kesehatan masyarakat yang layak diangkat menjadi kebijakan publik.
3. Menentukan peran dan jejaring stakeholder dalam perumusan kebijakan kesehatan guna mengoptimalkan dukungan program promosi kesehatan.
4. Mengimplementasikan matriks kepentingan dan pengaruh aktor kebijakan untuk memetakan potensi konflik dan kolaborasi dalam pengambilan keputusan.
5. Memilih strategi pengambilan keputusan kebijakan yang paling efektif berdasarkan analisis bukti epidemiologis dan kelayakan sosial-politik.

B. Pendahuluan

Epidemiologi tidak hanya berhenti pada penemuan pola distribusi dan determinan penyakit di atas kertas, melainkan harus bermuara pada tindakan nyata yang melindungi masyarakat. Jembatan terpenting yang menghubungkan temuan ilmiah epidemiologis dengan aksi proteksi kesehatan kolektif adalah kebijakan kesehatan. Bagi mahasiswa Program Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, penguasaan atas formulasi kebijakan bukan sekadar pelengkap teoretis, melainkan kompetensi inti untuk mengadvokasi perubahan sistemik. Sering kali, intervensi promosi kesehatan di tingkat akar rumput menemui jalan buntu karena tidak didukung oleh regulasi yang kuat di tingkat manajerial atau pemerintahan. Sebagai contoh, upaya edukasi pembatasan konsumsi gula di tingkat keluarga sering kali kalah agresif dibandingkan dengan penetrasi pasar

industri minuman berpemanis dalam kemasan (MBDK). Tanpa adanya formulasi kebijakan fiskal seperti penerapan cukai MBDK di Indonesia, intervensi promosi kesehatan yang hanya mengandalkan penyuluhan individu akan sulit mencapai dampak yang signifikan secara epidemiologis. Oleh karena itu, kemampuan merumuskan kebijakan yang berbasis bukti (*evidence-based policy*) menjadi krusial agar intervensi promosi kesehatan memiliki daya jangkauan yang luas, berkelanjutan, dan memiliki legitimasi hukum yang kuat.

Formulasi kebijakan kesehatan merupakan proses yang kompleks, dinamis, dan sarat akan kontestasi nilai serta kepentingan. Di Indonesia, proses ini melibatkan negosiasi yang rumit antara data ilmiah, aspirasi publik, dan kepentingan politik praktis. Sebagai ilustrasi, ketika merumuskan kebijakan penanggulangan stunting nasional, para perumus kebijakan tidak hanya dihadapkan pada data prevalensi balita kerdil dari Studi Status Gizi Indonesia (SSGI), tetapi juga harus menyelaraskan berbagai kepentingan kementerian, lembaga non-pemerintah, donor internasional, hingga pemerintah daerah yang memiliki kapasitas fiskal berbeda-beda. Implikasi dari kompleksitas ini adalah perlunya pemahaman mendalam tentang bagaimana sebuah isu kesehatan dapat masuk ke dalam agenda pemerintah, siapa saja aktor yang terlibat, bagaimana memetakan pengaruh mereka, serta bagaimana keputusan akhir diambil di tengah berbagai tekanan. Mahasiswa promosi kesehatan dituntut mampu menavigasi lanskap ini agar dapat memformulasikan kebijakan yang tidak hanya ideal secara akademis, tetapi juga aplikatif dan dapat diterima secara politis.

Untuk membekali mahasiswa dengan kemampuan praktis tersebut, bab ini akan mengupas tuntas lima pilar utama dalam formulasi kebijakan kesehatan. Pembahasan akan diawali dengan pemahaman mendalam mengenai Proses Formulasi Kebijakan sebagai kerangka kerja sistematis. Selanjutnya, kita akan mempelajari Agenda Setting Kebijakan Kesehatan untuk memahami bagaimana suatu masalah kesehatan dapat menarik perhatian pengambil keputusan. Bab ini juga akan membedah peran Stakeholder dalam Kebijakan Kesehatan serta menganalisis Kepentingan dan Pengaruh Aktor Kebijakan menggunakan instrumen pemetaan yang aplikatif. Terakhir, bab ini akan ditutup dengan pembahasan mengenai mekanisme Pengambilan Keputusan Kebijakan, yang akan memandu mahasiswa dalam memilih opsi kebijakan terbaik berbasis bukti epidemiologi dan kelayakan implementasi di lapangan.

Tahapan Formulasi Kebijakan Kesehatan



Bukti epidemiologi dan partisipasi publik memperkuat setiap tahap

Gambar 5. 1. Tahapan Formulasi Kebijakan Kesehatan

C. Proses Formulasi Kebijakan

Formulasi kebijakan merupakan fase krusial dalam siklus kebijakan kesehatan yang menjembatani identifikasi masalah dengan implementasi tindakan nyata di lapangan. Tahapan ini melibatkan proses penerjemahan data epidemiologi dan aspirasi masyarakat menjadi draf regulasi yang legal dan operasional. Maldun (2016) menjelaskan bahwa formulasi kebijakan publik bukan sekadar penyusunan draf hukum, melainkan sebuah proses analisis yang sistematis untuk memilih dan merancang alternatif solusi terbaik guna memecahkan masalah publik. Proses analisis ini sering kali membutuhkan dukungan teknologi informasi dan manajemen pengetahuan (*knowledge management*) yang optimal guna meningkatkan kinerja perumus kebijakan (Primawanti, 2022). Dalam konteks promosi kesehatan, formulasi kebijakan harus mampu menghasilkan regulasi yang bersifat memampukan (*enabling*) dan melindungi masyarakat dari berbagai determinan kesehatan yang merugikan.

Proses formulasi kebijakan kesehatan yang ideal berjalan melalui beberapa tahapan yang terstruktur. Desrinelti dkk. (2021) menekankan bahwa pemahaman yang mendalam mengenai konsep pelaksanaan kebijakan publik sangat diperlukan sejak tahap perancangan agar draf yang dihasilkan tidak menemui kegagalan saat diimplementasikan. Tahapan tersebut diawali dengan perumusan masalah kesehatan secara akurat menggunakan bukti ilmiah

(*problem definition*). Setelah masalah didefinisikan dengan jelas, perumus kebijakan menyusun berbagai alternatif intervensi (*alternative formulation*). Alternatif-alternatif ini kemudian dinilai kelayakannya berdasarkan aspek teknis epidemiologis, analisis pembiayaan, serta akseptabilitas sosial-politik. Tahap akhir dari formulasi ini adalah legitimasi kebijakan, yaitu pengesahan draf rancangan menjadi regulasi formal yang berkekuatan hukum tetap.

DEFINISI

Formulasi Kebijakan Kesehatan adalah proses sistematis untuk mengidentifikasi masalah kesehatan masyarakat, menyusun berbagai alternatif solusi berbasis bukti ilmiah, menganalisis kelayakan sosial-politik dan ekonomi dari setiap alternatif, serta mengesahkan alternatif terpilih menjadi regulasi hukum yang mengikat.

Sebagai ilustrasi konkret di Indonesia, proses ini dapat dilihat pada penyusunan Peraturan Daerah (Perda) tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di tingkat Kabupaten/Kota. Pemerintah daerah tidak dapat langsung melarang aktivitas merokok tanpa melalui tahapan formulasi yang matang. Proses diawali dengan pengumpulan data prevalensi perokok pemula dan penyakit tidak menular (PTM) lokal oleh Dinas Kesehatan. Data tersebut menjadi dasar argumentasi perlunya regulasi pelarangan merokok di ruang publik. Selanjutnya, tim perumus menyusun draf Perda KTR dengan melibatkan berbagai draf alternatif, mulai dari pembatasan ketat hingga penyediaan ruang khusus merokok. Draft ini kemudian diuji melalui konsultasi publik yang melibatkan asosiasi pedagang, akademisi, organisasi profesi kesehatan, dan kelompok masyarakat sebelum akhirnya disahkan oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) menjadi Perda KTR resmi.

Bagi mahasiswa promosi kesehatan, kompetensi untuk menerapkan tahapan formulasi kebijakan ini sangat vital. Mahasiswa harus mampu mengidentifikasi celah regulasi (*regulatory gap*) di tingkat lokal dan merancang draf kebijakan promosi kesehatan yang aplikatif. Keberhasilan intervensi promosi kesehatan, seperti pembatasan konsumsi pangan tinggi gula, garam, dan lemak pada anak sekolah, sangat bergantung pada bagaimana kebijakan tersebut diformulasikan sejak awal agar memiliki landasan hukum yang kuat dan dapat dipatuhi oleh seluruh sekolah di wilayah kerja puskesmas setempat.

D. Agenda Setting Kebijakan Kesehatan

Sebelum sebuah kebijakan kesehatan dapat diformulasikan, isu kesehatan yang bersangkutan harus terlebih dahulu masuk ke dalam agenda pemerintah. Agenda setting adalah proses dinamis di mana suatu masalah masyarakat berhasil menarik perhatian publik dan pengambil keputusan politik sehingga layak mendapatkan alokasi sumber daya dan perhatian legislatif. Dalam situasi krisis, determinan kebijakan pemerintah sering kali didorong oleh urgensi untuk menjaga keberlangsungan hidup dan usaha masyarakat luas (Maharani, 2021). Tidak semua masalah kesehatan masyarakat secara otomatis masuk ke dalam agenda kebijakan. Banyak masalah kesehatan yang secara epidemiologis memiliki prevalensi tinggi, namun tetap terabaikan karena gagal dikemas menjadi isu publik yang mendesak.

Dalam memahami bagaimana sebuah isu kesehatan masuk ke dalam agenda kebijakan, kita dapat menerapkan kerangka kerja *Multiple Streams* dari John Kingdon. Kerangka kerja ini menjelaskan bahwa sebuah isu akan masuk ke dalam agenda kebijakan ketika tiga aliran (*streams*) bertemu pada satu momen yang disebut "jendela kebijakan" (*policy window*). Aliran pertama adalah aliran masalah (*problem stream*), yang didasarkan pada data epidemiologis dan persepsi publik mengenai keseriusan masalah tersebut. Aliran kedua adalah aliran kebijakan (*policy stream*), yang berisi alternatif solusi ilmiah yang ditawarkan oleh para ahli dan praktisi kesehatan. Aliran ketiga adalah aliran politik (*politics stream*), yang dipengaruhi oleh pergantian kepemimpinan, opini publik, dan dinamika kekuasaan politik.

i CATATAN

Pertemuan ketiga aliran (masalah, kebijakan, dan politik) menciptakan momentum emas bagi promotor kesehatan untuk melakukan advokasi kebijakan secara masif sebelum jendela kebijakan tersebut tertutup kembali oleh isu-isu non-kesehatan lainnya.

Contoh nyata dari proses agenda setting di Indonesia adalah pengangkatan isu stunting menjadi Program Prioritas Nasional. Selama bertahun-tahun, masalah gizi buruk dan gangguan pertumbuhan pada anak usia dini dianggap sebagai persoalan privat keluarga (Ramlah, 2021). Namun, ketika data epidemiologi menunjukkan bahwa sepertiga balita Indonesia mengalami stunting dan hal ini mengancam masa depan bonus demografi, aliran masalah mulai terbentuk. Para akademisi dan praktisi kesehatan kemudian menawarkan

solusi intervensi gizi spesifik dan sensitif (aliran kebijakan). Momentum politik tercipta ketika Presiden Joko Widodo menetapkan penurunan stunting sebagai salah satu fokus utama dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Pertemuan ketiga aliran ini mendorong lahirnya Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting sebagai kebijakan formal nasional.

Selain faktor politik, kepatuhan dan kesadaran masyarakat terhadap risiko kesehatan juga turut memengaruhi bagaimana sebuah isu dinilai mendesak oleh pengambil kebijakan. Riyadi & Larasaty (2021) mengemukakan bahwa kepatuhan masyarakat terhadap protokol kesehatan sangat dipengaruhi oleh persepsi risiko dan efektivitas komunikasi informasi kesehatan. Ketika masyarakat secara kolektif menyadari bahaya suatu penyakit, tekanan publik terhadap pemerintah untuk menerbitkan kebijakan protektif akan meningkat. Oleh karena itu, mahasiswa promosi kesehatan harus mampu menggunakan instrumen analisis agenda setting untuk mengemas data epidemiologis menjadi pesan advokasi yang kuat, sehingga masalah kesehatan lokal yang terabaikan dapat segera diangkat menjadi prioritas kebijakan di tingkat daerah.

E. Stakeholder dalam Kebijakan Kesehatan

Formulasi kebijakan kesehatan bukanlah proses yang steril dari interaksi sosial, melainkan sebuah arena interaksi yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan (*stakeholders*). Pemangku kepentingan dalam kebijakan kesehatan didefinisikan sebagai individu, kelompok, atau organisasi yang memengaruhi atau dipengaruhi oleh keputusan kebijakan yang diambil. Mengidentifikasi dan memetakan peran setiap pemangku kepentingan merupakan langkah strategis yang menentukan apakah suatu kebijakan kesehatan akan mendapatkan dukungan luas atau justru menghadapi penolakan yang kuat saat diimplementasikan di lapangan.

Pudjiastuti dkk. (2022) menegaskan bahwa dalam merumuskan pelayanan kesehatan yang inklusif, keterlibatan aktif dari berbagai kelompok masyarakat, termasuk penyandang disabilitas dan kelompok rentan, sangat krusial untuk memastikan bahwa kebijakan yang dihasilkan benar-benar akomodatif dan berkeadilan. Untuk memetakan pemangku kepentingan secara komprehensif, promotor kesehatan dapat menggunakan model kolaborasi Penta Helix. Model ini membagi pemangku kepentingan ke dalam lima pilar utama, yaitu pemerintah (*government*), akademisi (*academia*), sektor swasta (*business*), komunitas atau masyarakat (*community*), dan media massa (*media*) (Kelvin

dkk., 2022). Sinergi di antara kelima pilar ini sangat menentukan efektivitas penyebaran pesan kesehatan dan keberlanjutan program promosi kesehatan di daerah.

CONTOH

Dalam perumusan kebijakan penanggulangan penyakit menular seperti tuberkulosis (TBC) di tingkat kota, Dinas Kesehatan bertindak sebagai regulator (pemerintah). Universitas setempat menyediakan data riset epidemiologi (akademisi). Perusahaan swasta berkontribusi melalui program tanggung jawab sosial perusahaan (*Corporate Social Responsibility*) untuk penyediaan nutrisi pasien (Sudirman & Disemadi, 2021). Komunitas penyintas TBC mengadvokasi hak-hak pasien (komunitas), sementara jurnalis lokal membantu mengedukasi masyarakat guna menghapus stigma negatif (media).

Pemetaan peran ini harus dikelola secara terstruktur agar tidak terjadi tumpang tindih kewenangan atau konflik kepentingan. Pemetaan peran aktor dalam formulasi kebijakan kesehatan dapat disistematisasikan dalam bentuk matriks peran untuk memudahkan koordinasi taktis di lapangan.

Pemetaan peran aktor sangat penting untuk menyelaraskan kontribusi setiap pihak dalam formulasi kebijakan kesehatan. Tabel berikut menyajikan pembagian peran dan klasifikasi stakeholder dalam konteks kebijakan kesehatan inklusif.

Tabel 5. 1. Matriks Peran Aktor dalam Formulasi Kebijakan Kesehatan Inklusif

No	Aktor Kebijakan	Sektor	Peran Utama dalam Formulasi	Klasifikasi Stakeholder
1	Dinas Kesehatan	Pemerintah	Menyusun draf regulasi dan mengalokasikan anggaran	Primer (Kunci)
2	Organisasi Disabilitas	Komunitas	Menyuarakan kebutuhan aksesibilitas fisik dan non-fisik	Primer
3	Fakultas Kedokteran/Kesehatan	Akademisi	Menyediakan kajian ilmiah dan bukti epidemiologis	Sekunder
4	Rumah Sakit Swasta	Swasta	Memberikan masukan teknis operasional pelayanan	Sekunder
5	Persatuan Kesehatan Jurnalis	Media	Menyebarkan urgensi kebijakan kepada publik	Sekunder

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa setiap aktor memiliki peran strategis yang saling melengkapi. Keberhasilan formulasi kebijakan bergantung pada kemampuan promotor kesehatan untuk menyatukan kontribusi aktor primer dan sekunder ini ke dalam satu visi kolaboratif. Dengan menentukan peran dan jejaring pemangku kepentingan sejak awal, mahasiswa promosi kesehatan dapat mengoptimalkan dukungan sumber daya, meminimalkan hambatan birokrasi, dan merancang strategi kemitraan yang kokoh untuk menyelesaikan program-program promosi kesehatan masyarakat.

F. Kepentingan dan Pengaruh Aktor Kebijakan

Setiap aktor yang terlibat dalam formulasi kebijakan kesehatan membawa agenda, nilai, kepentingan (*interest*), dan tingkat pengaruh (*power*) yang berbeda-beda. Kepentingan merujuk pada keuntungan atau kerugian yang akan diterima oleh aktor tersebut akibat adanya kebijakan baru, sedangkan pengaruh merujuk pada kemampuan aktor untuk mengarahkan, mempercepat, memperlambat, atau bahkan membatalkan perumusan suatu kebijakan. Memahami dinamika kepentingan dan pengaruh ini sangat penting bagi promotor kesehatan agar dapat memprediksi arah kebijakan dan merancang strategi negosiasi yang tepat.

Sutrisna dkk. (2021) mengemukakan bahwa dalam sistem kesehatan nasional yang kompleks, seperti pada program pengendalian HIV, positioning layanan komunitas sangat ditentukan oleh bagaimana para aktor kebijakan saling menegosiasikan kepentingan mereka. Aktor dengan pengaruh besar (seperti pembuat kebijakan tingkat tinggi atau penyedia dana utama) sering kali mendominasi arah kebijakan, sementara aktor dengan kepentingan besar namun memiliki pengaruh kecil (seperti kelompok marjinal atau komunitas terdampak langsung) rentan terabaikan jika tidak didampingi oleh promotor kesehatan yang melakukan advokasi secara sistematis.

⚠ PERHATIAN

Kegagalan memetakan pengaruh aktor sering kali mengakibatkan kebijakan kesehatan yang ideal secara ilmiah ditolak secara politis karena mengabaikan kepentingan aktor-aktor kuat yang memiliki hak veto informal di masyarakat.

Dinamika ini juga terlihat jelas dalam kebijakan pembiayaan kesehatan. Ambarwati (2021) menjelaskan bahwa kebijakan pembiayaan pasien pada masa krisis kesehatan berdampak langsung pada stabilitas keuangan rumah sakit yang melayani pasien tersebut. Dalam perumusan kebijakan tarif atau

klaim pembiayaan kesehatan, asosiasi rumah sakit dan badan penyelenggara jaminan sosial memiliki pengaruh yang sangat besar karena kapasitas finansial dan operasional yang mereka miliki. Jika kebijakan yang dirumuskan mengabaikan kepentingan finansial rumah sakit, pelayanan kesehatan bagi masyarakat umum dapat terganggu. Di sinilah letak pentingnya analisis aktor untuk menemukan titik temu (*common ground*) yang dapat mengakomodasi kepentingan kesehatan publik tanpa mengorbankan keberlangsungan operasional penyedia layanan.

Untuk menerapkan konsep ini, mahasiswa promosi kesehatan harus mampu mengimplementasikan Matriks Kepentingan dan Pengaruh (*Power-Interest Grid*). Matriks ini membagi aktor ke dalam empat kuadran:

- *Key Players* (Pengaruh Tinggi, Kepentingan Tinggi): Harus dilibatkan secara aktif dan intensif.
- *Context Setters* (Pengaruh Tinggi, Kepentingan Rendah): Harus dijaga agar tetap puas agar tidak menghambat kebijakan.
- *Subjects* (Pengaruh Rendah, Kepentingan Tinggi): Perlu diberdayakan dan dilindungi kepentingannya.
- *Crowd* (Pengaruh Rendah, Kepentingan Rendah): Cukup dipantau dengan komunikasi berkala.

Dengan menguasai alat analisis ini, mahasiswa dapat merancang strategi komunikasi persuasif yang disesuaikan dengan karakteristik masing-masing kuadran guna meminimalkan konflik kepentingan dan membangun koalisi yang solid.

G. Pengambilan Keputusan Kebijakan

Pengambilan keputusan kebijakan merupakan puncak dari proses formulasi, di mana satu opsi kebijakan dipilih di antara berbagai alternatif yang tersedia untuk disahkan secara resmi. Keputusan yang diambil dalam bidang kesehatan memiliki implikasi langsung terhadap hidup dan mati seseorang, alokasi anggaran daerah, serta pemenuhan hak asasi manusia atas kesehatan. Oleh karena itu, pengambilan keputusan kebijakan kesehatan tidak boleh didasarkan pada intuisi politik semata, melainkan harus bersandar pada bukti ilmiah yang kuat atau yang dikenal dengan istilah *evidence-based policy making*.

Dalam praktiknya, pengambilan keputusan kebijakan sering kali dihadapkan pada ketegangan antara pemenuhan hak individu dan perlindungan kesehatan kolektif masyarakat. Gandryani & Hadi (2021) mengkaji fenomena ini pada

pelaksanaan vaksinasi massal di Indonesia, di mana pemerintah dihadapkan pada pilihan sulit antara menetapkan vaksinasi sebagai hak sukarela warga negara atau kewajiban hukum yang memaksa demi tercapainya kekebalan kelompok (*herd immunity*). Keputusan yang diambil akhirnya condong pada pendekatan wajib demi keselamatan publik yang lebih luas, dengan tetap memperhatikan aspek keadilan distributif. Hal ini sejalan dengan pandangan Kurniawan (2021) yang menegaskan bahwa politik hukum pemerintah dalam penanganan krisis kesehatan harus menempatkan hak asasi atas kesehatan sebagai prioritas utama yang dilindungi secara konstitusional.

i CATATAN

Pengambilan keputusan kebijakan kesehatan yang efektif membutuhkan integrasi antara bukti epidemiologis (seperti data efektivitas vaksin dan angka transmisi penyakit) dengan analisis kelayakan hukum dan kapasitas fiskal daerah.

Selain aspek hak asasi dan keselamatan publik, pengambilan keputusan kebijakan kesehatan di tingkat daerah juga sangat dipengaruhi oleh regulasi desentralisasi fiskal. Anggoro dkk. (2023) menjelaskan bahwa kebijakan pajak daerah dan retribusi daerah memiliki peran ganda, yaitu sebagai sumber pendapatan asli daerah (PAD) sekaligus sebagai instrumen regulasi perilaku kesehatan masyarakat. Sebagai contoh, keputusan pemerintah daerah untuk menaikkan tarif retribusi izin penjualan minuman beralkohol atau pajak reklame rokok diambil tidak hanya untuk meningkatkan PAD, melainkan sebagai keputusan strategis promosi kesehatan untuk menekan konsumsi zat adiktif di kalangan remaja.

Mahasiswa Program Sarjana Terapan Promosi Kesehatan dituntut untuk mampu memilih strategi pengambilan keputusan kebijakan yang paling efektif berdasarkan analisis bukti epidemiologis dan kelayakan sosial-politik. Mahasiswa harus memahami berbagai model pengambilan keputusan, mulai dari model rasional-komprehensif yang mengandalkan analisis data kuantitatif yang ketat, hingga model inkremental yang melakukan perubahan kebijakan secara bertahap berdasarkan negosiasi politik praktis. Penguasaan atas keterampilan ini akan membentuk promotor kesehatan yang tidak hanya pandai melakukan penyuluhan di lapangan, tetapi juga mampu bertindak sebagai analis kebijakan yang andal di meja pengambilan keputusan demi mewujudkan masyarakat yang lebih sehat dan berkeadilan.

Rangkuman

Formulasi kebijakan kesehatan merupakan jembatan strategis yang menerjemahkan data epidemiologis dan aspirasi publik menjadi regulasi hukum yang operasional, memampukan (*enabling*), serta melindungi masyarakat dari berbagai determinan kesehatan yang merugikan. Proses yang sistematis ini menuntut ketajaman analisis dalam mendefinisikan masalah berbasis bukti ilmiah (*problem definition*), merumuskan berbagai alternatif intervensi (*alternative formulation*), menilai kelayakan teknis, finansial, dan sosial-politik, hingga mencapai tahap legitimasi formal. Sebelum regulasi dapat diformulasikan, isu kesehatan harus berhasil menembus agenda pemerintah melalui proses *agenda setting*. Berdasarkan kerangka kerja *Multiple Streams* John Kingdon, momentum emas atau "jendela kebijakan" (*policy window*) hanya akan terbuka ketika terjadi konvergensi antara aliran masalah (*problem stream*) yang didasarkan pada data epidemiologis, aliran kebijakan (*policy stream*) berupa alternatif solusi ilmiah dari para ahli, dan aliran politik (*politics stream*) yang dipengaruhi dinamika kekuasaan, sebagaimana tercermin dalam pengangkatan isu stunting menjadi prioritas nasional melalui Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021. Dalam mengupayakan keberhasilan formulasi, identifikasi serta pemetaan peran pemangku kepentingan (*stakeholders*) melalui model kolaborasi Penta Helix menjadi sangat krusial guna memastikan partisipasi yang inklusif, akomodatif, dan berkeadilan bagi seluruh lapisan masyarakat, termasuk kelompok rentan dan penyandang disabilitas. Bagi sarjana terapan promosi kesehatan, penguasaan kompetensi formulasi kebijakan ini bukan sekadar pemahaman teoritis, melainkan instrumen advokasi praktis untuk mengidentifikasi celah regulasi (*regulatory gap*) di tingkat lokal dan merancang intervensi struktural yang memiliki landasan hukum kuat, seperti pembatasan konsumsi pangan tidak sehat di sekolah, demi mewujudkan perubahan perilaku kesehatan yang berkelanjutan di masyarakat.

Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana data epidemiologi mengenai prevalensi penyakit tidak menular (PTM) dapat digunakan oleh seorang promotor kesehatan untuk mengidentifikasi celah regulasi (*regulatory gap*) dan merumuskan draf alternatif kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) yang layak secara sosial-politik di tingkat daerah.
2. Berdasarkan kerangka kerja *Multiple Streams* dari John Kingdon, evaluasilah bagaimana pertemuan antara aliran masalah, aliran kebijakan, dan aliran politik dapat menciptakan "jendela kebijakan" (*policy window*) yang melahirkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting di Indonesia.
3. Bandingkan peran dan kontribusi strategis antara kelompok akademisi (sebagai penyedia bukti ilmiah) dan kelompok masyarakat rentan (sebagai penerima manfaat) dalam tahapan formulasi kebijakan pelayanan kesehatan inklusif agar regulasi yang dihasilkan bersifat memampukan (*enabling*).
4. Argumentasikan mengapa sebuah isu kesehatan masyarakat yang memiliki angka prevalensi dan mortalitas tinggi secara epidemiologis seringkali gagal masuk ke dalam agenda kebijakan pemerintah (*agenda setting*), serta rumuskan strategi promosi kesehatan untuk mengatasi hambatan tersebut.
5. Telaah pentingnya melakukan penilaian kelayakan (*feasibility assessment*) terhadap draf alternatif kebijakan promosi kesehatan sebelum masuk ke tahap legitimasi hukum, dan analisislah konsekuensi yang akan terjadi pada tahap implementasi jika langkah ini diabaikan.

b. Pilihan Berganda

1. Tahap akhir dari formulasi kebijakan kesehatan yang menandai perubahan draf rancangan menjadi regulasi formal yang berkekuatan hukum tetap disebut...
 - a. Problem definition
 - b. Alternative formulation
 - c. Legitimasi kebijakan
 - d. Agenda setting
2. Menurut Maldun (2016), formulasi kebijakan publik pada hakikatnya bukan sekadar penyusunan draf hukum, melainkan sebuah proses...

- a. Analisis sistematis untuk memilih dan merancang alternatif solusi terbaik
 - b. Kampanye politik untuk meningkatkan popularitas pembuat kebijakan
 - c. Pengumpulan dana dari berbagai sektor untuk membiayai program kesehatan
 - d. Negosiasi sepihak antara pemerintah dengan pelaku industri besar
3. Dalam penyusunan Perda Kawasan Tanpa Rokok (KTR), pengumpulan data prevalensi perokok pemula oleh Dinas Kesehatan dikategorikan ke dalam tahap...
 - a. Formulasi alternatif
 - b. Perumusan masalah (*problem definition*)
 - c. Legitimasi kebijakan
 - d. Evaluasi dampak kebijakan
4. Berdasarkan kerangka kerja *Multiple Streams* John Kingdon, data epidemiologis dan persepsi publik mengenai keseriusan suatu penyakit membentuk aliran yang disebut...
 - a. *Policy stream*
 - b. *Politics stream*
 - c. *Problem stream*
 - d. *Action stream*
5. Momentum emas yang tercipta ketika aliran masalah, aliran kebijakan, dan aliran politik bertemu sehingga memungkinkan suatu isu masuk ke agenda kebijakan disebut...
 - a. *Regulatory gap*
 - b. *Policy window*
 - c. *Penta helix*
 - d. *Enabling policy*
6. Lahirnya Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting merupakan contoh konkret dari keberhasilan proses...
 - a. Evaluasi kebijakan pasca-implementasi
 - b. Agenda setting nasional melalui konvergensi tiga aliran kebijakan
 - c. Formulasi kebijakan tanpa melibatkan peran lintas sektor
 - d. Pengesahan regulasi yang mengabaikan kelayakan sosial-politik

7. Mengapa promotor kesehatan perlu mengidentifikasi celah regulasi (*regulatory gap*) di tingkat lokal sebelum menyusun kebijakan promosi kesehatan?
 - a. Untuk memastikan anggaran daerah sepenuhnya dialokasikan untuk promosi kesehatan
 - b. Untuk merancang draf kebijakan yang aplikatif dan memiliki landasan hukum kuat
 - c. Untuk menghindari keterlibatan masyarakat dalam proses pengambilan keputusan
 - d. Untuk mempercepat proses legitimasi tanpa melalui uji publik
8. Menurut Riyadi & Larasaty (2021), faktor utama yang memengaruhi kepatuhan masyarakat terhadap protokol kesehatan dan mendorong pemerintah menerbitkan kebijakan protektif adalah...
 - a. Sanksi pidana yang berat dan denda finansial yang tinggi
 - b. Persepsi risiko dan efektivitas komunikasi informasi kesehatan
 - c. Ketersediaan fasilitas kesehatan gratis di setiap desa
 - d. Tekanan dari organisasi kesehatan internasional
9. Dalam merumuskan kebijakan pelayanan kesehatan yang inklusif, keterlibatan kelompok disabilitas dan kelompok rentan sangat krusial untuk memastikan bahwa kebijakan tersebut...
 - a. Mengurangi beban anggaran belanja daerah secara signifikan
 - b. Bersifat akomodatif, berkeadilan, dan tidak diskriminatif
 - c. Membatasi peran sektor swasta dalam pelayanan kesehatan
 - d. Mengikuti standar kesehatan negara-negara maju secara mutlak
10. Karakteristik utama dari kebijakan promosi kesehatan yang bersifat memampukan (*enabling*) adalah...
 - a. Memberikan sanksi hukum yang berat bagi pelanggar aturan kesehatan
 - b. Melindungi masyarakat dan memberi ruang untuk mengendalikan determinan kesehatan mereka
 - c. Memusatkan seluruh pengambilan keputusan pada otoritas pemerintah pusat
 - d. Membatasi akses informasi kesehatan hanya untuk kalangan akademisi

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Di Kabupaten Sehat Sejahtera, data epidemiologi Puskesmas menunjukkan lonjakan kasus obesitas anak sekolah sebesar 25% dalam tiga tahun terakhir akibat tingginya konsumsi jajanan tinggi gula, garam, dan lemak (GGL) di sekitar sekolah. Meskipun data ini mengkhawatirkan, isu tersebut belum menjadi prioritas pemerintah daerah karena dianggap sebagai masalah pola asuh keluarga biasa. Sebagai Sarjana Terapan Promosi Kesehatan yang bertugas di Dinas Kesehatan setempat, Anda ingin mendorong lahirnya Peraturan Bupati tentang Pembatasan Jajanan Tidak Sehat di Lingkungan Sekolah. Analisislah skenario ini menggunakan kerangka kerja *Multiple Streams* John Kingdon. Jelaskan langkah strategis apa saja yang harus Anda lakukan untuk mempertemukan ketiga aliran (*problem, policy, dan politics stream*) agar tercipta "jendela kebijakan" di tingkat kabupaten tersebut!
2. Sebuah kota sedang memformulasikan draf Peraturan Daerah (Perda) tentang Aksesibilitas Layanan Posyandu bagi Penyandang Disabilitas dan Lansia. Dalam proses penyusunannya, tim perumus menghadapi tantangan berupa penolakan implisit dari beberapa pembuat kebijakan yang menganggap penyediaan fasilitas ramah disabilitas terlalu memakan anggaran dan tidak mendesak karena jumlah penyandang disabilitas dianggap sedikit. Di sisi lain, kelompok disabilitas lokal merasa aspirasi mereka belum diakomodasi dalam draf awal Perda tersebut. Sebagai promotor kesehatan yang mengadvokasi kebijakan inklusif ini, susunlah rencana pemetaan pemangku kepentingan menggunakan pendekatan kolaborasi Penta Helix. Identifikasi peran masing-masing aktor dan rumuskan argumen berbasis bukti untuk meyakinkan para pembuat kebijakan bahwa regulasi ini harus bersifat akomodatif dan berkeadilan!

BAB 6

ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menggunakan konsep dasar analisis kebijakan kesehatan untuk mengidentifikasi aktor, proses, dan konteks dalam perumusan program promosi kesehatan di Indonesia.
2. Menerapkan analisis SWOT untuk memetakan kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman dalam implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok di tingkat daerah.
3. Mengimplementasikan kerangka analisis PESTLE dalam memproyeksikan faktor eksternal yang memengaruhi keberhasilan program eliminasi stunting di tingkat puskesmas.
4. Mendemonstrasikan penggunaan model *Health Policy Triangle* untuk menganalisis hubungan antara aktor, konteks, proses, dan isi kebijakan jaminan kesehatan nasional.
5. Memilih alat analisis kebijakan yang tepat untuk menyelesaikan hambatan komunikasi dalam kampanye imunisasi nasional.

B. Pendahuluan

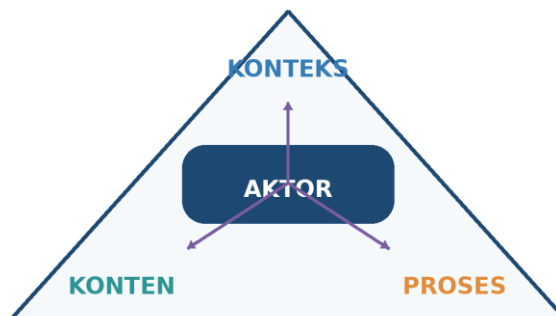
Kebijakan kesehatan sering kali dipandang sebagai ranah birokratis yang jauh dari jangkauan praktisi lapangan. Namun, dalam perspektif epidemiologi modern dan promosi kesehatan, kebijakan merupakan hulu dari seluruh determinan sosial kesehatan yang menentukan status kesehatan masyarakat secara makro. Kegagalan program promosi kesehatan di tingkat komunitas sering kali bukan disebabkan oleh buruknya materi edukasi, melainkan oleh tidak adanya dukungan struktural berupa regulasi yang berpihak pada kesehatan. Sebagai calon sarjana terapan promosi kesehatan, kemampuan menganalisis kebijakan bukan lagi sekadar kompetensi pelengkap, melainkan instrumen strategis untuk melakukan advokasi yang berbasis bukti. Tanpa

pemahaman yang mendalam tentang bagaimana sebuah kebijakan dirumuskan, diimplementasikan, dan dievaluasi, upaya promosi kesehatan akan terjebak pada pendekatan individual yang kurang berkelanjutan dan gagal menyentuh akar permasalahan struktural di masyarakat.

Sebagai contoh konkret di Indonesia, lahirnya Peraturan Daerah mengenai Kawasan Tanpa Rokok di berbagai kabupaten dan kota menunjukkan bahwa intervensi promosi kesehatan yang paling efektif sering kali lahir dari meja perumus kebijakan. Ketika seorang promotor kesehatan ingin mereplikasi keberhasilan ini di daerah lain, mereka tidak bisa hanya mengandalkan kampanye bahaya merokok secara konvensional. Mereka harus mampu memetakan aktor-aktor yang menolak regulasi tersebut, menganalisis kekuatan politik lokal, serta mengidentifikasi celah hukum yang dapat digunakan untuk meloloskan regulasi tersebut. Di sinilah pentingnya penguasaan alat-alat analisis kebijakan. Mahasiswa promosi kesehatan dilatih untuk tidak hanya menjadi pelaksana program, tetapi juga menjadi agen perubahan yang mampu mengurai kompleksitas politik, ekonomi, sosial, dan budaya yang berkelindan di balik sebuah kebijakan publik.

Untuk membekali mahasiswa dengan kemampuan praktis tersebut, bab ini akan mengupas secara mendalam berbagai instrumen analisis kebijakan yang relevan dengan praktik promosi kesehatan. Pembahasan akan diawali dengan pemahaman komprehensif mengenai Konsep Analisis Kebijakan, diikuti dengan eksplorasi alat analisis taktis seperti Analisis SWOT dalam Kebijakan Kesehatan untuk memetakan kapasitas internal dan eksternal organisasi. Selanjutnya, mahasiswa akan mempelajari Analisis PESTLE untuk memproyeksikan pengaruh lingkungan makro terhadap kebijakan, serta model *Health Policy Triangle* untuk membedah interaksi dinamis antara aktor, konteks, proses, dan isi kebijakan. Bab ini akan diakhiri dengan Penerapan Alat Analisis pada Studi Kasus riil di Indonesia, yang dirancang untuk mengasah kemampuan aplikatif mahasiswa dalam memecahkan masalah kesehatan masyarakat secara sistematis dan strategis.

Kerangka Analisis Kebijakan Kesehatan



Gambar 6. 1. Kerangka Analisis Kebijakan Kesehatan

C. Konsep Analisis Kebijakan

Analisis Kebijakan merupakan suatu disiplin ilmu sosial terapan yang menggunakan berbagai metode pengkajian ganda dalam konteks argumentasi dan debat publik untuk menciptakan, menilai secara kritis, dan mengomunikasikan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan. Dalam ranah Promosi Kesehatan, analisis ini berfungsi sebagai kompas strategis. Seorang promotor kesehatan tidak hanya dituntut untuk merancang media edukasi, melainkan juga harus mampu mengidentifikasi hambatan struktural yang menghalangi adopsi perilaku sehat di masyarakat. Pendekatan ini membagi analisis menjadi dua dimensi utama, yaitu analisis terhadap kebijakan (*analysis of policy*) yang bersifat retrospektif untuk memahami bagaimana kebijakan terbentuk, dan analisis untuk kebijakan (*analysis for policy*) yang bersifat prospektif guna merumuskan rekomendasi intervensi yang aplikatif (Maldun, 2016).

DEFINISI

Analisis Kebijakan Kesehatan: Proses sistematis untuk menyelidiki, menilai, dan merumuskan berbagai alternatif solusi atas masalah kesehatan masyarakat guna memberikan rekomendasi berbasis bukti kepada pembuat kebijakan agar tercipta regulasi yang berorientasi pada peningkatan derajat kesehatan.

Di Indonesia, kompleksitas sistem desentralisasi menuntut pemahaman mendalam tentang bagaimana regulasi di tingkat pusat diterjemahkan ke tingkat daerah. Desrinelti dkk. (2021) menegaskan bahwa pelaksanaan

kebijakan publik sering kali menghadapi kendala efektivitas akibat lemahnya pemahaman aktor pelaksana terhadap konteks sosial-politik setempat. Hal ini sejalan dengan analisis kebijakan sektor krusial lainnya, seperti hambatan implementasi pembelajaran pada masa darurat (Irwan, 2021). Sebagai contoh, ketika pemerintah pusat menetapkan standar pelayanan minimal untuk sanitasi lingkungan, keberhasilan eksekusinya di tingkat kabupaten sangat bergantung pada bagaimana dinas kesehatan setempat menganalisis kesiapan regulasi daerah, ketersediaan anggaran, dan dukungan dari tokoh adat. Tanpa analisis kebijakan yang tajam, intervensi promosi kesehatan hanya akan menyentuh gejala permukaan tanpa mampu mengubah determinan struktural kesehatan.

Implikasi praktis dari konsep ini bagi mahasiswa promosi kesehatan adalah kemampuan untuk memosisikan diri sebagai analis kebijakan tingkat tapak. Saat menghadapi masalah rendahnya cakupan imunisasi atau tingginya angka stunting, langkah pertama yang harus dilakukan bukanlah langsung membuat kampanye poster, melainkan menganalisis apakah ada tumpang tindih regulasi, atau justru kekosongan hukum yang menghambat distribusi logistik di lapangan. Melalui analisis prospektif, mahasiswa belajar memetakan opsi-opsi kebijakan yang paling layak secara politik, ekonomis, dan teknis sebelum menyodorkannya kepada pengambil keputusan di tingkat puskesmas atau dinas kesehatan.

D. Analisis SWOT dalam Kebijakan Kesehatan

Analisis SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) merupakan instrumen manajemen strategis yang sangat efektif untuk memetakan kapasitas internal organisasi kesehatan dan menyelaraskannya dengan dinamika lingkungan eksternal. Dalam konteks kebijakan Promosi Kesehatan, kekuatan (*strengths*) dan kelemahan (*weaknesses*) merupakan faktor internal yang berada di bawah kendali langsung institusi, seperti kompetensi tenaga promotor kesehatan, ketersediaan anggaran operasional, dan kelengkapan sarana edukasi. Sebaliknya, peluang (*opportunities*) dan ancaman (*threats*) adalah faktor eksternal yang berada di luar kendali organisasi, seperti dukungan regulasi lintas sektor, perilaku politik kepala daerah, hingga resistensi dari kelompok industri tertentu.

⚠ PERHATIAN

Sering terjadi kesalahan dalam analisis SWOT di mana pengguna mencampuradukkan faktor internal dan eksternal. Ingatlah bahwa aspek legalitas formal seperti Peraturan Daerah adalah peluang (jika mendukung) atau ancaman (jika menghambat), bukan kekuatan internal organisasi puskesmas.

Penerapan SWOT di Indonesia terlihat nyata saat pemerintah mengevaluasi kebijakan penanganan krisis kesehatan. Sebagai contoh, analisis terhadap kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) menunjukkan bahwa kekuatan utama terletak pada modal sosial masyarakat berupa nilai gotong royong, sementara kelemahan internalnya adalah lambatnya integrasi data kesehatan antardaerah (Ilyas, 2021). Di sisi lain, ancaman eksternal berupa penurunan produktivitas ekonomi makro memaksa pemerintah untuk terus memodifikasi kebijakan pembatasan agar tetap adaptif (Ilyas, 2021), yang berkaitan erat dengan perumusan kebijakan dalam menyikapi resesi ekonomi akibat pandemi (Darmastuti, 2021). Penyesuaian kebijakan secara cepat dan dinamis dalam situasi darurat hanya dapat berjalan dengan baik jika didahului oleh pemetaan SWOT yang akurat terhadap kesiapan sistem pelayanan kesehatan di lapangan (Suhartono, 2021).

Bagi promotor kesehatan yang ingin menggolkan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di tingkat daerah, analisis SWOT dapat diaplikasikan secara taktis. Kekuatan yang dimiliki mungkin berupa adanya tim promosi kesehatan yang solid di puskesmas, sedangkan kelemahannya adalah minimnya anggaran penegakan hukum. Peluang eksternal dapat diidentifikasi dari adanya komitmen global dalam pengendalian tembakau, sementara ancaman terbesarnya adalah lobi kuat dari industri rokok lokal yang menyumbang pendapatan asli daerah. Dengan memetakan matriks ini, promotor kesehatan dapat merumuskan strategi ofensif (menggunakan kekuatan untuk menangkap peluang) maupun strategi defensif (meminimalkan kelemahan untuk menghindari ancaman) guna memastikan kebijakan KTR dapat diimplementasikan secara berkelanjutan.

E. Analisis PESTLE

Analisis PESTLE merupakan kerangka kerja yang digunakan untuk memproyeksikan pengaruh lingkungan makro eksternal terhadap suatu kebijakan atau program kesehatan. Instrumen ini membagi analisis ke dalam enam pilar utama, yaitu Politik (*Political*), Ekonomi (*Economic*), Sosial (*Social*), Teknologi (*Technological*), Hukum (*Legal*), dan Lingkungan (*Environmental*). Melalui PESTLE, promotor kesehatan dapat mengidentifikasi faktor-faktor pemicu perubahan yang berada di luar kendali sistem kesehatan, namun memiliki daya rusak atau daya dukung yang sangat besar terhadap keberhasilan intervensi kesehatan di masyarakat.

CONTOH

Saat menganalisis program eliminasi stunting di tingkat puskesmas menggunakan PESTLE, aspek Politik mencakup komitmen bupati dalam mengalokasikan dana desa untuk nutrisi; aspek Ekonomi mencakup tingkat daya beli keluarga terhadap protein hewani; aspek Sosial mencakup mitos lokal yang melarang balita mengonsumsi ikan; aspek Teknologi mencakup pemanfaatan aplikasi pencatatan gizi; aspek Hukum mencakup peraturan bupati tentang pencegahan stunting; dan aspek Lingkungan mencakup akses masyarakat terhadap air bersih dan sanitasi layak.

Dalam konteks makro di Indonesia, keterkaitan antardimensi PESTLE sangat memengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Dari sisi ekonomi dan sosial, tingkat kemiskinan dan rendahnya akses sanitasi lingkungan yang layak di berbagai provinsi terbukti menjadi determinan utama yang memperburuk status kesehatan keluarga (Adhitya dkk., 2022). Sementara itu, dari sudut pandang teknologi, akselerasi penggunaan layanan kesehatan digital seperti *telemedicine* menjadi solusi krusial untuk mengatasi hambatan geografis dan keterbatasan akses fisik ke rumah sakit (Lubis, 2021).

Dari aspek hukum dan ekonomi, regulasi mengenai kapasitas fiskal daerah juga memegang peranan penting. Kebijakan pajak daerah dan retribusi daerah dapat dimanfaatkan secara strategis oleh pemerintah daerah untuk mengendalikan eksternalitas negatif di bidang kesehatan, sekaligus menghasilkan pendanaan khusus (*earmarked revenue*) untuk membiayai program promotif dan preventif di tingkat lokal (Anggoro dkk., 2023). Dengan mengintegrasikan seluruh elemen PESTLE ini, seorang promotor kesehatan dapat menyusun rencana kontinjensi yang matang, sehingga program eliminasi stunting atau penyakit menular lainnya tidak terhenti akibat benturan regulasi ataupun kendala kultural di masyarakat.

F. Health Policy Triangle

Model Segitiga Kebijakan Kesehatan (*Health Policy Triangle*) yang dikembangkan oleh Walt dan Gilson membantu kita memahami bahwa kebijakan kesehatan tidaklah lahir dalam ruang hampa, melainkan hasil dari interaksi dinamis antara empat elemen esensial: aktor (*actors*), konteks (*context*), proses (*process*), dan isi (*content*). Aktor merujuk pada individu, kelompok, atau organisasi yang memengaruhi kebijakan; konteks adalah faktor sistemik (politik, ekonomi, sosial, global) yang memengaruhi kebijakan; proses berkaitan dengan tahapan formulasi hingga evaluasi; sedangkan isi adalah substansi teknis dari regulasi itu sendiri.

i CATATAN

Elemen "Aktor" berada di pusat segitiga karena aktorlah yang menginterpretasikan konteks, menggerakkan proses, dan menentukan isi dari sebuah kebijakan kesehatan.

Di Indonesia, penerapan model ini sangat relevan untuk menganalisis berbagai program strategis nasional. Sebagai contoh, dalam penataan layanan komunitas pada program pengendalian HIV dalam Sistem Kesehatan Nasional, keberhasilan program tersebut sangat ditentukan oleh hubungan kekuasaan (*power relations*) antar-aktor, mulai dari dinas kesehatan, organisasi masyarakat sipil, hingga kelompok populasi kunci (Sutrisna dkk., 2021). Konteks sosial-politik yang inklusif atau justru stigmatisasi yang berkembang di masyarakat akan sangat memengaruhi proses perumusan kebijakan tersebut di tingkat daerah. Demikian pula dalam penyusunan kebijakan pelayanan kesehatan inklusif bagi penyandang disabilitas, isi kebijakan harus dirancang secara spesifik untuk menjamin aksesibilitas fisik dan non-fisik, yang proses formulasinya wajib melibatkan organisasi penyandang disabilitas sebagai aktor utama (Pudjiastuti dkk., 2022). Ketika terjadi krisis kesehatan seperti pandemi, konteks darurat akan memaksa terjadinya perubahan cepat pada proses pelayanan di rumah sakit, yang berdampak langsung pada penyesuaian isi standar pelayanan klinis bagi pasien non-COVID-19 (Sarasnita dkk., 2021).

Untuk memberikan gambaran komparatif yang sistematis mengenai bagaimana keempat elemen ini berinteraksi dalam program kesehatan di Indonesia, silakan cermati matriks analisis di bawah ini.

Tabel 6. 1. Matriks Komparasi Elemen Health Policy Triangle dalam Program Kesehatan di Indonesia

Elemen Segitiga	Deskripsi Teoritis	Kasus Pengendalian HIV (Sutrisna dkk., 2021)	Kasus Layanan Inklusif Disabilitas (Pudjiastuti dkk., 2022)	Peran Promotor Kesehatan (C3)
Aktor	Individu/kelompok yang memengaruhi kebijakan.	Kemenkes, LSM peduli HIV, populasi kunci, petugas puskesmas.	Komite MOST-UNESCO, organisasi disabilitas, pengelola faskes.	Memfasilitasi mediasi dan membangun koalisi antar-aktor lokal.
Konteks	Faktor lingkungan, budaya, politik, dan ekonomi.	Stigma sosial tinggi, ketergantungan pada donor internasional.	Komitmen HAM global, keterbatasan infrastruktur ramah difabel.	Melakukan edukasi untuk mengurangi stigma sosial di masyarakat.
Proses	Tahapan perumusan, implementasi, dan evaluasi.	Integrasi layanan HIV ke dalam skema JKN di puskesmas.	Advokasi naskah kebijakan ke pembuat keputusan daerah.	Menyusun draf rekomendasi kebijakan berbasis bukti lapangan.
Isi	Substansi, detail, dan tujuan teknis regulasi.	Protokol triple eliminasi, skema pendanaan obat ARV.	Standar fasilitas faskes yang aksesibel (ramp, guiding block).	Mengaudit kesesuaian fasilitas promosi kesehatan yang ramah difabel.

Tabel 6.1 menunjukkan bahwa setiap elemen dalam Segitiga Kebijakan Kesehatan saling berkelindan. Seorang promotor kesehatan dituntut untuk mampu menggunakan matriks ini guna mengidentifikasi titik lemah dari suatu program. Jika suatu kebijakan kesehatan inklusif gagal diimplementasikan, analisis segitiga ini dapat memperlihatkan apakah kegagalan tersebut disebabkan oleh penolakan dari aktor lokal, konteks budaya yang belum siap, proses sosialisasi yang tidak berjalan, atau memang isi regulasi yang terlalu rumit untuk diterapkan di tingkat puskesmas.

G. Penerapan Alat Analisis pada Studi Kasus

Guna mengasah kemampuan aplikatif mahasiswa dalam menggunakan berbagai instrumen analisis kebijakan yang telah dipelajari, sub-bab ini menyajikan studi kasus nyata mengenai upaya eliminasi malaria di Indonesia. Berdasarkan studi kualitatif yang dilakukan oleh Wahono dkk. (2021), wilayah endemis rendah seperti Kabupaten Pangandaran dan Kabupaten Pandeglang menghadapi tantangan besar dalam mempertahankan status bebas malaria dan memperoleh sertifikasi eliminasi resmi dari Kementerian Kesehatan. Meskipun

kasus penularan setempat (*indigenous*) sudah sangat minimal, ancaman kasus impor dari luar daerah tetap tinggi. Kita akan membedah kasus ini menggunakan integrasi *Health Policy Triangle*, SWOT, dan PESTLE untuk merumuskan solusi taktis bagi promotor kesehatan.

Pertama, kita gunakan *Health Policy Triangle* untuk membedah anatomi kebijakan eliminasi malaria di kedua wilayah tersebut. Dari sisi *Aktor*, pihak yang terlibat tidak hanya jajaran dinas kesehatan dan petugas puskesmas, melainkan juga kader desa, pemilik tempat penginapan wisata, dan para pelaku perjalanan yang bermigrasi ke wilayah endemis tinggi seperti Papua (Wahono dkk., 2021). Dari sisi *Konteks*, Pangandaran merupakan destinasi wisata pantai internasional, sedangkan Pandeglang memiliki mobilitas tenaga kerja musiman yang tinggi. *Proses* kebijakan berfokus pada penguatan surveilans migrasi, sementara *Isi* kebijakan mencakup kewajiban pelaporan kedatangan warga dari luar daerah dan tata laksana pengobatan kasus positif secara cepat.

Kedua, kita lakukan analisis SWOT untuk memetakan kapasitas respons lokal:

1. *Strengths* (Kekuatan): Adanya komitmen kuat dari kepala dinas kesehatan dan tersedianya kader malaria desa yang aktif melakukan pemantauan jentik nyamuk.
2. *Weaknesses* (Kelemahan): Lemahnya sistem pencatatan surveilans epidemiologi di tingkat puskesmas pembantu dan sering terjadinya keterlambatan pelaporan kasus impor (Wahono dkk., 2021).
3. *Opportunities* (Peluang): Adanya regulasi nasional yang menargetkan eliminasi malaria secara bertahap serta dukungan pendanaan dari anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD).
4. *Threats* (Ancaman): Tingginya mobilitas penduduk tanpa deteksi dini di pintu masuk wilayah wisata yang berpotensi memicu penularan kembali (*re-emergence*).

Ketiga, analisis PESTLE membantu kita melihat faktor eksternal makro yang memengaruhi program ini. Dari aspek *Sosial*, kurangnya kepatuhan masyarakat dalam menggunakan kelambu antinyamuk berakar dari kebiasaan tidur di luar rumah pada malam hari. Dari aspek *Hukum*, belum semua desa memiliki Peraturan Desa (Perdes) yang mewajibkan pendatang dari daerah endemis malaria untuk melapor dan memeriksakan darahnya ke poskesdes terdekat.

CONTOH

Solusi taktis yang dapat dirumuskan oleh promotor kesehatan berdasarkan analisis di atas adalah menginisiasi pembentukan "Posko Siaga Malaria Wisata" di Pangandaran. Posko ini memanfaatkan kekuatan kemitraan lintas sektor (*Actors*) dengan melibatkan asosiasi perhotelan untuk membagikan brosur edukasi pencegahan malaria kepada wisatawan, serta mewajibkan pemeriksaan darah gratis bagi pekerja migran yang baru kembali dari luar pulau (*Process*).

Melalui integrasi alat analisis ini, hambatan komunikasi publik yang sering kali memicu penolakan masyarakat terhadap program kesehatan dapat diatasi secara persuasif. Pendekatan ini serupa dengan upaya mengatasi penolakan masyarakat terhadap program vaksinasi massal, di mana pembuat kebijakan harus menggunakan analisis matematis dinamis dan pendekatan sosiokultural untuk merancang pesan promosi kesehatan yang dapat diterima oleh berbagai kelompok masyarakat (Joyosemito & Nasir, 2021; Nasir dkk., 2021). Dengan demikian, mahasiswa promosi kesehatan dilatih untuk tidak sekadar melaksanakan instruksi dari pusat, melainkan mampu merancang solusi lokal yang taktis, legal, dan sensitif terhadap dinamika sosial-politik di wilayah kerjanya masing-masing.

H. Rangkuman

Analisis kebijakan kesehatan berfungsi sebagai kompas strategis bagi promotor kesehatan untuk mengidentifikasi serta mengintervensi hambatan struktural yang menghalangi adopsi perilaku sehat di masyarakat. Melalui pendekatan retrospektif (*analysis of policy*) untuk memahami formulasi kebijakan masa lalu dan pendekatan prospektif (*analysis for policy*) untuk merumuskan rekomendasi intervensi masa depan, praktisi promosi kesehatan dituntut melampaui peran konvensional pembuatan media edukasi menuju peran analisis kebijakan tingkat tapak yang responsif terhadap kompleksitas desentralisasi di Indonesia. Keberhasilan eksekusi regulasi di tingkat lokal sangat bergantung pada ketajaman instrumen manajemen strategis seperti analisis SWOT, yang memetakan kekuatan dan kelemahan internal organisasi secara disiplin tanpa mencampuradukkannya dengan peluang serta ancaman eksternal seperti regulasi formal atau dinamika politik daerah. Lebih jauh lagi, analisis PESTLE memperluas proyeksi dengan membedah pengaruh lingkungan makro eksternal—meliputi pilar politik, ekonomi, sosial, teknologi, hukum, dan lingkungan—yang berada di luar kendali sistem kesehatan tetapi memiliki daya dukung atau daya rusak masif terhadap program prioritas seperti eliminasi

stunting maupun pengendalian tembakau melalui Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Dengan mengintegrasikan seluruh elemen analisis ini bersama kerangka kerja *Health Policy Triangle*, mahasiswa Sarjana Terapan Promosi Kesehatan dibekali kompetensi taktis untuk memetakan opsi kebijakan yang layak secara politik, ekonomis, dan teknis. Pemahaman mendalam ini memungkinkan mereka menjembatani kesenjangan regulasi, mengoptimalkan pemanfaatan pajak daerah melalui skema *earmarked revenue* untuk membiayai program promotif, serta mengadvokasi kebijakan preventif yang tidak hanya menyentuh gejala permukaan melainkan mampu mengubah determinan sosial kesehatan secara berkelanjutan di tingkat puskesmas maupun dinas kesehatan.

I. Latihan Mahasiswa

a. Essay

1. Analisis bagaimana tumpang tindih regulasi antara pemerintah pusat dan daerah dalam sistem desentralisasi di Indonesia dapat menghambat efektivitas program promosi kesehatan di tingkat tapak, serta rumuskan langkah taktis yang harus diambil oleh seorang promotor kesehatan sebagai analisis kebijakan prospektif untuk mengatasi hambatan tersebut.
2. Evaluasi kesalahan umum dalam penyusunan analisis SWOT ketika seorang promotor kesehatan mencampuradukkan faktor internal dan eksternal dalam advokasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), dan argumentasikan mengapa Peraturan Daerah tentang KTR harus dikategorikan sebagai peluang atau ancaman, bukan sebagai kekuatan internal organisasi.
3. Telaah bagaimana dimensi sosial dan ekonomi dalam analisis PESTLE saling berinteraksi dalam memengaruhi keberhasilan program eliminasi stunting di tingkat puskesmas, serta rumuskan rekomendasi intervensi promosi kesehatan yang dapat memitigasi hambatan kultural berupa mitos pangan lokal tanpa mengabaikan keterbatasan daya beli masyarakat.
4. Bandingkan karakteristik serta kegunaan praktis antara analisis kebijakan retrospektif (*analysis of policy*) dan analisis kebijakan prospektif (*analysis for policy*) dalam konteks penanganan krisis kesehatan masyarakat, lalu tentukan pendekatan mana yang paling efektif digunakan oleh dinas kesehatan saat menghadapi lonjakan kasus penyakit menular baru.
5. Sintesisikan bagaimana kebijakan pajak daerah dan retribusi daerah dapat dimanfaatkan secara strategis melalui skema *earmarked revenue*

untuk mengatasi keterbatasan anggaran promosi kesehatan di tingkat kabupaten, serta argumentasikan kelayakan politik dan ekonomi dari penerapan kebijakan tersebut kepada pembuat keputusan daerah.

b. Pilihan Berganda

1. Seorang promotor kesehatan sedang mengkaji keberhasilan implementasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) yang telah berjalan selama lima tahun di suatu kabupaten untuk mengidentifikasi faktor penghambatnya. Pendekatan analisis kebijakan yang digunakan oleh promotor tersebut adalah...
 - a. Analisis kebijakan prospektif
 - b. Analisis kebijakan retrospektif
 - c. Analisis kebijakan prediktif
 - d. Analisis kebijakan preskriptif
2. Menurut Desrinelti dkk. (2021), kegagalan atau lemahnya efektivitas pelaksanaan kebijakan publik di tingkat daerah di Indonesia sering kali disebabkan oleh...
 - a. Ketiadaan teknologi informasi yang canggih di tingkat puskesmas
 - b. Lemahnya pemahaman aktor pelaksana terhadap konteks sosial-politik setempat
 - c. Kurangnya jumlah media promosi kesehatan fisik seperti poster dan baliho
 - d. Rendahnya partisipasi sektor swasta dalam mendanai program kesehatan
3. Dalam melakukan analisis SWOT untuk program promosi kesehatan di puskesmas, sering kali terjadi kesalahan klasifikasi faktor. Di antara pilihan berikut, manakah yang dikategorikan secara tepat sebagai faktor eksternal?
 - a. Kompetensi dan jumlah tenaga promotor kesehatan yang bersertifikasi
 - b. Ketersediaan anggaran operasional untuk penyuluhan keliling
 - c. Adanya Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok yang mendukung
 - d. Kelengkapan sarana edukasi dan alat peraga di ruang tunggu puskesmas
4. Berdasarkan evaluasi kebijakan penanganan krisis COVID-19 (PSBB dan PPKM) di Indonesia oleh Ilyas (2021), yang diidentifikasi sebagai kelemahan (*weakness*) internal sistem adalah...

- a. Penurunan produktivitas ekonomi makro secara nasional
 - b. Lambatnya integrasi data kesehatan antardaerah
 - c. Adanya nilai gotong royong sebagai modal sosial masyarakat
 - d. Resistensi dari kelompok pelaku usaha mikro di daerah
5. Seorang promotor kesehatan ingin menggolkan kebijakan KTR di daerahnya. Ia mengidentifikasi adanya tim promosi kesehatan yang solid di puskesmas (kekuatan) dan adanya komitmen global dalam pengendalian tembakau (peluang). Strategi yang paling tepat dirumuskan berdasarkan kombinasi ini adalah...
 - a. Strategi defensif untuk meminimalkan kelemahan internal
 - b. Strategi ofensif menggunakan kekuatan untuk menangkap peluang
 - c. Strategi diversifikasi untuk menghindari ancaman eksternal
 - d. Strategi likuidasi untuk mengubah arah program secara total
6. Kerangka kerja analisis yang digunakan untuk memproyeksikan pengaruh lingkungan makro eksternal yang berada di luar kendali sistem kesehatan terhadap keberhasilan suatu program adalah...
 - a. Analisis SWOT
 - b. Analisis PESTLE
 - c. Analisis Fishbone
 - d. Analisis Root Cause
7. Dalam analisis PESTLE untuk program eliminasi stunting di tingkat puskesmas, adanya mitos lokal yang melarang ibu hamil atau balita mengonsumsi ikan segar dikategorikan ke dalam aspek...
 - a. Politik (*Political*)
 - b. Sosial (*Social*)
 - c. Lingkungan (*Environmental*)
 - d. Hukum (*Legal*)
8. Pemanfaatan pajak daerah dan retribusi daerah secara strategis untuk menghasilkan pendanaan khusus (*earmarked revenue*) guna membiayai program promotif dan preventif merupakan integrasi dari aspek...
 - a. Politik dan Teknologi
 - b. Sosial dan Lingkungan
 - c. Hukum dan Ekonomi
 - d. Teknologi dan Hukum
9. Langkah pertama yang paling tepat dilakukan oleh seorang mahasiswa promosi kesehatan sebagai analis kebijakan tingkat tapak ketika

menghadapi masalah rendahnya cakupan imunisasi di suatu wilayah adalah...

- a. Langsung membuat kampanye poster dan membagikannya ke media sosial
- b. Menganalisis apakah terdapat tumpang tindih regulasi atau kekosongan hukum distribusi logistik
- c. Mengadakan penyuluhan massal tanpa memetakan karakteristik sasaran terlebih dahulu
- d. Meminta penambahan anggaran langsung kepada kementerian kesehatan pusat

10. Model Segitiga Kebijakan Kesehatan (*Health Policy Triangle*) membagi analisis kebijakan ke dalam empat elemen yang saling berinteraksi, yaitu...

- a. Kekuatan, Kelemahan, Peluang, dan Ancaman
- b. Politik, Ekonomi, Sosial, dan Teknologi
- c. Aktor, Konteks, Proses, dan Isi/Konten
- d. Input, Proses, Output, dan Outcome

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Di Kabupaten X, angka stunting masih berada di atas rata-rata nasional meskipun dinas kesehatan telah membagikan tablet tambah darah dan makanan tambahan secara gratis. Setelah ditelusuri, ternyata terdapat tumpang tindih regulasi antara Dinas Kesehatan dan Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa mengenai pemanfaatan dana desa untuk intervensi gizi. Selain itu, masyarakat setempat memegang erat kepercayaan bahwa balita tidak boleh diberi makan ikan laut karena dipercaya menyebabkan cacian. Sebagai tenaga promotor kesehatan yang bertindak sebagai analis kebijakan tingkat tapak, Anda diminta untuk mengurai kemacetan program ini. Lakukan analisis masalah tersebut menggunakan minimal tiga dimensi PESTLE yang relevan, dan rumuskan dua rekomendasi kebijakan prospektif yang aplikatif untuk mengatasi hambatan regulasi dan hambatan kultural tersebut.
2. Puskesmas Y berencana mengadvokasi penerapan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di lingkungan sekolah tingkat menengah. Puskesmas memiliki tim promosi kesehatan yang sangat aktif dan inovatif dalam membuat konten digital (kekuatan), namun anggaran operasional dari dinas kesehatan sangat terbatas (kelemahan). Di sisi lain, bupati setempat baru saja menandatangani komitmen kabupaten layak anak (peluang), tetapi terdapat resistensi kuat dari pedagang asongan dan

toko kelontong di sekitar sekolah yang mengandalkan penjualan rokok eceran (ancaman). Susunlah matriks SWOT sederhana berdasarkan skenario di atas, lalu rumuskan satu strategi ofensif (S-O) dan satu strategi defensif (W-T) yang taktis agar kebijakan KTR di sekolah tersebut dapat diimplementasikan dan ditegakkan secara berkelanjutan.

BAB 7

DESENTRALISASI KEBIJAKAN KESEHATAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mengimplementasikan prinsip-prinsip otonomi daerah dalam merancang program promosi kesehatan yang selaras dengan kebijakan kesehatan pusat dan daerah.
2. Menentukan solusi taktis terhadap tantangan implementasi kebijakan kesehatan di tingkat kabupaten/kota berdasarkan analisis epidemiologi lokal.
3. Mendemonstrasikan peran promotor kesehatan dalam mengadvokasi kebijakan publik berwawasan kesehatan (healthy public policy) di tingkat desa atau kelurahan.
4. Memilih prioritas intervensi promosi kesehatan yang paling efektif melalui analisis perbandingan kebijakan kesehatan antar-daerah.

B. Pendahuluan

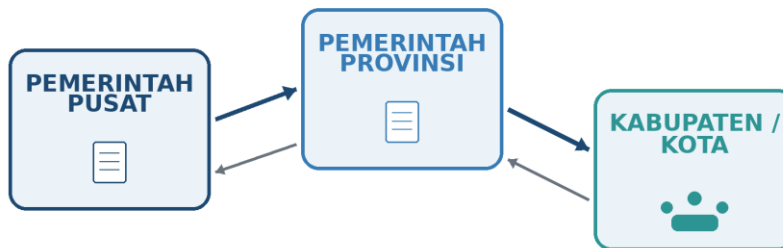
Era desentralisasi pasca-reformasi di Indonesia telah mengubah lanskap tata kelola pembangunan kesehatan secara fundamental, memindahkan sebagian besar kewenangan dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah. Perubahan ini membawa peluang sekaligus tantangan besar dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Sebagai contoh, dalam penanganan tengkes (*stunting*), Kabupaten Sumedang di Jawa Barat berhasil memanfaatkan otonomi daerah dengan menciptakan inovasi digital "Simpati" (Sistem Pencegahan Stunting Terintegrasi) yang disesuaikan dengan kapasitas birokrasi lokal, sementara daerah lain dengan kapasitas fiskal rendah masih berjuang memenuhi standar pelayanan minimal. Implikasinya, keberhasilan program kesehatan tidak lagi ditentukan oleh instruksi seragam dari Jakarta, melainkan oleh kemampuan pemerintah daerah dalam menerjemahkan kebijakan nasional ke dalam konteks epidemiologi dan sosial-budaya setempat. Oleh karena itu, pemahaman

mendalam mengenai dinamika kebijakan lokal menjadi kompetensi mutlak yang harus dimiliki oleh setiap praktisi kesehatan masyarakat.

Bagi mahasiswa Program Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, pemahaman tentang desentralisasi bukan sekadar pengetahuan teoretis tentang birokrasi, melainkan instrumen strategis untuk melakukan advokasi dan intervensi yang efektif. Promotor kesehatan di era otonomi daerah dituntut untuk mampu menavigasi struktur kekuasaan lokal, memanfaatkan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), serta merancang regulasi lokal seperti Peraturan Daerah (Perda) yang mendukung perilaku hidup sehat. Tanpa pemahaman yang memadai tentang bagaimana kebijakan daerah dirumuskan dan diimplementasikan, program promosi kesehatan yang dirancang dengan baik di atas kertas sering kali gagal di lapangan karena tidak mendapatkan dukungan politis maupun anggaran dari pengambil keputusan di tingkat lokal. Mahasiswa harus dipersiapkan untuk menjadi agen perubahan yang mampu menjembatani data epidemiologi wilayah dengan kebijakan publik yang berpihak pada kesehatan.

Guna membekali mahasiswa dengan kemampuan aplikatif tersebut, bab ini akan mengupas tuntas lima area pembahasan utama. Pembahasan akan diawali dengan pemaparan konsep desentralisasi dan otonomi daerah dalam sistem kesehatan nasional, dilanjutkan dengan analisis hubungan antara kebijakan kesehatan pusat dan daerah. Selanjutnya, kita akan mengidentifikasi berbagai tantangan implementasi kebijakan daerah di lapangan. Bab ini juga akan menguraikan secara spesifik peran promotor kesehatan dalam kebijakan lokal, khususnya dalam proses advokasi legislasi. Sebagai penutup, mahasiswa akan diajak untuk melakukan analisis perbandingan kebijakan daerah guna mengevaluasi efektivitas berbagai model intervensi kesehatan yang telah diterapkan di berbagai wilayah Indonesia.

Desentralisasi Kebijakan Kesehatan



Wewenang, sumber daya, dan akuntabilitas dibagi sesuai tingkat pemerintahan

Gambar 7. 1. Pembagian Wewenang dalam Desentralisasi Kebijakan Kesehatan

C. Konsep Desentralisasi dan Otonomi Daerah

Desentralisasi pembangunan sektor kesehatan merupakan konsekuensi logis dari pemberlakuan otonomi daerah di Indonesia. Melalui penyerahan sebagian wewenang pemerintahan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah, pengelolaan Sistem Kesehatan diharapkan menjadi lebih responsif terhadap kebutuhan riil masyarakat di tingkat lokal. Upaya penataan ini sangat dipengaruhi oleh cara pandang kesisteman dan konstruksi kesisteman dalam merumuskan model kebijakan yang tepat (Sumarno, 2022). Kebijakan desentralisasi ini bukan sekadar pembagian kekuasaan administratif, melainkan strategi makro untuk mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat dengan mendekatkan proses pengambilan keputusan kepada lokus permasalahan epidemiologi setempat. Desrinelti dkk. (2021) menegaskan bahwa kebijakan publik harus dipahami sebagai instrumen terintegrasi yang mengikat dan memaksa guna menyukseskan pembangunan nasional demi kesejahteraan masyarakat luas. Dalam konteks ini, desentralisasi berfungsi sebagai jembatan operasional agar setiap program kesehatan tidak lagi bersifat seragam dari pusat (*one-size-fits-all*), melainkan disesuaikan dengan karakteristik dan determinan sosial kesehatan di masing-masing wilayah.

DEFINISI

Desentralisasi Kesehatan adalah penyerahan wewenang dan tanggung jawab pembiayaan, pengelolaan, serta pengambilan keputusan sektor kesehatan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan.

Secara regulatif, pembagian urusan pemerintahan konkuren bidang kesehatan diatur secara rinci dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Urusan kesehatan dikategorikan sebagai urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Implikasinya, pemerintah daerah kabupaten/kota memiliki kewajiban mutlak untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang memenuhi Standar Pelayanan Minimal (SPM). Namun, pelaksanaan otonomi ini memerlukan dukungan finansial yang mandiri dan terstruktur. Anggoro dkk. (2023) menjelaskan bahwa optimalisasi pajak daerah dan retribusi daerah merupakan pilar krusial dalam kebijakan hubungan keuangan antara pusat dan daerah guna mendanai penyediaan fasilitas publik dan layanan dasar secara mandiri. Tanpa kemandirian fiskal yang memadai, konsep otonomi daerah dalam pengelolaan kesehatan akan mengalami hambatan dalam realisasinya di lapangan.

CONTOH

Pemerintah Kabupaten Kulon Progo di Daerah Istimewa Yogyakarta menerapkan otonomi daerah secara progresif dengan menetapkan Peraturan Daerah tentang pengelolaan jaminan kesehatan daerah yang terintegrasi dengan pemanfaatan potensi pangan lokal untuk penanggulangan tengkes (*stunting*). Dengan memanfaatkan kewenangan otonomnya, kabupaten ini mampu mengalokasikan APBD secara spesifik untuk membiayai pemberian makanan tambahan berbasis komoditas lokal bagi balita berisiko, sebuah langkah intervensi yang dirancang berdasarkan analisis epidemiologi wilayah mereka sendiri.

Penerapan konsep desentralisasi ini menuntut para praktisi Promosi Kesehatan untuk menguasai kemampuan analisis pembiayaan dan struktur birokrasi lokal. Mahasiswa Program Sarjana Terapan Promosi Kesehatan harus mampu melihat bahwa peluang penganggaran program promotif-preventif kini sangat bergantung pada kemampuan melakukan advokasi kepada kepala daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD). Ketika pemerintah daerah memiliki otoritas penuh atas alokasi anggaran kesehatan, keberhasilan Program Kesehatan tidak lagi ditentukan oleh petunjuk teknis kementerian,

melainkan oleh kemahiran promotor kesehatan dalam menerjemahkan data kesehatan masyarakat menjadi argumen kebijakan yang bernilai politis dan ekonomis bagi pengambilan keputusan lokal.

D. Kebijakan Kesehatan Pusat dan Daerah

Hubungan kerja antara pemerintah pusat dan daerah dalam formulasi serta Implementasi Kebijakan kesehatan harus berjalan secara harmonis dan sinergis. Pemerintah pusat berperan sebagai regulator makro yang menetapkan norma, standar, prosedur, dan kriteria (NSPK), sementara pemerintah daerah bertindak sebagai eksekutor yang menerjemahkan regulasi tersebut ke dalam konteks lokal. Keselarasan ini sangat penting agar tidak terjadi tumpang tindih kewenangan atau kekosongan regulasi yang dapat menghambat pelayanan kesehatan masyarakat. Kurniawan (2021) mengemukakan bahwa politik hukum pemerintah dalam penanganan krisis kesehatan harus senantiasa berpijak pada perlindungan hak asasi atas kesehatan masyarakat, yang mengharuskan adanya koordinasi yang solid antara kebijakan nasional dan instrumen hukum di tingkat daerah.

Dalam situasi darurat maupun program rutin, sinkronisasi kebijakan ini diuji secara nyata. Ketika pemerintah pusat menetapkan arah transformasi Sistem Kesehatan nasional, pemerintah daerah dituntut melakukan inovasi taktis agar target-target nasional dapat tercapai dengan memanfaatkan kearifan lokal. Pratiwi (2021) memaparkan bahwa inovasi kebijakan yang dilahirkan oleh pemerintah daerah dalam mengatasi krisis kesehatan terbukti efektif mempercepat pencapaian target penanggulangan penyakit, sepanjang inovasi tersebut tidak menabrak koridor hukum dan kebijakan makro yang telah ditetapkan oleh pemerintah pusat. Sinergi ini memastikan bahwa standardisasi pelayanan tetap terjaga tanpa mematikan kreativitas birokrasi di tingkat lokal.

Guna memperjelas pembagian peran dan tanggung jawab dalam struktur desentralisasi kesehatan di Indonesia, tabel berikut menyajikan matriks pembagian wewenang antara pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota.

Pembagian wewenang yang jelas meminimalkan konflik koordinasi di lapangan.

Tabel 7. 1. Pembagian Wewenang Kebijakan Kesehatan Berdasarkan Tingkat Pemerintahan

Dimensi Kebijakan	Pemerintah Pusat	Pemerintah Provinsi	Pemerintah Kabupaten/Kota
Regulasi & Standar	Menetapkan NSPK dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) nasional	Melakukan pembinaan dan pengawasan penerapan SPM di kabupaten/kota	Menyusun Peraturan Daerah (Perda) pelaksanaan SPM tingkat lokal
Pengelolaan Fasilitas	Mengelola Rumah Sakit rujukan nasional dan laboratorium pusat	Mengelola Rumah Sakit rujukan provinsi (Kelas B)	Mengelola Puskesmas, jaringannya, dan Rumah Sakit daerah (Kelas C/D)
Sumber Daya Manusia	Merencanakan kebutuhan dan distribusi tenaga kesehatan nasional	Memfasilitasi mutasi dan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan lintas wilayah	Melakukan rekrutmen, penempatan, dan pembayaran insentif nakes lokal
Promosi Kesehatan	Merancang kampanye komunikasi publik berskala nasional	Mengoordinasikan kampanye tematik regional antar-kabupaten	Melaksanakan pemberdayaan masyarakat dan edukasi kesehatan langsung

Data pada Tabel 7.1 menunjukkan bahwa pemerintah kabupaten/kota memegang peran kunci sebagai ujung tombak pelayanan langsung, termasuk dalam pelaksanaan program Promosi Kesehatan yang bersentuhan langsung dengan masyarakat.

Melihat pembagian peran tersebut, mahasiswa Promosi Kesehatan harus mampu memetakan dokumen perencanaan daerah, seperti Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD). Kebijakan Kesehatan yang dirumuskan di tingkat pusat tidak akan memiliki dampak nyata jika tidak diintegrasikan ke dalam dokumen perencanaan daerah tersebut. Sebagai contoh, target nasional penurunan prevalensi tuberkulosis (TBC) harus diterjemahkan oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota menjadi program penemuan kasus aktif berbasis komunitas yang didanai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) kabupaten/kota, dengan melibatkan kader kesehatan di tingkat desa.

E. Tantangan Implementasi Kebijakan Daerah

Meskipun desentralisasi memberikan ruang inovasi yang luas, Implementasi Kebijakan kesehatan di tingkat daerah kerap dihadapkan pada berbagai tantangan struktural dan operasional yang kompleks. Salah satu tantangan

paling mendasar adalah ketimpangan kapasitas fiskal antar-daerah. Safitri (2021) menunjukkan bahwa proporsi belanja fungsi kesehatan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) memiliki pengaruh yang sangat bervariasi terhadap indikator pembangunan manusia dan pertumbuhan ekonomi inklusif di masing-masing daerah, yang sangat dipengaruhi oleh kapasitas pengelolaan keuangan daerah tersebut. Daerah dengan Pendapatan Asli Daerah (PAD) yang rendah sering kali kesulitan memenuhi alokasi anggaran kesehatan wajib (*mandatory spending*), sehingga program Promosi Kesehatan yang bersifat promotif dan preventif sering kali dikesampingkan demi mendanai pelayanan kuratif di rumah sakit daerah.

Selain masalah anggaran, dinamika politik lokal pasca-pemilihan kepala daerah (Pilkada) juga menjadi tantangan yang tidak kalah berat. Pergantian kepemimpinan daerah sering kali diikuti dengan perubahan prioritas pembangunan, yang berdampak pada keberlanjutan Program Kesehatan yang telah berjalan. Kebijakan penanganan masalah kesehatan yang bersifat darurat maupun jangka panjang memerlukan konsistensi regulasi yang kuat. Ilyas (2021) mengemukakan bahwa kebijakan pembatasan sosial dan intervensi kesehatan di tingkat lokal sering kali menghadapi resistensi sosial dan hambatan ekonomi yang memerlukan ketegasan kepemimpinan serta konsistensi regulasi agar tidak menimbulkan kebingungan di tingkat pelaksana lapangan.

⚠ PERHATIAN

Perbedaan komitmen politik kepala daerah terhadap sektor kesehatan dapat memicu disparitas kualitas pelayanan kesehatan antar-wilayah. Promotor kesehatan harus mengantisipasi hal ini dengan membangun kemitraan lintas sektor yang tidak hanya bergantung pada sosok figur kepala daerah, melainkan diperkuat melalui regulasi setingkat Peraturan Daerah (Perda).

Tantangan geografis dan keterbatasan infrastruktur komunikasi di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) juga memperumit Implementasi Kebijakan kesehatan. Kebijakan nasional yang dirancang dengan asumsi kondisi infrastruktur di Pulau Jawa sering kali tidak dapat diterapkan di wilayah pedalaman Papua atau kepulauan di Maluku. Di sinilah pentingnya pendekatan epidemiologi lokal untuk melakukan modifikasi taktis terhadap protokol intervensi. Mahasiswa Promosi Kesehatan harus dilatih untuk mampu mengidentifikasi hambatan-hambatan lokal ini sejak tahap perencanaan, sehingga strategi komunikasi perubahan perilaku yang dirancang benar-benar

realistis untuk dijalankan oleh kader kesehatan setempat dengan segala keterbatasan fasilitas yang ada.

F. Peran Promotor Kesehatan dalam Kebijakan Lokal

Di era otonomi daerah, peran seorang promotor kesehatan telah bergeser dari sekadar penyuluh kesehatan menjadi agen perubahan kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (*healthy public policy*). Promotor kesehatan dituntut memiliki kompetensi untuk melakukan advokasi kepada para pembuat kebijakan di tingkat lokal agar melahirkan regulasi yang mendukung penciptaan lingkungan sehat. Oktaviana dkk. (2023) menekankan bahwa edukasi kesehatan yang efektif di tingkat lokal harus bersifat responsif terhadap aspek sosial dan gender, serta mampu memberdayakan kelompok perempuan sebagai pilar utama kesehatan keluarga. Melalui pendekatan yang partisipatif, promotor kesehatan dapat mendorong lahirnya kebijakan desa atau kelurahan yang ramah gender dan inklusif.

Upaya mengintegrasikan program kesehatan ke dalam kebijakan lokal juga memerlukan reposisi peran layanan kesehatan berbasis komunitas. Promotor kesehatan harus mampu memposisikan program-program promotif-preventif di dalam Sistem Kesehatan daerah agar mendapatkan pengakuan dan dukungan sumber daya yang berkelanjutan. Sutrisna dkk. (2021) menggarisbawahi bahwa penentuan posisi (*positioning*) layanan komunitas dalam kebijakan kesehatan lokal sangat krusial untuk menjamin keberlangsungan program penanggulangan penyakit menular, seperti HIV, melalui penguatan peran organisasi kemasyarakatan dan pemanfaatan dana desa.

CONTOH

Di Kabupaten Lombok Barat, seorang promotor kesehatan puskesmas berhasil memfasilitasi lahirnya Peraturan Desa (Perdes) tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan larangan pernikahan usia anak. Promotor kesehatan tersebut menggunakan data cakupan kunjungan antenatal care (ANC) yang rendah dan tingginya angka bayi berat lahir rendah (BBLR) di desa tersebut sebagai bukti epidemiologi untuk meyakinkan Kepala Desa dan tokoh adat. Hasilnya, dana desa dialokasikan untuk memberikan insentif bagi kader posyandu yang melakukan pengawasan kepatuhan KTR di tingkat dusun.

Melalui contoh kasus tersebut, terlihat jelas bahwa mahasiswa Promosi Kesehatan harus menguasai teknik advokasi kebijakan yang berbasis bukti (*evidence-based advocacy*). Kemampuan menyusun *policy brief* yang ringkas,

komunikatif, dan berbasis data epidemiologi wilayah merupakan keterampilan wajib yang akan dipelajari lebih mendalam pada Bab 13. Promotor kesehatan harus mampu menerjemahkan angka-angka kesakitan menjadi rekomendasi tindakan konkret yang dapat segera diputuskan oleh kepala desa, camat, atau bupati guna melindungi kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.

G. Analisis Perbandingan Kebijakan Daerah

Analisis perbandingan kebijakan daerah merupakan metode evaluasi yang sangat berharga dalam studi Administrasi Kebijakan Kesehatan. Melalui studi komparasi, mahasiswa dapat mengidentifikasi mengapa suatu kebijakan kesehatan berhasil mencapai tujuannya di satu daerah, namun gagal total ketika diterapkan di daerah lain. Proses analisis ini tidak hanya melihat dokumen kebijakan di atas kertas, melainkan menelisik seluruh rangkaian proses Formulasi Kebijakan hingga dinamika implementasinya. Maldun (2016) menjelaskan bahwa analisis formulasi kebijakan publik harus mampu membedah pengaruh aktor, kepentingan, dan konteks lingkungan sosial-politik yang melingkupi proses pembuatan kebijakan tersebut, karena faktor-faktor inilah yang paling menentukan efektivitas sebuah regulasi saat diterapkan di lapangan.

Dalam melakukan analisis perbandingan, salah satu aspek penting yang harus dievaluasi adalah tingkat inklusivitas dari kebijakan kesehatan yang dilahirkan oleh masing-masing daerah. Kebijakan yang baik adalah kebijakan yang mampu menjamin keadilan akses bagi seluruh lapisan masyarakat, termasuk kelompok rentan dan penyandang disabilitas. Pudjiastuti dkk. (2022) menegaskan bahwa penyusunan naskah kebijakan pelayanan kesehatan di tingkat daerah harus diarahkan pada penciptaan layanan yang inklusif dan ramah disabilitas, guna mengoreksi ketimpangan akses pelayanan yang selama ini sering terjadi akibat kebijakan yang bias perkotaan (*urban bias*). Kebijakan inklusif ini juga mencakup perhatian terhadap pemenuhan kebutuhan dasar kelompok rentan dengan kondisi kesehatan khusus, seperti penanganan inkontinensia (ICI, 2023).

CONTOH

Perbandingan kebijakan penanganan tengkes (*stunting*) antara Kabupaten Sumedang (Jawa Barat) dan Kabupaten Timor Tengah Selatan (Nusa Tenggara Timur). Kabupaten Sumedang mengandalkan integrasi data digital melalui platform "Simpati" yang didukung oleh kapasitas fiskal daerah yang memadai dan komitmen digitalisasi birokrasi yang kuat. Sebaliknya, Kabupaten Timor Tengah Selatan, dengan keterbatasan jaringan internet dan kapasitas fiskal yang lebih rendah, lebih menitikberatkan

kebijakan lokal pada mobilisasi adat "Pola Asuh Kera" (pendampingan keluarga oleh tokoh adat) untuk memantau asupan gizi balita. Kedua daerah ini berhasil menurunkan angka tengkes menggunakan pendekatan kebijakan lokal yang berbeda, yang disesuaikan dengan kapasitas dan potensi sosial-budaya masing-masing.

Melalui analisis perbandingan seperti contoh di atas, mahasiswa Program Sarjana Terapan Promosi Kesehatan diajarkan untuk tidak terjebak pada sikap meniru mentah-mentah (*copy-paste*) suatu kebijakan sukses dari daerah lain. Mahasiswa harus mampu melakukan proses adaptasi kebijakan (*policy adaptation*) dengan mempertimbangkan analisis SWOT (sebagaimana telah dipelajari pada Bab 6) dari daerah sasaran mereka. Kemampuan kritis ini sangat penting agar promotor kesehatan masa depan dapat merancang rekomendasi kebijakan lokal yang tidak hanya ideal secara akademis, melainkan juga membumi dan dapat dilaksanakan sesuai dengan realitas kapasitas daerah masing-masing.

Rangkuman

Desentralisasi pembangunan sektor kesehatan di Indonesia, yang secara regulatif berlandaskan pada Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, mereformasi tata kelola pelayanan dari pola sentralistik menjadi sistem yang lebih responsif terhadap determinan sosial dan beban epidemiologi lokal. Penyerahan wewenang konkuren ini menempatkan pemerintah daerah kabupaten/kota sebagai ujung tombak yang memegang tanggung jawab mutlak dalam pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan, dengan dukungan kemandirian fiskal yang bersumber dari optimalisasi pajak dan retribusi daerah. Dalam struktur ini, hubungan kerja antara pemerintah pusat sebagai regulator makro yang menetapkan norma, standar, prosedur, dan kriteria (NSPK) dengan pemerintah daerah sebagai eksekutor taktis harus berjalan sinergis guna menjamin hak asasi atas kesehatan tanpa mematikan ruang inovasi lokal. Bagi praktisi Promosi Kesehatan Program Sarjana Terapan, pergeseran otoritas ini membawa implikasi praktis yang signifikan, di mana mereka dituntut menguasai kompetensi analisis pembiayaan, pemetaan dokumen perencanaan daerah seperti Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), serta kemampuan advokasi anggaran kepada kepala daerah dan DPRD. Keberhasilan program promotif-preventif tidak lagi bergantung pada petunjuk teknis yang seragam dari pusat (*one-size-fits-all*), melainkan pada kemahiran promotor kesehatan dalam menerjemahkan data epidemiologi wilayah menjadi argumen kebijakan yang bernilai politis dan ekonomis bagi pengambil keputusan lokal. Dengan demikian, desentralisasi memposisikan promotor kesehatan sebagai komunikator strategis yang mampu mengintegrasikan kearifan lokal dengan target transformasi sistem kesehatan nasional guna mengatasi ketimpangan kapasitas fiskal dan operasional antar-wilayah secara efektif.

Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana konsep desentralisasi kesehatan dapat mengubah pendekatan promosi kesehatan dari yang sebelumnya bersifat seragam (*one-size-fits-all*) menjadi intervensi yang berbasis pada bukti epidemiologi lokal, serta berikan contoh konkret penerapannya di tingkat kabupaten/kota.
2. Bandingkan peran pemerintah pusat dan pemerintah kabupaten/kota dalam pengelolaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan berdasarkan UU Nomor 23 Tahun 2014, lalu evaluasi mengapa kemandirian fiskal daerah menjadi faktor penentu keberhasilan implementasi SPM tersebut.
3. Telaah bagaimana dokumen perencanaan daerah seperti RPJMD dan RKPd dapat dimanfaatkan oleh seorang praktisi Promosi Kesehatan sebagai instrumen strategis untuk mengadvokasi penganggaran program promotif-preventif kepada kepala daerah dan DPRD.
4. Evaluasi potensi konflik koordinasi yang dapat terjadi antara pemerintah pusat dan daerah dalam penanganan krisis kesehatan jika pembagian wewenang berdasarkan NSPK tidak berjalan harmonis, serta rumuskan solusi taktis untuk mengatasinya.
5. Argumentasikan mengapa kemampuan melakukan analisis pembiayaan dan memahami struktur birokrasi lokal kini menjadi kompetensi wajib bagi mahasiswa Sarjana Terapan Promosi Kesehatan dalam era otonomi daerah, dikaitkan dengan keberlanjutan program kesehatan masyarakat.

b. Pilihan Berganda

1. Berdasarkan konsep desentralisasi kesehatan, apa tujuan utama penyerahan wewenang pengelolaan sektor kesehatan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah?
 - a. Mengurangi beban anggaran belanja pegawai di tingkat kementerian pusat
 - b. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan riil lokal
 - c. Menghapus kewajiban pemerintah pusat dalam menetapkan standar pelayanan minimal
 - d. Membatasi intervensi organisasi non-pemerintah dalam program kesehatan daerah

2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 mengategorikan urusan kesehatan sebagai urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Implikasi langsung dari regulasi ini adalah...
 - a. Daerah bebas menentukan standar pelayanan tanpa merujuk pada regulasi nasional
 - b. Pemerintah daerah wajib menyediakan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal
 - c. Pembiayaan kesehatan sepenuhnya dialihkan menjadi tanggung jawab sektor swasta
 - d. Pemerintah pusat kehilangan hak pengawasan terhadap pelaksanaan program kesehatan daerah
3. Anggoro dkk. (2023) menekankan pentingnya optimalisasi pajak dan retribusi daerah dalam kebijakan hubungan keuangan pusat-daerah. Dalam konteks otonomi kesehatan, hal ini krusial karena...
 - a. Menjamin ketersediaan dana mandiri untuk membiayai fasilitas publik dan pelayanan dasar
 - b. Mengurangi beban pajak yang harus dibayar oleh masyarakat miskin di daerah
 - c. Membantu daerah dalam menghindari audit keuangan dari pemerintah pusat
 - d. Memungkinkan daerah untuk mengimpor alat kesehatan tanpa persetujuan pusat
4. Pemerintah Kabupaten Kulon Progo memanfaatkan kewenangan otonomnya untuk mengatasi tengkes (*stunting*) dengan cara...
 - a. Mengimpor bahan pangan formula khusus dari luar negeri menggunakan dana dekonsentrasi
 - b. Mengintegrasikan jaminan kesehatan daerah dengan pemanfaatan potensi pangan lokal
 - c. Membangun rumah sakit rujukan khusus balita stunting tipe A di setiap kecamatan
 - d. Menyerahkan seluruh program penanggulangan gizi buruk kepada kader posyandu mandiri
5. Berdasarkan pembagian wewenang pada Tabel 7.1, peran regulatif yang mutlak dipegang oleh pemerintah pusat dalam dimensi regulasi dan standar adalah...
 - a. Menyusun Peraturan Daerah tentang retribusi pelayanan puskesmas

- b. Menetapkan Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) serta SPM nasional
 - c. Melakukan rekrutmen dan penempatan tenaga kesehatan di tingkat desa
 - d. Mengelola jaminan kesehatan daerah bagi seluruh warga kabupaten
6. Dalam dimensi pengelolaan fasilitas kesehatan berdasarkan Tabel 7.1, pemerintah kabupaten/kota memiliki kewenangan penuh untuk mengelola...
 - a. Rumah Sakit rujukan nasional dan laboratorium pusat
 - b. Rumah Sakit rujukan provinsi kelas B
 - c. Puskesmas, jaringannya, dan Rumah Sakit daerah kelas C/D
 - d. Lembaga riset kesehatan dan industri farmasi milik negara
7. Agar program promosi kesehatan tingkat lokal mendapatkan alokasi anggaran APBD yang memadai, program tersebut harus diintegrasikan ke dalam dokumen perencanaan daerah, yaitu...
 - a. Rencana Kerja Kementerian Kesehatan dan Rencana Strategis Nasional
 - b. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah
 - c. Standar Pelayanan Minimal dan Norma Standar Prosedur Kriteria
 - d. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara serta Dana Alokasi Khusus
8. Menurut Kurniawan (2021), politik hukum pemerintah dalam penanganan krisis kesehatan harus senantiasa berpijak pada...
 - a. Efisiensi anggaran belanja daerah untuk menekan defisit fiskal
 - b. Perlindungan hak asasi atas kesehatan masyarakat melalui koordinasi yang solid
 - c. Penyerahan otoritas penuh penegakan hukum kepada aparat keamanan lokal
 - d. Pembatasan akses informasi kesehatan guna mencegah kepanikan publik
9. Pratiwi (2021) menjelaskan bahwa inovasi kebijakan daerah efektif mempercepat penanggulangan penyakit dengan syarat...
 - a. Tidak menabrak koridor hukum dan kebijakan makro yang ditetapkan pusat
 - b. Menggunakan dana talangan dari sektor swasta tanpa melibatkan APBD

- c. Mengabaikan standar pelayanan minimal demi efisiensi waktu pelaksanaan
 - d. Diterapkan secara seragam di seluruh wilayah tanpa modifikasi lokal
10. Mengapa kemampuan melakukan advokasi kepada kepala daerah dan DPRD menjadi sangat penting bagi praktisi Promosi Kesehatan di era desentralisasi?
- a. Karena petunjuk teknis kementerian tidak lagi berlaku di tingkat daerah
 - b. Karena alokasi anggaran program promotif-preventif kini sangat bergantung pada kebijakan politik lokal
 - c. Agar praktisi dapat mencalonkan diri sebagai anggota legislatif daerah dengan mudah
 - d. Untuk memindahkan tanggung jawab promosi kesehatan dari dinas kesehatan ke sektor swasta

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Sebuah kabupaten di wilayah timur Indonesia mengalami lonjakan kasus malaria yang signifikan. Berdasarkan data epidemiologi, penularan banyak terjadi pada pekerja perkebunan sawit swasta di wilayah pedalaman. Namun, dalam dokumen Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) tahun berjalan, alokasi anggaran untuk promosi kesehatan pencegahan malaria sangat minim karena fokus anggaran daerah dialihkan untuk pembangunan fisik rumah sakit daerah kelas C. Sebagai tenaga promotor kesehatan di Dinas Kesehatan kabupaten tersebut, Anda ditugaskan untuk menyusun strategi advokasi anggaran agar program pencegahan malaria berbasis komunitas pekerja perkebunan dapat didanai dalam APBD Perubahan. Analisislah langkah-langkah strategis yang harus Anda lakukan dalam memetakan dokumen perencanaan daerah, menyusun argumen kebijakan berbasis data epidemiologi, serta melakukan advokasi kepada kepala daerah dan DPRD agar anggaran promosi kesehatan tersebut disetujui.
2. Pemerintah pusat meluncurkan program nasional eliminasi tuberkulosis (TBC) dengan target penurunan prevalensi yang ketat. Namun, di Kabupaten X, implementasi program ini terhambat karena kapasitas fiskal daerah yang rendah, sehingga Dinas Kesehatan kesulitan mendanai operasional kader kesehatan desa untuk melakukan penemuan kasus aktif secara langsung (*active case finding*). Di sisi lain, kabupaten tersebut memiliki potensi pajak daerah dan retribusi dari sektor pariwisata yang

cukup besar namun belum dioptimalkan untuk sektor kesehatan. Sebagai lulusan Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, rancanglah sebuah konsep inovasi kebijakan lokal yang mensinergikan kebijakan pusat (eliminasi TBC) dengan optimalisasi hubungan keuangan pusat-daerah (pajak/retribusi pariwisata) untuk mendanai pemberdayaan kader kesehatan lokal. Jelaskan bagaimana Anda mengomunikasikan inovasi ini kepada para pemangku kepentingan daerah.

BAB 8

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN KESEHATAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menerapkan model-model implementasi kebijakan kesehatan untuk memecahkan masalah hambatan program promosi kesehatan di tingkat Puskesmas.
2. Menentukan faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan program kesehatan masyarakat berdasarkan analisis situasi riil di lapangan.
3. Mendemonstrasikan pembagian peran dan koordinasi antar-aktor pelaksana dalam kebijakan penanggulangan stunting di tingkat desa.
4. Mengimplementasikan strategi komunikasi publik yang efektif untuk menyosialisasikan kebijakan kawasan tanpa rokok kepada masyarakat lokal.
5. Menganalisis kesenjangan antara regulasi tertulis kebijakan kesehatan dengan implementasi pelayanan promotif-preventif di lapangan.

B. Pendahuluan

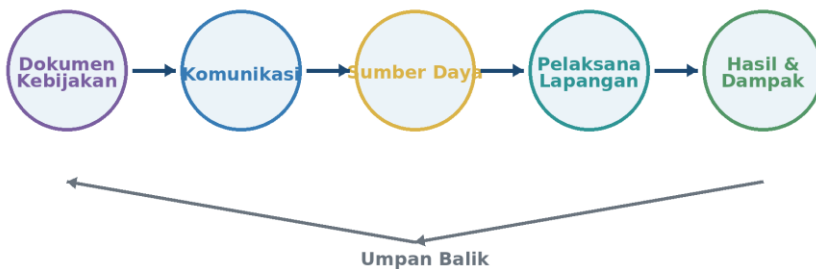
Kebijakan kesehatan yang dirancang dengan sangat baik di tingkat pusat sering kali mengalami deviasi atau bahkan kegagalan total saat diturunkan ke tingkat tapak. Fenomena ini menunjukkan bahwa perumusan kebijakan hanyalah langkah awal, sedangkan ujian sesungguhnya terletak pada bagaimana kebijakan tersebut diimplementasikan di lapangan. Dalam konteks epidemiologi dan promosi kesehatan, kegagalan implementasi berarti hilangnya peluang untuk mencegah penyakit dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sebagai contoh, kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) yang tertuang dalam berbagai Peraturan Daerah (Perda) di Indonesia sering kali hanya menjadi dokumen hukum di atas kertas tanpa penegakan hukum yang konsisten di fasilitas umum atau sekolah. Implikasinya, prevalensi perokok pemula di kalangan remaja tetap tinggi, dan beban penyakit tidak menular (PTM) seperti stroke dan penyakit jantung terus meningkat, yang pada akhirnya

membebani sistem pembiayaan kesehatan nasional. Oleh karena itu, pemahaman mendalam mengenai dinamika implementasi kebijakan menjadi kompetensi krusial yang harus dimiliki oleh setiap praktisi kesehatan masyarakat.

Bagi mahasiswa Program Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, menguasai aspek implementasi kebijakan bukan sekadar memahami teori-teori administrasi publik, melainkan sebuah keterampilan praktis untuk menjembatani regulasi dengan perubahan perilaku masyarakat. Sebagai calon promotor kesehatan, mahasiswa akan berada di garda terdepan dalam menerjemahkan kebijakan makro—seperti Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) atau program penurunan stunting—menjadi aksi-aksi mikro yang diterima oleh komunitas lokal. Sebagai contoh, ketika pemerintah meluncurkan kebijakan pemberian tablet tambah darah (TTD) untuk remaja putri guna mencegah anemia dan stunting di masa depan, promotor kesehatan harus mampu mengidentifikasi mengapa kepatuhan konsumsi TTD di sekolah-sekolah tertentu masih sangat rendah meskipun distribusinya lancar. Implikasi dari peran ini adalah perlunya kemampuan untuk mengidentifikasi hambatan sosial-budaya, mengoordinasikan berbagai aktor lokal mulai dari kepala sekolah hingga kader posyandu, serta menyusun strategi komunikasi yang persuasif agar kebijakan tersebut benar-benar berdampak pada penurunan angka anemia.

Untuk membekali mahasiswa dengan kapasitas tersebut, bab ini akan mengupas tuntas seluruh dimensi implementasi kebijakan kesehatan secara sistematis dan aplikatif. Pembahasan akan diawali dengan pemahaman mendalam mengenai Konsep Implementasi Kebijakan, disusul dengan identifikasi berbagai Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi yang sering ditemui di lapangan. Selanjutnya, kita akan memetakan peran dan jejaring Aktor Pelaksana Kebijakan yang memengaruhi keberhasilan program, serta pentingnya aspek Komunikasi dalam Implementasi Kebijakan untuk menyelaraskan persepsi seluruh pemangku kepentingan. Bab ini akan ditutup dengan metodologi Analisis Implementasi Kebijakan di Lapangan, yang memberikan panduan praktis bagi mahasiswa untuk melakukan evaluasi proses dan memecahkan masalah riil dalam program-program promosi kesehatan di Indonesia.

Alur Implementasi Kebijakan Kesehatan



Gambar 8. 1. Alur Implementasi Kebijakan Kesehatan

C. Konsep Implementasi Kebijakan

Setelah memahami bagaimana kebijakan kesehatan didesentralisasikan ke tingkat daerah pada Bab 7, tahapan krusial berikutnya adalah mewujudkan regulasi tersebut ke dalam tindakan nyata. Implementasi Kebijakan merupakan jembatan yang menghubungkan antara perencanaan teoretis dengan hasil riil di masyarakat. Tanpa implementasi yang efektif, sebuah kebijakan kesehatan yang dirancang dengan analisis mendalam sekalipun hanya akan menjadi dokumen administratif yang tidak memiliki dampak bagi peningkatan derajat kesehatan publik (Desrinelti dkk., 2021). Dokumen kebijakan tersebut pada akhirnya hanya menjadi teks tertulis yang membutuhkan interpretasi mendalam untuk diimplementasikan, serupa dengan pentingnya penerapan teori dalam memahami makna sebuah karya tulis (-, 2023). Di tingkat tapak, seperti Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), proses ini menuntut kemampuan praktis dari para promotor kesehatan untuk menerjemahkan bahasa hukum regulasi menjadi program-program promotif dan preventif yang operasional.

Secara teoretis, implementasi bukan sekadar proses mekanis untuk menjalankan perintah dari atas ke bawah (*top-down*), melainkan sebuah proses politik dan administratif yang dinamis dan interaktif (Maldun, 2016). Pemahaman ini sangat penting bagi mahasiswa promosi kesehatan agar tidak terjebak pada asumsi bahwa keberadaan regulasi otomatis menyelesaikan masalah kesehatan di lapangan.

DEFINISI

Implementasi Kebijakan: Proses administratif dan praktis yang terjadi setelah sebuah kebijakan atau regulasi ditetapkan, di mana para aktor pelaksana menggerakkan sumber daya, mengoordinasikan tindakan, dan menerapkan strategi intervensi untuk mencapai tujuan kebijakan yang telah digariskan.

Dalam konteks promosi kesehatan di Indonesia, konsep ini dapat diterapkan langsung pada pelaksanaan Instruksi Presiden (Inpres) No. 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS). Ketika kebijakan nasional ini diturunkan ke tingkat kabupaten/kota, promotor kesehatan di Puskesmas tidak bisa hanya menunggu petunjuk teknis yang kaku. Mereka harus menerapkan konsep implementasi adaptif dengan mengidentifikasi kebutuhan spesifik lokal, seperti tingginya angka penyakit tidak menular (PTM) di wilayah kerja mereka, kemudian merancang aktivitas fisik bersama komunitas dan mengadvokasi penyediaan pangan sehat di tingkat desa.

Implikasi dari penerapan konsep implementasi ini adalah pergeseran peran promotor kesehatan dari sekadar penyuluh menjadi manajer program yang taktis. Keberhasilan implementasi diukur dari sejauh mana aktivitas yang dijalankan di lapangan konsisten dengan tujuan kebijakan makro, namun tetap sensitif terhadap dinamika sosial-budaya setempat. Mahasiswa harus mampu melihat bahwa setiap kegagalan program di lapangan sering kali bukan disebabkan oleh substansi kebijakan yang buruk, melainkan oleh lemahnya penerjemahan kebijakan tersebut ke dalam rantai komando dan aksi di tingkat operasional.

D. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi

Keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan program kesehatan di lapangan sangat dipengaruhi oleh interaksi berbagai variabel yang saling berkelindan. Guna menganalisis fenomena ini, mahasiswa dapat menerapkan model implementasi George Edward III yang memetakan empat faktor utama: komunikasi, sumber daya, disposisi (sikap pelaksana), dan struktur birokrasi. Ketidakselarasan salah satu faktor tersebut dapat memicu kegagalan sistemik dalam pencapaian target kesehatan masyarakat.

Sebagai contoh, dalam penegakan kepatuhan masyarakat terhadap protokol kesehatan selama masa krisis kesehatan, faktor disposisi atau komitmen pelaksana dan kepatuhan publik menjadi penentu utama (Riyadi & Larasaty, 2021). Ketika regulasi menuntut perubahan perilaku yang cepat, ketiadaan

dukungan sumber daya yang memadai dan struktur birokrasi yang lamban sering kali memperlebar jarak antara harapan regulasi dengan realitas di lapangan. Hambatan struktural ini juga sering ditemukan dalam upaya penyederhanaan birokrasi di tingkat pemerintah daerah, di mana koordinasi lintas sektor sering kali terhambat oleh ego sektoral (Nalien, 2021).

⚠ PERHATIAN

Jangan pernah mengasumsikan bahwa komitmen politik dari kepala daerah saja cukup untuk menjamin keberhasilan program. Tanpa adanya alokasi anggaran yang konkret, kapasitas teknis pelaksana yang mumpuni, dan SOP yang jelas, kebijakan kesehatan akan mengalami kelumpuhan operasional di tingkat Puskesmas.

Untuk memberikan gambaran komprehensif mengenai bagaimana faktor-faktor ini bekerja dalam konteks pelayanan kesehatan di Indonesia, berikut disajikan analisis faktor pendukung dan penghambat yang umum ditemui oleh praktisi di lapangan.

Tabel 8. 1. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Kebijakan Kesehatan

Faktor Analisis	Indikator Pendukung	Indikator Penghambat	Dampak terhadap Program
Komunikasi	Sosialisasi berkala, kejelasan informasi, dan koordinasi aktif lintas sektor.	Informasi yang tumpang tindih dan minimnya media edukasi publik.	Menentukan tingkat pemahaman dan kepatuhan sasaran program.
Sumber Daya	Anggaran operasional memadai, staf kompeten, dan sarana logistik lengkap.	Defisit anggaran, kurangnya tenaga promotor kesehatan, dan alat peraga rusak.	Memengaruhi kapasitas dan jangkauan layanan promotif di lapangan.
Disposisi	Komitmen tinggi dari kepala Puskesmas dan sikap responsif dari kader kesehatan.	Sikap apatis pelaksana dan resistensi dari tokoh masyarakat lokal.	Menentukan keberlanjutan (<i>sustainability</i>) program di komunitas.
Struktur Birokrasi	SOP yang ringkas, pembagian kerja yang jelas, dan birokrasi yang fleksibel.	Prosedur yang berbelit-belit dan lemahnya pengawasan internal.	Memengaruhi kecepatan respons penanganan masalah kesehatan masyarakat.

Tabel 8.1 di atas menunjukkan bahwa intervensi promosi kesehatan tidak dapat berdiri sendiri. Ketika pemerintah menjamin hak atas kesehatan masyarakat melalui berbagai regulasi (Kurniawan, 2021), keberhasilan

pemenuhan hak tersebut di lapangan sangat bergantung pada bagaimana keempat faktor dalam tabel tersebut dikelola secara sinergis oleh para promotor kesehatan.

E. Aktor Pelaksana Kebijakan

Implementasi Kebijakan kesehatan bukanlah kerja tunggal aparat pemerintah, melainkan hasil kolaborasi dari jejaring aktor yang kompleks. Di tingkat akar rumput, keberhasilan program promosi kesehatan sangat ditentukan oleh apa yang disebut sebagai *street-level bureaucrats* atau birokrat garda terdepan, seperti perawat, bidan desa, sanitarian, dan promotor kesehatan Puskesmas (Suprpto & Mulat, 2021). Aktor-aktor inilah yang berhadapan langsung dengan masyarakat dan memiliki diskresi untuk menyesuaikan cara penyampaian program agar dapat diterima oleh budaya lokal.

Selain aktor birokrasi, keterlibatan sektor non-pemerintah dan komunitas lokal juga memegang peranan yang sangat vital. Dalam penanggulangan penyakit menular maupun tidak menular, integrasi layanan berbasis komunitas terbukti mampu memperluas jangkauan intervensi yang tidak dapat dijangkau oleh fasilitas kesehatan formal (Sutrisna dkk., 2021). Sebagai contoh, dalam kebijakan penanggulangan stunting di tingkat desa berdasarkan Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2021, pembagian peran antar-aktor harus berjalan secara presisi dan terkoordinasi.

CONTOH

Dalam program penurunan stunting di Desa Sukamaju, Kabupaten Sumedang, koordinasi aktor dilakukan melalui pembentukan Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS) tingkat desa. Kepala Desa berperan sebagai penanggung jawab kebijakan dan pengarah anggaran dana desa. Bidan Desa bertanggung jawab pada aspek klinis seperti pemantauan tumbuh kembang balita. Kader Pembangunan Manusia (KPM) melakukan pemetaan sasaran rumah tangga 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Sementara itu, Promotor Kesehatan Puskesmas bertindak sebagai koordinator edukasi yang merancang metode penyuluhan gizi yang interaktif bagi ibu hamil dan menyusui.

Implikasi dari pemetaan aktor ini adalah pentingnya kemampuan kepemimpinan kolaboratif bagi seorang promotor kesehatan. Mahasiswa harus dilatih untuk mampu mengidentifikasi kepentingan masing-masing aktor, meminimalkan potensi konflik peran, dan membangun rasa kepemilikan bersama terhadap program kesehatan. Ketika koordinasi antar-aktor ini

berjalan dengan harmonis, program kesehatan tidak lagi dipandang sebagai beban instruksional dari pusat, melainkan sebagai gerakan bersama yang didorong oleh kebutuhan dan kesadaran komunitas lokal itu sendiri.

F. Komunikasi dalam Implementasi Kebijakan

Komunikasi dalam Implementasi Kebijakan Kesehatan merupakan pilar utama yang menentukan apakah sebuah regulasi dapat diterjemahkan dengan baik oleh para aktor pelaksana di tingkat tapak (Desrinelti, 2021). Berdasarkan model implementasi George Edward III, keberhasilan suatu kebijakan sangat dipengaruhi oleh transmisi informasi yang akurat, kejelasan pesan (*clarity*), dan konsistensi instruksi yang diberikan oleh pembuat kebijakan kepada pelaksana program di lapangan. Tanpa adanya saluran komunikasi yang efektif, pesan kebijakan akan mengalami distorsi, menimbulkan multitafsir, dan berujung pada penolakan atau kelambatan eksekusi Program Kesehatan.

DEFINISI

Komunikasi Kebijakan adalah proses penyampaian informasi, instruksi, dan pemahaman mengenai suatu regulasi atau program dari otoritas pembuat kebijakan kepada aktor pelaksana dan kelompok sasaran guna menyelaraskan persepsi dan tindakan.

Dalam konteks Promosi Kesehatan, hambatan komunikasi sering kali muncul akibat perbedaan latar belakang teknis antara birokrat kesehatan dan masyarakat umum. Untuk mengatasi hal tersebut, promotor kesehatan harus menerapkan strategi komunikasi yang terstruktur dan adaptif terhadap kondisi sosio-kultural setempat.

Tabel 8. 2. Hambatan Komunikasi dan Strategi Solusi dalam Implementasi Kebijakan Kesehatan

Hambatan Komunikasi	Dampak Terhadap Program	Strategi Terapan	Solusi	Aktor Utama
Distorsi pesan birokrasi	Salah penafsiran juknis di Puskesmas	Sosialisasi juknis berbasis infografis		Dinas Kesehatan
Resistensi sosio-kultural	Penolakan imunisasi atau vaksinasi	Pendekatan tokoh adat dan agama		Promotor Kesehatan
Informasi tidak inklusif	Penyandang disabilitas terabaikan	Penyediaan media ramah disabilitas		Kepala Puskesmas
Inkonsistensi instruksi	Kebingungan kader di lapangan	Buku saku panduan kader terpadu		Koordinator Promkes

Tabel 8.2 di atas mengklasifikasikan berbagai hambatan komunikasi yang kerap mengganggu jalannya Implementasi Kebijakan beserta solusi praktis yang dapat langsung diterapkan. Melalui pemetaan ini, mahasiswa dapat menentukan intervensi komunikasi yang tepat sasaran berdasarkan jenis hambatan yang diidentifikasi di lapangan.

Sebagai contoh konkret di Indonesia, komunikasi publik yang masif dilakukan selama masa pandemi dalam menyosialisasikan kebijakan vaksinasi nasional (Dewi, 2021). Pada awalnya, terjadi penolakan dari sebagian kelompok masyarakat akibat maraknya hoaks dan ketidakjelasan informasi mengenai keamanan vaksin. Pemerintah kemudian menerapkan strategi komunikasi risiko multidimensi dengan menggandeng tokoh agama (seperti MUI untuk sertifikasi halal) dan menggunakan media sosial interaktif untuk meluruskan disinformasi. Pendekatan komunikasi yang inklusif juga diperlukan agar kebijakan pelayanan kesehatan menjangkau kelompok rentan seperti penyandang disabilitas (Pudjiastuti, 2022).

Implikasi dari studi kasus tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan Implementasi Kebijakan tidak hanya bertumpu pada ketersediaan logistik vaksin, melainkan pada kemampuan mengomunikasikan manfaat kebijakan tersebut secara persuasif. Bagi calon praktisi Promosi Kesehatan, menguasai teknik komunikasi publik dan advokasi adalah kompetensi mutlak agar Program Kesehatan yang dirancang dalam Sistem Kesehatan dapat diterima, didukung, dan dijalankan secara mandiri oleh masyarakat.

G. Analisis Implementasi Kebijakan di Lapangan

Analisis implementasi di lapangan merupakan langkah evaluatif untuk mengidentifikasi kesenjangan (*gap*) antara apa yang tertulis dalam dokumen regulasi dengan apa yang nyata-nyatanya terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat. Analisis ini sangat penting karena sering kali terdapat deviasi yang signifikan akibat keterbatasan sumber daya, hambatan geografis, atau ketidaksiapan infrastruktur lokal. Sebagai calon praktisi, mahasiswa harus menguasai metode analisis proses ini agar dapat memberikan rekomendasi perbaikan yang berbasis bukti (*evidence-based policy*).

Dalam melakukan analisis ini, mahasiswa dapat menggunakan pendekatan segitiga analisis kebijakan (*health policy triangle*) yang telah dipelajari pada Bab 6, namun dengan focus khusus pada dinamika pelaksanaan. Mahasiswa harus mampu menelusuri bagaimana konteks lokal, aktor-aktor yang terlibat, dan proses manajemen memengaruhi output pelayanan. Sebagai contoh, analisis

terhadap kebijakan pelayanan kesehatan inklusif bagi penyandang disabilitas menunjukkan bahwa meskipun regulasi nasional telah menjamin kesetaraan akses, implementasi di tingkat daerah sering kali terhambat oleh minimnya fasilitas fisik yang ramah disabilitas dan kurangnya pelatihan bagi tenaga kesehatan (Pudjiastuti dkk., 2022).

Metode analisis di lapangan juga dapat diterapkan pada evaluasi pemanfaatan teknologi kesehatan digital yang berkembang pesat. Sebagai contoh, analisis kualitatif terhadap penggunaan layanan *telemedicine* selama masa darurat kesehatan menunjukkan adanya kesenjangan digital yang lebar antara masyarakat perkotaan dengan masyarakat di wilayah terpencil yang minim akses internet (Lubis, 2021). Fenomena hambatan adaptasi teknologi ini juga serupa dengan kendala efektivitas penyampaian program edukasi atau pembelajaran berbasis daring selama masa krisis pandemi (Baety, 2021).

i CATATAN

Untuk melakukan analisis implementasi yang tajam, gunakan metode triangulasi data yang menggabungkan observasi fisik di lapangan, wawancara mendalam dengan pelaksana program (Puskesmas/kader), dan telaah dokumen laporan capaian kinerja tahunan.

Dengan menguasai keterampilan melakukan analisis implementasi ini, mahasiswa promosi kesehatan tidak hanya mampu mendeteksi adanya masalah di lapangan, tetapi juga mampu merumuskan solusi alternatif yang taktis. Kemampuan analisis kesenjangan ini menjadi modal utama yang sangat berharga bagi mahasiswa sebelum mereka melangkah ke pembahasan Bab 9 mengenai teknik penyusunan instrumen Monitoring dan Evaluasi Kebijakan Kesehatan secara lebih mendalam dan sistematis.

H. Rangkuman

Implementasi kebijakan kesehatan merupakan jembatan krusial yang menerjemahkan regulasi teoretis menjadi tindakan nyata di tingkat tapak, guna memastikan kebijakan tidak sekadar menjadi dokumen administratif tanpa dampak nyata bagi derajat kesehatan publik. Proses ini bukanlah mekanisme *top-down* yang kaku, melainkan interaksi dinamis-politik yang menuntut adaptabilitas promotor kesehatan dalam mengontekstualisasikan program nasional, seperti Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS), ke dalam realitas kebutuhan lokal. Keberhasilan transisi ini sangat dipengaruhi oleh sinergi empat faktor utama berdasarkan model George Edward III, yaitu kejelasan

komunikasi lintas sektor, kecukupan sumber daya yang mencakup anggaran dan staf kompeten, disposisi atau komitmen kuat dari pelaksana, serta struktur birokrasi yang fleksibel melalui Standard Operating Procedure (SOP) yang ringkas. Di lapangan, peran aktor garda terdepan (*street-level bureaucrats*) seperti promotor kesehatan, bidan desa, dan kader pembangunan manusia menjadi penentu utama karena mereka memiliki diskresi operasional untuk menyesuaikan intervensi dengan karakteristik sosial-budaya masyarakat setempat. Oleh karena itu, implementasi kebijakan penanggulangan masalah kesehatan yang kompleks, seperti percepatan penurunan stunting, memerlukan pergeseran paradigma promotor kesehatan dari sekadar penyuluh menjadi manajer program kolaboratif yang mampu mengoordinasikan berbagai kepentingan aktor lintas sektor. Kegagalan program di lapangan sering kali bukan disebabkan oleh buruknya substansi kebijakan makro, melainkan oleh lemahnya penerjemahan regulasi ke dalam rantai komando operasional. Dengan demikian, penguasaan mendalam terhadap dinamika implementasi, pemetaan faktor penghambat, dan kepemimpinan kolaboratif menjadi kompetensi esensial bagi sarjana terapan promosi kesehatan untuk menjamin efektivitas dan keberlanjutan intervensi kesehatan di masyarakat.

I. Latihan Mahasiswa

a. Essay

1. Analisis bagaimana kegagalan salah satu faktor dari model George Edward III—misalnya faktor disposisi pelaksana—dapat memicu kelumpuhan sistemik pada implementasi program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) di tingkat Puskesmas, meskipun faktor anggaran dan regulasi telah terpenuhi dengan sangat baik.
2. Evaluasi peran diskresi yang dimiliki oleh promotor kesehatan sebagai *street-level bureaucrats* dalam implementasi kebijakan kesehatan. Bagaimana diskresi ini dapat menjadi pisau bermata dua, baik sebagai solusi adaptasi lokal maupun sebagai celah penyimpangan dari tujuan kebijakan makro?
3. Telaah hambatan struktural berupa ego sektoral dalam koordinasi lintas sektor pada penanganan stunting di tingkat desa. Rumuskan sebuah strategi komunikasi dan koordinasi yang taktis bagi seorang promotor kesehatan untuk menyelaraskan kepentingan kepala desa, bidan desa, dan kader pembangunan manusia.
4. Bandingkan efektivitas pendekatan implementasi kebijakan yang bersifat mekanis (*top-down*) dengan pendekatan adaptif dalam konteks

promosi kesehatan di Indonesia. Argumentasikan mengapa pendekatan adaptif lebih menjamin keberlanjutan (*sustainability*) program promosi kesehatan di tingkat komunitas lokal yang heterogen.

5. Sering kali kegagalan program kesehatan di lapangan dituduhkan pada buruknya substansi kebijakan itu sendiri. Evaluasi kebenaran pernyataan tersebut dengan mengaitkan analisis Anda pada interaksi antara ketersediaan sumber daya manusia, kapasitas teknis pelaksana, dan kejelasan Standard Operating Procedure (SOP).

b. Pilihan Berganda

1. Manakah dari pernyataan berikut yang paling tepat mendefinisikan konsep implementasi kebijakan dalam konteks pelayanan kesehatan masyarakat?
 - a. Proses penyusunan undang-undang kesehatan oleh lembaga legislatif bersama pemerintah.
 - b. Proses administratif dan praktis yang menggerakkan sumber daya untuk mewujudkan tujuan regulasi.
 - c. Kegiatan evaluasi akhir untuk menentukan dampak jangka panjang dari suatu program kesehatan.
 - d. Tahapan analisis akademis untuk menentukan prioritas masalah kesehatan di tingkat nasional.
2. Seorang promotor kesehatan di Puskesmas memodifikasi metode sosialisasi GERMAS agar sesuai dengan adat istiadat desa setempat. Tindakan ini merupakan contoh dari penerapan konsep...
 - a. Implementasi mekanis top-down
 - b. Birokrasi kaku tanpa diskresi
 - c. Implementasi adaptif tingkat tapak
 - d. Sentralisasi kebijakan kesehatan
3. Menurut model implementasi George Edward III, faktor yang berkaitan erat dengan komitmen, pemahaman, dan sikap responsif para pelaksana kebijakan disebut...
 - a. Komunikasi
 - b. Sumber Daya
 - c. Disposisi
 - d. Struktur Birokrasi
4. Hambatan berupa tumpang tindihnya informasi dan minimnya media edukasi publik dalam pelaksanaan program kesehatan merupakan masalah utama pada faktor...

- a. Komunikasi
 - b. Disposisi
 - c. Struktur Birokrasi
 - d. Sumber Daya
5. Keberadaan Standard Operating Procedure (SOP) yang jelas, ringkas, dan pembagian kerja yang terstruktur dalam implementasi kebijakan kesehatan merupakan bagian dari faktor...
- a. Disposisi pelaksana
 - b. Struktur birokrasi
 - c. Komunikasi lintas sektor
 - d. Alokasi sumber daya
6. Siapakah yang dikategorikan sebagai *street-level bureaucrats* dalam rantai implementasi kebijakan promosi kesehatan di tingkat akar rumput?
- a. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
 - b. Deputy Kementerian Kesehatan RI
 - c. Promotor kesehatan Puskesmas dan bidan desa
 - d. Anggota Komisi IX DPR RI bidang Kesehatan
7. Dalam upaya penurunan stunting di tingkat desa berdasarkan Perpres No. 72 Tahun 2021, aktor yang berperan sebagai penanggung jawab kebijakan dan pengarah anggaran dana desa adalah...
- a. Bidan Desa
 - b. Kepala Desa
 - c. Kader Pembangunan Manusia
 - d. Promotor Kesehatan Puskesmas
8. Mengapa komitmen politik dari kepala daerah saja dinilai belum cukup untuk menjamin keberhasilan implementasi program promosi kesehatan di lapangan?
- a. Karena kepala daerah tidak memiliki kewenangan hukum atas program kesehatan.
 - b. Karena program kesehatan sepenuhnya dikendalikan oleh sektor swasta non-pemerintah.
 - c. Karena tanpa alokasi anggaran konkret dan kapasitas teknis, kebijakan akan mengalami kelumpuhan operasional.
 - d. Karena masyarakat cenderung menolak segala bentuk regulasi yang bersifat formal dari pemerintah.

9. Ketika koordinasi lintas sektor dalam penanganan masalah kesehatan terhambat oleh ego sektoral antar-instansi, hambatan ini dikategorikan sebagai hambatan...
 - a. Finansial
 - b. Struktural
 - c. Kognitif
 - d. Individual
10. Peran utama promotor kesehatan Puskesmas dalam Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS) tingkat desa adalah...
 - a. Melakukan tindakan medis dan pemantauan tumbuh kembang klinis balita.
 - b. Mengalokasikan dana desa untuk pemberian makanan tambahan.
 - c. Bertindak sebagai koordinator edukasi yang merancang metode penyuluhan gizi interaktif.
 - d. Melakukan audit keuangan terhadap penggunaan anggaran stunting desa.

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Di Kabupaten Merbabu, angka kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) meningkat tajam sebesar 40% dalam tiga bulan terakhir. Pemerintah daerah telah mengeluarkan Surat Edaran Bupati tentang Gerakan 3M Plus secara serentak. Namun, di wilayah kerja Puskesmas Suka Maju, program ini macet. Hasil investigasi awal menunjukkan bahwa kader kesehatan merasa jenuh dan apatis karena tidak ada insentif operasional, koordinasi antara pihak kelurahan dan Puskesmas sangat minim akibat ego sektoral, serta alat peraga edukasi (flyer dan poster) yang tersedia di Puskesmas sudah rusak dan tidak relevan lagi dengan karakteristik warga perumahan baru yang cenderung tertutup. Sebagai seorang Sarjana Terapan Promosi Kesehatan di Puskesmas Suka Maju, analisislah kasus di atas menggunakan empat faktor dalam model George Edward III. Rumuskan langkah-langkah strategis operasional untuk mengatasi hambatan komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi agar gerakan 3M Plus dapat berjalan efektif kembali.
2. Desa Karanganyar sedang menghadapi masalah tingginya angka pernikahan dini yang berkorelasi langsung dengan tingginya angka stunting baru. Berdasarkan Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2021, Puskesmas harus mengimplementasikan program edukasi kesehatan reproduksi remaja. Namun, tokoh agama setempat menolak keras program ini karena menganggap edukasi kesehatan reproduksi sebagai

hal yang tabu dan mempromosikan seks bebas. Di sisi lain, bidan desa berjalan sendiri tanpa koordinasi dengan kader pembangunan manusia (KPM) karena tidak adanya kejelasan pembagian peran di tingkat desa. Analisislah peran para aktor dalam skenario di atas. Sebagai promotor kesehatan, bagaimana Anda menerapkan kepemimpinan kolaboratif untuk memetakan kepentingan, mengatasi resistensi tokoh agama, dan menyusun pembagian peran (SOP) yang presisi antara Bidan Desa, KPM, dan tokoh masyarakat agar program edukasi ini dapat diterima dan berjalan efektif?

BAB 9

MONITORING DAN EVALUASI KEBIJAKAN KESEHATAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menerapkan konsep monitoring dan evaluasi dalam menilai pelaksanaan program promosi kesehatan di tingkat puskesmas.
2. Menentukan indikator monitoring yang spesifik, terukur, dan relevan untuk program intervensi kesehatan masyarakat.
3. Memilih metode evaluasi kebijakan kesehatan yang tepat guna mengukur dampak jangka pendek dan jangka panjang dari suatu regulasi daerah.
4. Mendemonstrasikan penyusunan laporan monitoring dan evaluasi kebijakan kesehatan yang sistematis dan berbasis bukti ilmiah.
5. Menggunakan hasil monitoring dan evaluasi untuk merumuskan rekomendasi perbaikan program promosi kesehatan yang berkelanjutan.

B. Pendahuluan

Formulasi kebijakan kesehatan yang ideal sering kali menghadapi jurang pemisah yang lebar ketika dihadapkan pada realitas implementasi di lapangan. Dalam lanskap kesehatan masyarakat di Indonesia, banyak regulasi yang dirancang dengan baik di tingkat pusat maupun daerah justru mengalami stagnasi atau gagal mencapai target karena lemahnya fungsi pengawasan. Bagi mahasiswa Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, kompetensi dalam mengawal kebijakan tidak boleh berhenti pada tahap advokasi atau sosialisasi semata. Sebagai calon praktisi, Anda dituntut memiliki kemampuan taktis untuk memastikan bahwa setiap intervensi dan kebijakan kesehatan berjalan sesuai koridor yang direncanakan, responsif terhadap dinamika komunitas, serta mampu menghasilkan dampak kesehatan yang terukur. Di sinilah epidemiologi

memainkan peran krusialnya, bukan sekadar sebagai ilmu tentang distribusi penyakit, melainkan sebagai alat diagnostik untuk memantau dan mengevaluasi efektivitas kebijakan secara empiris.

Untuk memahami urgensi ini, kita dapat menelaah penerapan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di berbagai kabupaten dan kota di Indonesia. Secara konseptual, monitoring dan evaluasi (Monev) kebijakan berfungsi sebagai sistem navigasi yang mendeteksi deviasi pelaksanaan regulasi sejak dini. Sebagai contoh, ketika Pemerintah Kota Bogor menerapkan Peraturan Daerah tentang KTR, proses monitoring berkala dilakukan untuk mengukur tingkat kepatuhan pelaku usaha dan efektivitas penegakan sanksi di tempat-tempat umum. Implikasi dari evaluasi yang sistematis ini adalah ditemukannya celah hukum pada pajangan rokok di ritel modern, yang kemudian mendorong revisi regulasi dan penguatan strategi promosi kesehatan yang lebih menyasar pada edukasi pedagang. Tanpa adanya instrumen Monev yang valid, kebijakan KTR hanya akan menjadi dokumen hukum pasif tanpa daya ubah sosial, sementara angka prevalensi perokok pemula terus meningkat tanpa intervensi yang presisi.

Guna membekali mahasiswa dengan kemampuan aplikatif tersebut, bab ini akan mengupas tuntas instrumen dan metodologi monitoring serta evaluasi kebijakan kesehatan. Pembahasan akan diawali dengan pemahaman mendalam mengenai Konsep Monitoring dan Evaluasi dalam siklus kebijakan. Selanjutnya, mahasiswa akan dipandu untuk melakukan Penyusunan Indikator Monitoring yang sensitif dan spesifik, diikuti dengan eksplorasi berbagai Metode Evaluasi Kebijakan baik yang bersifat kualitatif maupun kuantitatif. Pada bagian akhir, bab ini akan melatih keterampilan praktis dalam Penyusunan Laporan Monitoring dan Evaluasi yang komunikatif, serta strategi Pemanfaatan Hasil Monitoring dan Evaluasi untuk advokasi kebijakan berbasis bukti di sektor kesehatan masyarakat.

Siklus Monitoring dan Evaluasi Kebijakan



Gambar 9. 1. Siklus Monitoring dan Evaluasi Kebijakan Kesehatan

C. Konsep Monitoring dan Evaluasi

Dalam siklus Kebijakan Kesehatan, tahap pengawasan merupakan instrumen penting untuk menjamin bahwa apa yang direncanakan dapat berjalan sesuai dengan koridor yang telah ditetapkan. Dua pilar utama dalam pengawasan ini adalah monitoring (pemantauan) dan evaluasi. Dalam perspektif berpikir kesisteman, kedua instrumen ini merupakan bagian integral dari manajemen kebijakan pemerintah yang saling berinteraksi (Pitri, 2022). Meskipun sering kali diucapkan dalam satu tarikan napas sebagai "Monev", kedua konsep ini memiliki karakteristik, dimensi waktu, dan fokus analisis yang berbeda namun saling melengkapi dalam mengawal Implementasi Kebijakan.

Monitoring merupakan proses pengumpulan data dan informasi secara berkala dan terus-menerus selama suatu Kebijakan Kesehatan atau Program Kesehatan sedang berjalan. Fokus utama monitoring adalah pada aspek proses, input, dan output jangka pendek. Proses ini berupaya menjawab pertanyaan apakah aktivitas berjalan sesuai jadwal, apakah sumber daya digunakan secara efisien, dan apakah target antara telah tercapai. Desrinelti (2021), pemahaman mendalam mengenai konsep pelaksanaan kebijakan publik sangat krusial agar setiap tahapan pembangunan dapat berjalan secara terarah dan terikat pada aturan yang berlaku. Dalam konteks Promosi Kesehatan, monitoring memastikan bahwa media edukasi telah didistribusikan, penyuluhan telah

dilaksanakan, dan kemitraan dengan tokoh masyarakat telah terbentuk sesuai dengan rencana operasional.

Sementara itu, evaluasi adalah penilaian yang sistematis dan objektif terhadap kebijakan atau program yang sedang berjalan atau telah selesai, beserta desain, implementasi, dan hasilnya. Evaluasi bertujuan untuk menentukan relevansi, efisiensi, efektivitas, dampak, dan keberlanjutan dari suatu intervensi. Berbeda dengan monitoring yang bersifat rutin, evaluasi dilakukan pada titik-titik waktu tertentu, misalnya pada tengah periode (mid-term) atau akhir periode (ex-post). Sutrisna (2021) dalam studinya menekankan bahwa pemetaan posisi layanan komunitas dalam Sistem Kesehatan Nasional memerlukan evaluasi strategis agar intervensi yang dilakukan benar-benar menjawab kebutuhan struktural masyarakat secara berkelanjutan.

DEFINISI

Monitoring: *Proses rutin pengumpulan data internal untuk mengukur kemajuan implementasi program terhadap rencana yang telah ditetapkan.*

Evaluasi: *Analisis berkala atau berkala-akhir mengenai efektivitas, dampak, dan relevansi suatu kebijakan atau program dengan menggunakan standar pembandingan yang objektif.*

Penerapan konsep monitoring dan evaluasi dapat diilustrasikan pada kebijakan penanganan krisis kesehatan di Indonesia. Ketika pemerintah menerapkan kebijakan pembatasan kegiatan masyarakat dan penegakan disiplin protokol kesehatan di tingkat daerah, monitoring harian dilakukan untuk memantau tingkat kepatuhan masyarakat di ruang publik dan jumlah pelanggaran yang ditindak (Dirkareshza, 2021). Selain kepatuhan protokol, pemantauan juga penting dilakukan terhadap aspek psikososial masyarakat, seperti motivasi peserta didik dalam menjaga kebugaran dan mengikuti pembelajaran kesehatan di masa pandemi (Kustria, 2021). Data monitoring harian ini kemudian dikompilasi dan dianalisis secara epidemiologis. Pada akhir bulan, dilakukan evaluasi untuk melihat apakah peningkatan kepatuhan protokol kesehatan tersebut berkorelasi langsung dengan penurunan angka reproduksi efektif (R_t) virus di wilayah tersebut.

Bagi praktisi Promosi Kesehatan, penguasaan konsep Monev ini sangat penting untuk melakukan tindakan korektif secara cepat. Jika hasil monitoring menunjukkan bahwa cakupan penyuluhan imunisasi di suatu Puskesmas di

Kabupaten Garut di bawah 40% pada bulan ketiga, promotor kesehatan dapat segera memodifikasi strategi komunikasi tanpa harus menunggu program selesai. Sebaliknya, evaluasi dampak di akhir tahun akan memberikan bukti ilmiah apakah peningkatan pengetahuan ibu hasil dari promosi tersebut berhasil meningkatkan cakupan imunisasi dasar lengkap secara signifikan.

D. Penyusunan Indikator Monitoring

Keberhasilan aktivitas monitoring sangat bergantung pada ketepatan instrumen pengukur yang digunakan. Instrumen pengukur ini disebut sebagai indikator. Indikator monitoring adalah variabel kuantitatif atau kualitatif yang menyediakan sediaan cara yang valid dan andal untuk mengukur pencapaian, menganalisis perubahan, atau menunjukkan kinerja dari suatu Program Kesehatan. Tanpa indikator yang dirancang dengan baik, monitoring hanya akan menjadi pengumpulan data administratif tanpa makna epidemiologis yang jelas.

Dalam merumuskan indikator monitoring untuk program Promosi Kesehatan, mahasiswa harus menerapkan prinsip SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound). Indikator harus diklasifikasikan ke dalam empat tingkatan logis, yaitu input, proses, output, dan outcome jangka pendek.

1. Indikator input mengukur sumber daya yang digunakan (staf, anggaran, regulasi).
2. Indikator proses mengukur aktivitas intervensi (pelatihan, kampanye media).
3. Indikator output mengukur hasil langsung dari aktivitas (jumlah kader yang dilatih, jumlah rumah tangga yang dikunjungi).
4. Indikator outcome mengukur perubahan perilaku atau kondisi lingkungan (persentase masyarakat yang mempraktikkan cuci tangan pakai sabun).

Penyusunan indikator ini juga harus mempertimbangkan aspek modal sosial dan keterlibatan masyarakat. Januraga (2024) mengemukakan bahwa modal sosial, seperti jaringan kepercayaan dan norma gotong royong di dalam komunitas, merupakan determinan penting yang meningkatkan efektivitas kesehatan masyarakat, sehingga indikator proses harus mampu menangkap sejauh mana elemen sosial ini diaktifkan dalam program intervensi. Sebagai contoh, dalam memantau kedisiplinan penerapan protokol kesehatan di tingkat desa, indikator yang disusun tidak hanya berfokus pada ketersediaan sarana fisik, tetapi juga pada tingkat partisipasi aktif warga dalam pengawasan mandiri (Pasaribu, 2021).

Selain itu, indikator finansial dan alokasi anggaran juga tidak boleh diabaikan. Safitri (2021) menunjukkan bahwa belanja pemerintah daerah pada fungsi kesehatan memiliki dampak langsung terhadap pencapaian indeks pembangunan manusia dan pertumbuhan ekonomi inklusif. Oleh karena itu, indikator input harus memantau ketepatan realisasi anggaran promosi kesehatan di tingkat daerah guna mencegah terjadinya hambatan birokratis dalam eksekusi program di lapangan.

Untuk memberikan gambaran praktis mengenai penerapan indikator di lapangan, mahasiswa dapat mempelajari matriks indikator pemantauan program penyehatan lingkungan berikut.

Tabel 9. 1. Matriks Indikator Monitoring Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Kategori Indikator	Nama Indikator	Cara Pengukuran	Target Operasional	Sumber Data
Input	Jumlah anggaran operasional pemicuan STBM yang terealisasi	(Anggaran terpakai / Anggaran direncanakan) x 100%	100% dari DAK Non-Fisik	Laporan Keuangan Puskesmas
Proses	Persentase desa yang telah dilakukan pemicuan STBM	(Jumlah desa dipicu / Total desa di wilayah kerja) x 100%	85% desa dalam 6 bulan	Laporan Kegiatan Promkes
Output	Jumlah KK yang membangun jamban sehat pasca-pemicuan	Penghitungan fisik jamban baru di tingkat rumah tangga	Minimal 50 KK per desa	Kartu Rumah Tangga Sanitasi
Outcome	Persentase desa yang mencapai status Open Defecation Free (ODF)	Verifikasi lapangan oleh tim penilai kecamatan	100% ODF pada akhir tahun	Dokumen Sertifikasi ODF

Tabel 9.1 di atas menunjukkan bagaimana indikator monitoring disusun secara berjenjang dari aspek input keuangan hingga outcome perubahan perilaku masyarakat. Dengan menggunakan matriks yang terstruktur seperti ini, seorang promotor kesehatan di Puskesmas dapat dengan mudah mengidentifikasi pada tahapan mana suatu program mengalami kendala, apakah pada penyerapan anggaran (input) atau pada efektivitas pemicuan di masyarakat (proses).

E. Metode Evaluasi Kebijakan

Evaluasi Kebijakan Kesehatan memerlukan pendekatan metodologis yang sistematis untuk menghasilkan kesimpulan yang valid dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Pemilihan metode evaluasi sangat

bergantung pada tujuan evaluasi, kompleksitas kebijakan yang dinilai, serta ketersediaan data epidemiologi di lapangan. Secara umum, metode evaluasi dikelompokkan menjadi metode kuantitatif, kualitatif, dan metode campuran (mixed-methods).

Metode kuantitatif dalam evaluasi kebijakan berfokus pada pengukuran dampak objektif dengan menggunakan analisis statistik. Desain evaluasi kuantitatif yang sering diterapkan dalam epidemiologi adalah desain pra-eksperimental (pre-post test design) atau kuasi-eksperimental dengan kelompok kontrol. Misalnya, ketika mengevaluasi efektivitas kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di fasilitas pelayanan kesehatan, peneliti dapat membandingkan prevalensi perokok pasif sebelum dan sesudah kebijakan diterapkan, atau membandingkan wilayah yang menerapkan Perda KTR dengan wilayah kontrol yang belum memiliki regulasi tersebut. Dampak kebijakan terhadap pelayanan kesehatan juga dapat dievaluasi secara kuantitatif dengan melihat tren kunjungan pasien dan kapasitas utilitas fasilitas kesehatan selama periode implementasi regulasi tertentu (Sarasnita, 2021).

Metode kualitatif, di sini lain, sangat berguna untuk memahami "bagaimana" dan "mengapa" suatu kebijakan berhasil atau gagal di lapangan. Metode ini mengeksplorasi persepsi, hambatan, dan penerimaan sosial dari aktor pelaksana serta sasaran kebijakan. Teknik pengumpulan data yang digunakan meliputi wawancara mendalam (in-depth interview), diskusi kelompok terarah (FGD), dan analisis dokumen kebijakan. Sebagai contoh, Lubis (2021) menggunakan analisis kualitatif untuk mengevaluasi penggunaan telemedicine di Indonesia, di mana metode ini berhasil mengungkap hambatan teknis, kesiapan regulasi, serta kenyamanan pengguna yang tidak dapat ditangkap hanya dengan data kuantitatif angka kunjungan virtual.

CONTOH

Evaluasi terhadap implementasi kebijakan pelayanan kesehatan inklusif bagi penyandang disabilitas di tingkat kabupaten. Evaluasi ini tidak cukup hanya mengukur persentase Puskesmas yang memiliki ram aksesibel secara kuantitatif. Evaluasi harus menggunakan pendekatan campuran (mixed-methods) dengan menggabungkan audit fasilitas fisik (kuantitatif) dan wawancara mendalam dengan penyandang disabilitas (kualitatif) untuk menilai hambatan komunikasi dan sikap petugas kesehatan (Pudjiastuti, 2022).

Dengan menerapkan metode evaluasi yang komprehensif, para pengambil keputusan dapat melihat gambaran utuh dari efektivitas kebijakan. Pendekatan kuantitatif memberikan bukti numerik mengenai besaran dampak (effect size), sedangkan pendekatan kualitatif memberikan konteks sosial dan operasional yang menjelaskan angka-angka tersebut. Bagi mahasiswa Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, keterampilan memilih dan mengombinasikan kedua metode ini sangat krusial agar rekomendasi perbaikan kebijakan yang dihasilkan nantinya bersifat aplikatif dan sensitif terhadap realitas sosial masyarakat lokal.

F. Penyusunan Laporan Monitoring dan Evaluasi

Data hasil monitoring dan evaluasi yang melimpah tidak akan memiliki nilai guna jika tidak dikemas dalam sebuah laporan yang sistematis, komunikatif, dan berbasis bukti. Penyusunan laporan Monev merupakan tahapan krusial dalam menjembatani temuan teknis di lapangan dengan proses pengambilan keputusan di tingkat manajerial. Laporan ini harus mampu menyajikan informasi kinerja kebijakan secara jujur, transparan, dan mudah dipahami oleh berbagai pemangku kepentingan, mulai dari kepala dinas kesehatan, anggota legislatif daerah, hingga masyarakat umum.

Sebuah laporan Monev yang standar memiliki struktur penulisan yang baku. Laporan harus diawali dengan ringkasan eksekutif (executive summary) yang menyajikan intisari temuan kunci dan rekomendasi utama. Bab pendahuluan menjelaskan latar belakang kebijakan, tujuan Monev, dan ruang lingkup evaluasi. Bab metodologi menguraikan indikator yang diukur, metode pengumpulan data, serta keterbatasan analisis. Bab temuan dan pembahasan merupakan inti laporan, di mana data monitoring dan evaluasi disajikan menggunakan visualisasi grafik atau tabel, diikuti dengan analisis epidemiologis mengenai faktor-faktor yang memengaruhi pencapaian tersebut. Laporan ditutup dengan kesimpulan dan rekomendasi taktis.

Dalam menyusun pembahasan laporan, analisis hambatan implementasi harus dikaitkan dengan aspek manajerial dan kepatuhan hukum. Sebagai contoh, laporan Monev mengenai kebijakan pembiayaan pelayanan kesehatan harus mampu menyajikan analisis mengenai hambatan arus kas dan dampaknya terhadap operasional fasilitas kesehatan di lapangan (Ambarwati, 2021). Keterlambatan klaim atau ketidaksesuaian anggaran bukan sekadar masalah administrasi keuangan, melainkan variabel yang secara langsung memengaruhi mutu layanan promosi kesehatan preventif di tingkat dasar.

Selain itu, analisis dalam laporan Monev juga harus menyentuh aspek perlindungan hak asasi manusia atas kesehatan. Kurniawan (2021) menegaskan bahwa politik hukum pemerintah dalam penanganan krisis kesehatan harus senantiasa dievaluasi kepatuhannya terhadap pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, penyusun laporan Monev harus mampu mengintegrasikan analisis hukum dan etika ini ke dalam bab pembahasan laporan, memastikan bahwa kebijakan yang dievaluasi tidak mencederai keadilan sosial dan hak-hak dasar komunitas rentan.

Format visualisasi data dalam laporan Monev sangat menentukan efektivitas penyampaian pesan. Hindari menyajikan tabel data mentah yang terlalu panjang. Gunakan diagram lingkaran (pie chart) untuk menunjukkan proporsi alokasi anggaran, diagram batang (bar chart) untuk membandingkan pencapaian antarwilayah puskesmas, dan grafik garis (line chart) untuk menunjukkan tren perubahan perilaku masyarakat dari bulan ke bulan.

G. Pemanfaatan Hasil Monitoring dan Evaluasi

Tahap akhir yang menjadi mahkota dari seluruh rangkaian proses monitoring dan evaluasi adalah pemanfaatan hasil (utilization of evaluation findings). Monev bukanlah aktivitas akhir yang bersifat seremonial untuk memenuhi kewajiban administratif. Hasil Monev harus diintegrasikan kembali ke dalam siklus kebijakan sebagai umpan balik (feedback loop) untuk melakukan perbaikan, replikasi, eskalasi (scaling-up), atau bahkan penghentian suatu kebijakan yang terbukti tidak efektif.

Pemanfaatan hasil Monev dapat diarahkan untuk melakukan advokasi regulasi dan reformasi pembiayaan di tingkat daerah. Data evaluasi yang menunjukkan tingginya beban penyakit akibat perilaku tidak sehat dapat digunakan untuk mendorong optimalisasi kebijakan fiskal daerah. Anggoro (2023) menjelaskan bahwa kebijakan pajak daerah dan retribusi daerah dapat diformulasikan untuk mendukung pembiayaan pembangunan daerah, termasuk di dalamnya pemanfaatan dana bagi hasil pajak rokok untuk mendanai program Promosi Kesehatan dan penegakan regulasi Kawasan Tanpa Rokok di tingkat kabupaten/kota.

Selain untuk penyesuaian regulasi, hasil evaluasi juga sangat penting untuk melakukan penataan kapasitas sumber daya manusia kesehatan di lapangan. Ketika laporan evaluasi menunjukkan adanya kesenjangan kualitas pelayanan antar-wilayah, hasil tersebut harus diterjemahkan menjadi program pengembangan kapasitas staf secara terarah. Suprpto (2021) mengemukakan

bahwa pengembangan kapasitas tenaga kesehatan, seperti perawat dan promotor kesehatan, merupakan faktor determinan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Dengan demikian, hasil Monev menjadi dasar ilmiah bagi dinas kesehatan untuk menyusun kurikulum pelatihan yang sesuai dengan kesenjangan kompetensi yang ditemukan di lapangan.

Terakhir, hasil evaluasi kebijakan juga harus dimanfaatkan untuk memperkuat perlindungan hukum bagi para pelaksana kebijakan di garda terdepan. Evaluasi terhadap hambatan operasional dan risiko kerja yang dihadapi oleh tenaga kesehatan selama pelaksanaan kebijakan darurat kesehatan dapat menjadi basis advokasi untuk melahirkan regulasi perlindungan profesi yang lebih kokoh (Gegen, 2022). Melalui pemanfaatan hasil Monev yang komprehensif ini, siklus Kebijakan Kesehatan di Indonesia dapat terus bergerak ke arah yang lebih responsif, berkeadilan, dan berbasis bukti ilmiah (evidence-based policy).

Rangkuman

Monitoring dan evaluasi (Monev) kebijakan kesehatan merupakan pilar pengawasan strategis yang menjamin keselarasan antara perencanaan dan implementasi program di lapangan. Monitoring berfokus secara kontinu pada aspek input, proses, dan output jangka pendek guna mendeteksi hambatan operasional secara dini, seperti rendahnya cakupan penyuluhan atau kendala realisasi anggaran daerah. Sebaliknya, evaluasi menilai pencapaian jangka panjang, efektivitas, dampak, serta keberlanjutan intervensi secara berkala dengan membandingkannya terhadap standar objektif yang telah ditetapkan sebelumnya. Dalam ranah promosi kesehatan, sinergi kedua instrumen ini dioperasionisasikan melalui penyusunan indikator yang memenuhi prinsip SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound). Indikator tersebut harus disusun secara berjenjang dari tingkat input finansial dan sumber daya, proses keterlibatan sosial, output layanan langsung, hingga outcome perubahan perilaku masyarakat seperti status Open Defecation Free (ODF). Pengukuran indikator proses juga wajib mengintegrasikan aspek modal sosial, seperti kepercayaan dan gotong royong komunitas, serta ketepatan alokasi anggaran daerah untuk menghindari hambatan birokrasi dalam eksekusi program. Bagi praktisi promosi kesehatan program sarjana terapan, penguasaan Monev bukan sekadar pemenuhan kewajiban administratif, melainkan instrumen epidemiologis kritis untuk melakukan tindakan korektif yang cepat, memodifikasi strategi komunikasi publik, dan menyajikan bukti ilmiah yang akuntabel guna mendukung efektivitas Sistem Kesehatan Nasional. Melalui pemahaman mendalam terhadap metodologi evaluasi yang sistematis, promotor kesehatan mampu menjembatani posisi layanan komunitas dengan kebutuhan struktural masyarakat secara berkelanjutan, sehingga setiap kebijakan kesehatan yang diimplementasikan dapat memberikan dampak nyata terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat di berbagai tingkatan wilayah.

Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana perbedaan dimensi waktu dan fokus analisis antara monitoring dan evaluasi memengaruhi pengambilan keputusan taktis oleh seorang promotor kesehatan di tingkat Puskesmas ketika menghadapi penurunan cakupan program imunisasi.
2. Evaluasi relevansi pengintegrasian modal sosial, seperti jaringan kepercayaan dan gotong royong, ke dalam penyusunan indikator proses pada program promosi kesehatan masyarakat berdasarkan perspektif efektivitas intervensi berkelanjutan.
3. Bandingkan fungsi indikator input finansial dengan indikator outcome perilaku dalam matriks monitoring STBM, lalu argumentasikan mengapa ketidakseimbangan fokus pada salah satu indikator dapat menggagalkan pencapaian status Open Defecation Free (ODF).
4. Telaah bagaimana data monitoring harian kepatuhan protokol kesehatan di ruang publik dapat disintesis dengan analisis epidemiologis bulanan untuk mengevaluasi efektivitas kebijakan pembatasan kegiatan masyarakat dalam menurunkan angka reproduksi efektif (R_t) virus.
5. Rumuskan draf indikator proses dan output yang memenuhi prinsip SMART untuk program promosi kesehatan pencegahan stunting di tingkat desa, dengan mempertimbangkan aspek keterlibatan aktif kader kesehatan dan pemanfaatan belanja kesehatan daerah.

b. Pilihan Berganda

1. Manakah dari pernyataan berikut yang paling tepat menggambarkan perbedaan mendasar antara monitoring dan evaluasi dalam siklus kebijakan kesehatan?
 - a. Monitoring menilai dampak jangka panjang, sedangkan evaluasi mengukur input harian.
 - b. Monitoring bersifat berkala pada akhir program, sedangkan evaluasi dilakukan terus-menerus.
 - c. Monitoring berfokus pada proses dan output jangka pendek, sedangkan evaluasi menilai efektivitas dan dampak.
 - d. Monitoring menggunakan standar eksternal, sedangkan evaluasi hanya menggunakan data internal rutin.
2. Menurut Desrinelti (2021), mengapa pemahaman mendalam mengenai konsep pelaksanaan kebijakan publik sangat krusial dalam pembangunan kesehatan?

- a. Agar anggaran kesehatan dapat dihabiskan tanpa sisa pada akhir tahun anggaran.
 - b. Agar setiap tahapan pembangunan dapat berjalan secara terarah dan terikat pada aturan yang berlaku.
 - c. Untuk meminimalkan keterlibatan masyarakat dalam pengawasan program kesehatan.
 - d. Untuk mempercepat proses transisi dari program promotif ke arah kuratif.
3. Sutrisna (2021) menekankan bahwa pemetaan posisi layanan komunitas dalam Sistem Kesehatan Nasional memerlukan evaluasi strategis dengan tujuan utama untuk:
 - a. Menghitung jumlah kunjungan pasien ke Puskesmas secara harian.
 - b. Menjamin intervensi yang dilakukan benar-benar menjawab kebutuhan struktural masyarakat secara berkelanjutan.
 - c. Mengurangi alokasi anggaran belanja daerah pada sektor promosi kesehatan.
 - d. Mengganti seluruh kader kesehatan dengan tenaga medis profesional.
4. Dalam konteks promosi kesehatan, manakah yang merupakan contoh aktivitas monitoring yang tepat ketika program sedang berjalan?
 - a. Menilai penurunan angka mortalitas akibat penyakit menular setelah lima tahun program berjalan.
 - b. Memastikan media edukasi telah didistribusikan dan kemitraan dengan tokoh masyarakat telah terbentuk sesuai rencana.
 - c. Menganalisis efisiensi biaya per unit dari seluruh kebijakan kesehatan nasional.
 - d. Menentukan keberlanjutan program sanitasi lingkungan untuk dekade berikutnya.
5. Berdasarkan studi Dirkareshza (2021) mengenai penanganan krisis kesehatan, data monitoring harian kepatuhan protokol kesehatan digunakan untuk:
 - a. Menentukan anggaran belanja fungsi kesehatan pada tahun berikutnya.
 - b. Mengevaluasi korelasi langsung dengan penurunan angka reproduksi efektif (R_t) virus pada akhir bulan.
 - c. Menghentikan seluruh program promosi kesehatan secara permanen.

- d. Mengganti kebijakan pembatasan sosial dengan kebijakan kuratif di rumah sakit.
- 6. Prinsip SMART dalam penyusunan indikator monitoring mengharuskan indikator bersifat "Achievable", yang berarti:
 - a. Indikator harus sangat spesifik dan tidak boleh berubah dalam kondisi apa pun.
 - b. Indikator harus dapat diukur baik secara kuantitatif maupun kualitatif.
 - c. Target yang ditetapkan dalam indikator harus realistis dan dapat dicapai dengan sumber daya yang ada.
 - d. Indikator harus memiliki batasan waktu pencapaian yang sangat ketat.
- 7. Januraga (2024) mengemukakan bahwa modal sosial merupakan determinan penting dalam kesehatan masyarakat. Manakah contoh modal sosial yang harus ditangkap oleh indikator proses?
 - a. Jumlah anggaran operasional yang bersumber dari dana dekonsentrasi.
 - b. Ketersediaan sarana fisik tempat cuci tangan di ruang publik.
 - c. Jaringan kepercayaan dan norma gotong royong di dalam komunitas.
 - d. Jumlah regulasi tertulis yang diterbitkan oleh pemerintah daerah.
- 8. Berdasarkan penelitian Safitri (2021), belanja pemerintah daerah pada fungsi kesehatan memiliki dampak langsung terhadap:
 - a. Penurunan partisipasi masyarakat dalam pengawasan mandiri protokol kesehatan.
 - b. Pencapaian indeks pembangunan manusia dan pertumbuhan ekonomi inklusif.
 - c. Peningkatan jumlah pelanggaran disiplin protokol kesehatan di tingkat daerah.
 - d. Reduksi peran promotor kesehatan dalam pengambilan keputusan taktis.
- 9. Merujuk pada Tabel 9.1 (Matriks Indikator STBM), manakah yang diklasifikasikan sebagai indikator "Outcome"?
 - a. Jumlah anggaran operasional pemicuan STBM yang terealisasi.
 - b. Persentase desa yang telah dilakukan pemicuan STBM.
 - c. Jumlah KK yang membangun jamban sehat pasca-pemicuan.
 - d. Persentase desa yang mencapai status Open Defecation Free (ODF).

10. Jika seorang promotor kesehatan di Kabupaten Garut menemukan bahwa cakupan penyuluhan imunisasi di bawah 40% pada bulan ketiga melalui monitoring, tindakan korektif yang paling tepat adalah:
- a. Menunggu hingga akhir tahun untuk melakukan evaluasi dampak secara menyeluruh.
 - b. Segera memodifikasi strategi komunikasi tanpa harus menunggu program selesai.
 - c. Menghentikan program imunisasi dan mengalihkan anggaran ke program penyehatan lingkungan.
 - d. Melaporkan kegagalan program kepada media massa untuk mendapatkan sanksi sosial.

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Di Kecamatan Tarogong, Kabupaten Garut, seorang promotor kesehatan mengelola program promosi kesehatan untuk menurunkan angka diare melalui pemicuan STBM. Data monitoring bulan ketiga menunjukkan realisasi anggaran operasional mencapai 95% (input) dan 90% desa telah dipicu (proses). Namun, laporan dari kartu rumah tangga sanitasi menunjukkan baru 15% kepala keluarga yang membangun jamban sehat (output), dan belum ada satu pun desa yang mencapai status ODF (outcome). Terdapat resistensi dari masyarakat karena faktor kebiasaan dan rendahnya keterlibatan tokoh lokal. Analisis hambatan transisi dari tahap proses ke output dalam program ini. Rumuskan strategi korektif berbasis penguatan modal sosial (seperti kepercayaan dan gotong royong) untuk meningkatkan pembangunan jamban sehat tanpa menambah anggaran finansial.
2. Pemerintah Daerah Kabupaten X mengalokasikan 10% APBD untuk fungsi kesehatan, dengan porsi besar diarahkan pada kampanye promosi kesehatan pencegahan stunting. Namun, indikator monitoring yang disusun oleh dinas kesehatan hanya berfokus pada aspek input (jumlah brosur dicetak, jumlah dana terserap) dan output administratif (jumlah penyuluhan yang terlaksana). Setelah dua tahun berjalan, evaluasi dampak menunjukkan prevalensi stunting tetap tinggi dan tidak ada perubahan perilaku cuci tangan pakai sabun (CTPS) yang signifikan pada ibu balita. Evaluasi kelemahan desain indikator monitoring yang digunakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten X. Susunlah sebuah matriks indikator pemantauan baru yang komprehensif (mencakup input, proses, output, dan outcome) dengan menerapkan prinsip SMART serta

mengintegrasikan temuan Safitri (2021) mengenai efisiensi belanja daerah.

BAB 10

PEMBIAYAAN DAN KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menentukan komponen-komponen pembiayaan kesehatan dalam menyusun rencana anggaran program promosi kesehatan di tingkat puskesmas.
2. Menggunakan skema pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk mengintegrasikan kegiatan promotif-preventif dalam pelayanan kesehatan primer.
3. Mengimplementasikan alokasi dana kapitasi dan non-kapitasi BPJS Kesehatan untuk mendukung program penyuluhan dan intervensi perilaku sehat di masyarakat.
4. Memilih strategi pembiayaan kesehatan alternatif yang efektif guna mengatasi keterbatasan anggaran operasional promosi kesehatan di daerah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T).
5. Memodifikasi rancangan program promosi kesehatan agar selaras dengan prioritas kebijakan pembiayaan kesehatan nasional yang berbasis luaran (outcome-based).

B. Pendahuluan

Sering kali terdapat jurang pemisah yang lebar antara rancangan program promosi kesehatan yang ideal secara teoritis dengan realitas ketersediaan anggaran di lapangan. Di Indonesia, dinamika ini terlihat jelas ketika program-program promotif dan preventif harus bersaing dengan kebutuhan kuratif yang menyerap sebagian besar porsi anggaran kesehatan nasional. Bagi seorang sarjana terapan promosi kesehatan, memahami epidemiologi tidak lagi terbatas

pada analisis distribusi dan determinan penyakit, melainkan juga mencakup kemampuan menavigasi aspek finansial yang menggerakkan intervensi tersebut. Kegagalan dalam mengaitkan analisis epidemiologi dengan kebijakan pembiayaan sering kali menyebabkan program promosi kesehatan berhenti sebagai dokumen perencanaan di atas kertas tanpa adanya eksekusi yang berkelanjutan. Oleh karena itu, penguasaan terhadap mekanisme pembiayaan kesehatan menjadi kompetensi krusial agar intervensi perubahan perilaku yang dirancang dapat diimplementasikan secara nyata dan berdampak luas.

Sebagai calon praktisi promosi kesehatan, mahasiswa dituntut untuk tidak hanya terampil dalam merancang media edukasi atau melakukan advokasi sosial, tetapi juga cerdas dalam memanfaatkan peluang pembiayaan yang ada dalam sistem kesehatan nasional. Sebagai ilustrasi, transisi pembiayaan kesehatan di Indonesia pasca-penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menuntut puskesmas untuk mengoptimalkan pemanfaatan dana kapitasi. Mahasiswa harus mampu melihat celah ini untuk mengintegrasikan program promosi kesehatan, seperti pencegahan penyakit tidak menular melalui posbindu, ke dalam skema pembiayaan yang diakui oleh BPJS Kesehatan. Pemahaman yang mendalam mengenai kebijakan pembiayaan ini memungkinkan mahasiswa untuk menyusun program yang tidak hanya berbasis bukti ilmiah (evidence-based), tetapi juga layak secara finansial (financially feasible) dan patuh terhadap regulasi yang berlaku di Indonesia.

Guna membekali mahasiswa dengan kemampuan aplikatif tersebut, bab ini akan mengupas tuntas lima area utama yang saling berkaitan. Pembahasan akan diawali dengan eksplorasi konsep pembiayaan kesehatan secara umum, diikuti dengan analisis mendalam mengenai struktur dan mekanisme Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia. Selanjutnya, bab ini akan membedah secara spesifik pembiayaan program promotif dan preventif, termasuk pemanfaatan dana alokasi khusus non-fisik bidang kesehatan. Mahasiswa juga akan diajak untuk menganalisis manfaat dan tantangan pembiayaan kesehatan saat ini, sebelum akhirnya ditutup dengan pembahasan mengenai implikasi pembiayaan terhadap efektivitas program promosi kesehatan di berbagai tatanan masyarakat.

Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan



Dana dihimpun, dikelola, lalu dibayarkan untuk menjamin akses pelayanan

Gambar 10. 1. Alur Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan

C. Konsep Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan merupakan fondasi struktural yang menentukan bagaimana sumber daya keuangan dikumpulkan, dikelola, dan dialokasikan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat. Secara konseptual, sistem pembiayaan kesehatan memiliki tiga fungsi utama, yaitu pengumpulan dana (*revenue collection*), penyatuan risiko (*risk pooling*), dan pembelian layanan (*purchasing*). Bagi seorang praktisi promosi kesehatan, pemahaman mendalam tentang konsep ini sangat krusial untuk menentukan komponen-komponen pembiayaan kesehatan dalam menyusun rencana anggaran program promosi kesehatan di tingkat puskesmas. Tanpa pemahaman ini, perencanaan program sering kali tidak realistis dan gagal mendapatkan dukungan finansial yang memadai dari pengambil kebijakan.

Sumber pembiayaan kesehatan di Indonesia secara umum berasal dari anggaran pemerintah (APBN dan APBD), swasta, serta pengeluaran langsung masyarakat (*out-of-pocket*). Pengelolaan keuangan negara yang dinamis, terutama saat menghadapi krisis kesehatan global, menuntut fleksibilitas dan ketepatan alokasi anggaran agar tidak terjadi ketimpangan pelayanan (Suparman, 2021). Sebagai contoh, dalam menyusun rencana anggaran untuk program pencegahan penyakit tidak menular (PTM) di tingkat Puskesmas Kecamatan Jatinegara, Jakarta Timur, seorang promotor kesehatan harus mampu mengidentifikasi dan memisahkan komponen biaya langsung (seperti

pembelian alat peraga edukasi dan transportasi kader) dari biaya tidak langsung (seperti biaya koordinasi lintas sektor).

DEFINISI

Penyatuan Risiko (Risk Pooling) adalah proses akumulasi dan pengelolaan pendapatan keuangan sedemikian rupa sehingga risiko membayar perawatan kesehatan dialihkan dari individu ke seluruh anggota kelompok yang menyeter dana.

Dalam praktiknya, pengumpulan dana yang bersumber dari pajak maupun iuran wajib harus dialokasikan secara proporsional antara upaya kuratif dan preventif. Politik hukum kesehatan nasional menegaskan bahwa negara bertanggung jawab atas pemenuhan hak atas kesehatan warga negaranya melalui penyediaan pembiayaan yang adil dan merata (Kurniawan, 2021). Implikasi dari penentuan komponen pembiayaan yang tepat di tingkat puskesmas adalah terciptanya efisiensi anggaran yang berdampak langsung pada keberlanjutan program. Melalui penghapusan *mandatory spending* dalam regulasi kesehatan terbaru di Indonesia, promotor kesehatan dituntut untuk menyusun rencana anggaran berbasis kinerja. Mahasiswa harus mampu membuktikan bahwa alokasi dana untuk penyuluhan gizi seimbang, misalnya, dapat menurunkan angka kejadian stunting di wilayah kerja puskesmas tersebut, sehingga layak mendapatkan porsi pembiayaan yang berkelanjutan.

Fungsi pembelian layanan (*purchasing*) juga memainkan peran penting dalam menentukan efisiensi pembiayaan. Di Indonesia, transformasi sistem kesehatan mendorong pergeseran dari metode pembayaran historis ke arah pembelian layanan yang bernilai tinggi (*value-based purchasing*). Bagi mahasiswa promosi kesehatan, hal ini berarti setiap rancangan intervensi harus dilengkapi dengan analisis efektivitas biaya (*cost-effectiveness analysis*). Dengan menyajikan data kuantitatif bahwa biaya promosi kesehatan jauh lebih murah dibanding biaya pengobatan penyakit kronis, promotor kesehatan dapat meyakinkan dinas kesehatan setempat untuk mengalokasikan anggaran daerah secara optimal.

D. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan salah satu pilar utama dalam mewujudkan jaminan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage*) di Indonesia. JKN dirancang untuk memberikan perlindungan finansial bagi seluruh penduduk dari risiko kemiskinan akibat biaya pelayanan

kesehatan yang tinggi. Dalam perspektif hak asasi manusia, JKN merepresentasikan wujud nyata dari tanggung jawab negara dalam menjamin hak atas kesehatan bagi setiap warga tanpa terkecuali (Fadhillah, 2025). Bagi mahasiswa promosi kesehatan, tantangan utamanya adalah bagaimana menggunakan skema pembiayaan JKN ini untuk mengintegrasikan kegiatan promotif-preventif ke dalam pelayanan kesehatan primer.

Skema pembiayaan JKN membagi kepesertaan menjadi dua kelompok besar, yaitu Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang iurannya dibayar oleh pemerintah, dan Non-PBI yang membayar iuran secara mandiri atau melalui pemberi kerja. Dalam konteks operasional di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) seperti puskesmas dan klinik pratama, integrasi program promosi kesehatan harus diselaraskan dengan paket manfaat promotif-preventif yang dijamin oleh BPJS Kesehatan. Pelayanan ini mencakup penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi rutin, keluarga berencana, dan skrining kesehatan untuk penyakit kronis seperti diabetes melitus dan hipertensi.

i CATATAN

Skema pembiayaan JKN menuntut fasilitas kesehatan untuk beralih dari paradigma mengobati (*sick care*) menjadi paradigma menjaga kesehatan (*health care*) melalui optimalisasi program promotif dan preventif di tingkat pelayanan primer.

Sebagai contoh konkrit, Puskesmas Sleman di Daerah Istimewa Yogyakarta menggunakan skema JKN untuk menyelenggarakan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis). Program ini mengintegrasikan aktivitas fisik (senam prolanis), edukasi kelompok, dan pemantauan status kesehatan pasien diabetes melitus. Dengan memanfaatkan dana operasional prolanis yang diklaimkan ke BPJS Kesehatan, puskesmas dapat membiayai media promosi kesehatan dan konsumsi edukasi tanpa membebani anggaran daerah. Implikasinya, integrasi ini tidak hanya menekan angka komplikasi penyakit pada pasien, tetapi juga meningkatkan angka kontak puskesmas yang menjadi salah satu indikator penilaian kinerja FKTP.

Selain itu, kebijakan JKN juga menekankan pentingnya pelayanan kesehatan yang inklusif, termasuk aksesibilitas bagi penyandang disabilitas (Pudjiastuti, 2022). Mahasiswa promosi kesehatan harus mampu merancang program edukasi yang ramah disabilitas dengan memanfaatkan peluang pembiayaan JKN. Misalnya, menyediakan materi edukasi dalam format braille atau video dengan juru bahasa isyarat untuk kegiatan penyuluhan kelompok Prolanis.

Dengan demikian, pemanfaatan skema JKN secara taktis tidak hanya mendukung keberhasilan klinis, melainkan juga memperkuat aspek ekuitas dan pemenuhan hak asasi dalam sistem kesehatan nasional.

Upaya preventif yang terstruktur dalam JKN juga diwujudkan melalui skema skrining riwayat kesehatan yang dapat diakses oleh seluruh peserta melalui aplikasi Mobile JKN. Promotor kesehatan di puskesmas dapat menggunakan data hasil skrining massal ini untuk memetakan kelompok risiko di wilayah kerjanya. Berdasarkan peta risiko tersebut, intervensi promosi kesehatan yang spesifik dan terarah dapat dirancang dan diusulkan pembiayaannya melalui mekanisme kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan (KBKP). Hal ini membuktikan bahwa penguasaan instrumen JKN sangat krusial bagi efektivitas program promosi kesehatan di lapangan.

E. Pembiayaan Program Promotif dan Preventif

Alokasi anggaran yang memadai untuk program promotif dan preventif merupakan prasyarat mutlak dalam menekan beban pembiayaan kuratif yang terus meningkat. Di Indonesia, pembiayaan program ini di tingkat pelayanan primer bersumber dari berbagai jalur, terutama dana kapitasi BPJS Kesehatan, dana non-kapitasi, serta Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang merupakan bagian dari Dana Alokasi Khusus (DAK) Non-Fisik. Mahasiswa promosi kesehatan harus mampu mengimplementasikan alokasi dana kapitasi dan non-kapitasi ini secara kreatif untuk mendukung program penyuluhan dan intervensi perilaku sehat di masyarakat. Tantangan terbesarnya adalah menggeser dominasi penggunaan dana kapitasi yang selama ini masih banyak terserap untuk jasa pelayanan medis dan belanja obat-obatan.

Sesuai dengan regulasi yang berlaku, sebagian dari dana kapitasi yang diterima puskesmas dapat dialokasikan untuk kegiatan operasional pelayanan kesehatan, termasuk upaya promotif dan preventif. Kegiatan ini meliputi kunjungan rumah dalam rangka Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), pembinaan pos pelayanan terpadu (posyandu), dan penyuluhan kesehatan masyarakat. Selain itu, penempatan layanan komunitas yang terintegrasi, seperti pada program penanggulangan penyakit menular seksual dan HIV, memerlukan sinergi pembiayaan yang kokoh antara dana pemerintah dan pelibatan aktif masyarakat (Sutrisna, 2021).

Untuk memberikan gambaran yang jelas mengenai struktur dan pemanfaatan sumber-sumber pembiayaan ini di tingkat pelayanan primer, berikut disajikan rincian alokasi anggaran berdasarkan jenis kegiatannya.

Tabel 10. 1. Alokasi Sumber Pembiayaan Program Promotif dan Preventif di Puskesmas

Sumber Dana	Jenis Kegiatan	Alokasi	Target Luaran Program	Mekanisme Pertanggungjawaban
Dana Kapitasi BPJS	Skrining kesehatan, Prolanis, penyuluhan kelompok		Penurunan faktor risiko PTM	Laporan Kinerja KBKP
Dana Non-Kapitasi	Pelayanan imunisasi, KB, pemeriksaan IVA		Peningkatan cakupan preventif	Klaim kolektif bulanan
BOK (DAK Non-Fisik)	PIS-PK, pemicuan STBM, kelas ibu hamil		Perubahan perilaku tingkat desa	SPJ fungsional daerah
APBD Kabupaten/Kota	Advokasi kebijakan lokal, pelatihan kader		Regulasi kawasan tanpa rokok	Laporan realisasi fisik

Tabel 10.1 di atas menunjukkan bahwa setiap sumber dana memiliki karakteristik alokasi dan mekanisme pertanggungjawaban yang spesifik. Pengelola program promosi kesehatan harus jeli dalam memetakan kegiatan agar tidak terjadi tumpang tindih anggaran (*double funding*) antara dana kapitasi dengan dana BOK.

Sebagai contoh kasus, Puskesmas Sigi di Sulawesi Tengah berhasil mengoptimalkan dana BOK untuk melakukan pemicuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di desa-desa dengan angka kejadian diare yang tinggi. Pada saat yang sama, dana kapitasi digunakan untuk membiayai edukasi gizi bagi ibu balita stunting melalui kelas ibu balita. Langkah inovatif ini didukung oleh kebijakan pemerintah daerah yang memberikan ruang bagi puskesmas untuk melakukan penyesuaian anggaran berdasarkan analisis epidemiologi wilayah (Pratiwi, 2021). Keberhasilan implementasi kebijakan ini juga sangat dipengaruhi oleh kemampuan daerah dalam mengelola inovasi program secara sistematis, yang dapat diukur melalui panduan aplikasi kapasitas inovatif daerah (Nimas Maninggar, 2023). Implikasinya, intervensi perilaku sehat dapat berjalan secara simultan dan komprehensif, didukung oleh kepatuhan administrasi keuangan yang ketat sehingga terhindar dari temuan audit di kemudian hari.

Dana non-kapitasi juga memberikan peluang besar untuk memperluas jangkauan promosi kesehatan. Layanan seperti KB dan pemeriksaan IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat) yang dibayar per tindakan oleh BPJS Kesehatan dapat dikemas bersamaan dengan sesi konseling intensif. Sebelum tindakan

dilakukan, promotor kesehatan dapat memberikan edukasi mengenai kesehatan reproduksi dan pencegahan kanker serviks. Dengan demikian, pembiayaan non-kapitasi tidak hanya menutup biaya tindakan medis, tetapi juga menjadi sarana penyampaian pesan promosi kesehatan yang efektif dan terstruktur.

F. Manfaat dan Tantangan Pembiayaan Kesehatan

Sistem pembiayaan kesehatan yang kuat memberikan manfaat ganda, yaitu perlindungan finansial bagi masyarakat dari kemiskinan (*financial protection*) dan peningkatan derajat kesehatan secara keseluruhan melalui pemerataan akses pelayanan. Namun, dalam implementasinya, sistem ini senantiasa dihadapkan pada tantangan keberlanjutan fiskal, inefisiensi alokasi, dan kesenjangan geografis. Selama masa krisis seperti pandemi, tekanan terhadap sistem keuangan rumah sakit dan anggaran negara meningkat drastis akibat lonjakan biaya perawatan pasien dan keterlambatan klaim (Ambarwati, 2021). Bagi mahasiswa promosi kesehatan, kemampuan memilih strategi pembiayaan kesehatan alternatif menjadi kompetensi esensial untuk mengatasi keterbatasan anggaran operasional, terutama di daerah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T).

Tantangan pembiayaan di daerah 3T sangat kompleks, mulai dari tingginya biaya distribusi logistik promosi kesehatan hingga keterbatasan fasilitas kesehatan primer dalam menyerap dana kapitasi akibat kekurangan tenaga medis. Gangguan pada pelayanan kesehatan konvensional selama situasi darurat juga memperparah kesenjangan akses ini (Sarasnita, 2021). Untuk mengatasi hambatan tersebut, promotor kesehatan harus mampu mengidentifikasi dan memilih strategi pembiayaan alternatif yang inovatif, salah satunya melalui pemanfaatan teknologi digital dan kemitraan strategis.

⚠ PERHATIAN

Ketergantungan yang terlalu tinggi pada satu sumber pembiayaan (*single-source dependency*) dapat melumpuhkan program promosi kesehatan di daerah 3T apabila terjadi keterlambatan pencairan dana dari pemerintah pusat.

Sebagai contoh, di Kabupaten Asmat, Papua, keterbatasan transportasi fisik membuat penyuluhan kesehatan konvensional menjadi sangat mahal. Puskesmas setempat memodifikasi strategi dengan menerapkan layanan telemedicine dan konsultasi kesehatan berbasis digital untuk menjangkau kader di desa-desa terpencil (Lubis, 2021). Pembiayaan untuk kuota internet dan

perangkat digital tersebut tidak hanya mengandalkan dana BOK puskesmas, melainkan dikolaborasikan dengan dana desa (Alokasi Dana Desa) yang dialokasikan khusus untuk sektor kesehatan.

Implikasi dari pemilihan strategi pembiayaan alternatif yang berbasis kemitraan ini adalah terjaganya kesinambungan program promosi kesehatan tanpa harus lumpuh ketika anggaran puskesmas mengalami rasionalisasi. Mahasiswa harus dilatih untuk melakukan advokasi kepada pemerintah desa agar menyisihkan sebagian dari dana desa untuk mendukung program promotif-preventif lokal, seperti pengadaan bahan makanan tambahan di posyandu dan insentif kader kesehatan. Dengan demikian, tantangan keterbatasan pembiayaan dapat diselesaikan melalui diversifikasi sumber pendanaan yang sah dan akuntabel.

Selain pemanfaatan dana desa, strategi pembiayaan alternatif juga dapat diwujudkan melalui skema kemitraan pemerintah-swasta (*Public-Private Partnership*) dan *Corporate Social Responsibility* (CSR) dari perusahaan lokal yang beroperasi di wilayah tersebut. Sebagai ilustrasi, perusahaan tambang atau perkebunan kelapa sawit di daerah terpencil dapat diajak berkolaborasi untuk mendanai kampanye kesehatan lingkungan atau pencegahan malaria bagi masyarakat sekitar hutan. Pendekatan ini tidak hanya meringankan beban anggaran sektor publik, tetapi juga menciptakan rasa kepemilikan bersama terhadap status kesehatan masyarakat di wilayah lingkaran industri.

G. Implikasi Pembiayaan terhadap Program Promosi Kesehatan

Kebijakan pembiayaan kesehatan memiliki implikasi langsung dan mendalam terhadap desain, jangkauan, dan efektivitas program promosi kesehatan di masyarakat. Ketika arah pembiayaan nasional bergeser dari sistem berbasis input (*input-based*) ke arah sistem berbasis luaran (*outcome-based*), seluruh arsitektur intervensi promosi kesehatan harus disesuaikan. Mahasiswa promosi kesehatan dituntut untuk mampu memodifikasi rancangan program agar selaras dengan prioritas kebijakan pembiayaan nasional tersebut. Program promosi kesehatan tidak lagi dinilai dari seberapa banyak brosur yang dibagikan atau seberapa sering penyuluhan dilakukan, melainkan dari seberapa besar perubahan perilaku yang terjadi dan kontribusinya terhadap penurunan angka kesakitan.

Perubahan paradigma pembiayaan ini mengharuskan promotor kesehatan untuk menguasai teknik komunikasi publik dan edukasi yang efektif guna memastikan kepatuhan masyarakat terhadap protokol kesehatan dan program

pencegahan penyakit (Riyadi, 2021). Sebagai contoh, pada program vaksinasi nasional, keberhasilan penyerapan anggaran vaksinasi sangat bergantung pada efektivitas komunikasi publik dalam mengatasi keraguan masyarakat terhadap keamanan vaksin (Dewi, 2021). Hal ini sejalan dengan kajian literatur mengenai penanganan pandemi di Indonesia yang menunjukkan bahwa komunikasi publik dan edukasi yang terstruktur merupakan kunci keberhasilan program kesehatan darurat (Ilham, 2021). Jika komunikasi publik gagal, maka investasi besar pemerintah dalam pengadaan vaksin akan menjadi kurang optimal karena rendahnya partisipasi masyarakat.

CONTOH

Dinas Kesehatan Kota Surabaya memodifikasi rancangan program promosi kesehatan pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) dengan mengaitkan insentif kader Jumantik (Juru Pemantau Jentik) langsung dengan indikator Angka Bebas Jentik (ABJ) di wilayah RT masing-masing. Sebelum kebijakan ini diterapkan, kader dibayar secara tetap berdasarkan jumlah kunjungan rumah (*input-based*). Setelah dimodifikasi menjadi berbasis luaran (*outcome-based*) di mana insentif dicairkan penuh jika ABJ di wilayahnya mencapai minimal 95%, terjadi peningkatan partisipasi aktif masyarakat dan penurunan kasus DBD secara signifikan.

Implikasi praktis bagi mahasiswa dalam merancang program promosi kesehatan adalah keharusan untuk menyertakan indikator kinerja utama (*Key Performance Indicators*) yang terukur dan berorientasi pada hasil sejak awal perencanaan. Setiap proposal kegiatan promosi kesehatan harus mampu menjawab pertanyaan kritis mengenai bagaimana kegiatan tersebut dapat menurunkan beban biaya kuratif di rumah sakit. Dengan mengaitkan intervensi perubahan perilaku langsung pada penghematan biaya kesehatan jangka panjang, program promosi kesehatan akan memiliki posisi tawar yang kuat dalam perebutan alokasi anggaran di tingkat daerah maupun nasional. Hal ini sekaligus membuktikan bahwa promosi kesehatan bukanlah sektor konsumtif yang menghabiskan anggaran, melainkan investasi strategis yang menghasilkan efisiensi pembiayaan kesehatan jangka panjang.

Secara keseluruhan, implikasi pembiayaan ini menegaskan bahwa seorang promotor kesehatan modern harus bertindak sebagai arsitek program yang cerdas secara finansial. Penguasaan terhadap instrumen pembiayaan, mulai dari analisis efektivitas biaya hingga pemanfaatan skema JKN, memungkinkan program promosi kesehatan bertransformasi dari sekadar kegiatan seremonial menjadi intervensi yang presisi, berdampak luas, dan berkelanjutan. Dengan

menyelaraskan rancangan program dengan mekanisme pembiayaan nasional, mahasiswa tidak hanya berkontribusi pada pencapaian target kesehatan masyarakat, tetapi juga memperkuat ketahanan sistem kesehatan nasional secara menyeluruh.

H. Rangkuman

Pembiayaan kesehatan yang kokoh bertumpu pada tiga fungsi struktural utama—pengumpulan dana (*revenue collection*), penyatuan risiko (*risk pooling*), dan pembelian layanan (*purchasing*)—yang secara kolektif menentukan keberlanjutan, efisiensi, dan keadilan akses layanan bagi seluruh lapisan masyarakat. Dalam lanskap kebijakan Indonesia saat ini, transformasi sistem kesehatan pasca-penghapusan ketentuan belanja wajib (*mandatory spending*) menuntut para praktisi promosi kesehatan untuk mengadopsi paradigma penganggaran berbasis kinerja yang ketat dan berorientasi pada hasil (*value-based purchasing*). Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan bertindak sebagai instrumen strategis untuk mencapai cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage*), sekaligus menjadi ruang integrasi bagi program promotif dan preventif di tingkat pelayanan primer. Melalui skema pembiayaan seperti dana kapitasi, non-kapitasi, dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), puskesmas didorong untuk menggeser fokus dari sekadar pelayanan kuratif (*sick care*) menuju pemeliharaan kesehatan yang komprehensif (*health care*). Implementasi taktis program seperti Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) dan pemanfaatan data skrining kesehatan digital melalui Mobile JKN membuktikan bahwa intervensi promosi kesehatan yang terstruktur mampu menekan beban penyakit kronis sekaligus meningkatkan efisiensi anggaran daerah. Oleh karena itu, penguasaan analisis efektivitas biaya (*cost-effectiveness analysis*) serta kemampuan mengidentifikasi komponen biaya secara presisi menjadi kompetensi krusial bagi sarjana terapan promosi kesehatan. Penguasaan ini tidak hanya penting untuk menyusun rencana anggaran yang realistis di tingkat puskesmas, melainkan juga untuk mengadvokasi alokasi anggaran yang inklusif, adil, dan ramah disabilitas guna menjamin pemenuhan hak asasi atas kesehatan secara berkelanjutan.

Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana penghapusan ketentuan belanja wajib (*mandatory spending*) dalam regulasi kesehatan terbaru di Indonesia memengaruhi posisi tawar program promosi kesehatan di tingkat puskesmas. Kemukakan strategi taktis yang harus diambil oleh seorang promotor kesehatan agar program promotif-preventif tetap mendapatkan porsi anggaran yang memadai.
2. Bandingkan fungsi penyatuan risiko (*risk pooling*) dan pembelian layanan (*purchasing*) dalam sistem pembiayaan kesehatan. Evaluasilah bagaimana kedua fungsi tersebut dapat dioptimalkan oleh puskesmas untuk mendukung keberlanjutan program pencegahan penyakit tidak menular (PTM) di wilayah kerjanya.
3. Telaah peran Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) sebagai jembatan integrasi antara skema pembiayaan JKN dan upaya promosi kesehatan primer. Analisis bagaimana program ini mampu mengubah paradigma pelayanan dari *sick care* menjadi *health care* secara nyata di tingkat puskesmas.
4. Rumuskan sebuah rancangan analisis efektivitas biaya (*cost-effectiveness analysis*) sederhana untuk mengadvokasi program penyuluhan gizi seimbang dalam penanganan stunting kepada pengambil kebijakan daerah. Argumen kuantitatif dan kualitatif apa saja yang harus Anda tonjolkan untuk meyakinkan mereka?
5. Evaluasi bagaimana prinsip inklusivitas dan pemenuhan hak asasi manusia dapat diintegrasikan ke dalam perencanaan anggaran promosi kesehatan yang bersumber dari dana kapitasi JKN. Berikan contoh konkret hambatan operasional dan solusinya bagi kelompok penyandang disabilitas.

b. Pilihan Berganda

1. Manakah dari berikut ini yang merupakan definisi paling tepat dari fungsi penyatuan risiko (*risk pooling*) dalam pembiayaan kesehatan?
 - a. Proses pengumpulan dana dari berbagai sumber pemerintah untuk membiayai infrastruktur fisik puskesmas.
 - b. Akumulasi dan pengelolaan dana keuangan untuk mengalihkan risiko biaya perawatan dari individu ke kelompok.
 - c. Mekanisme pembelian layanan kesehatan bernilai tinggi berdasarkan analisis efektivitas biaya.

- d. Pembagian kepesertaan jaminan kesehatan menjadi kelompok penerima bantuan iuran dan non-penerima bantuan.
2. Penghapusan *mandatory spending* dalam regulasi kesehatan terbaru di Indonesia menuntut promotor kesehatan di puskesmas untuk beralih ke strategi:
 - a. Pengajuan anggaran berbasis historis tanpa evaluasi kinerja.
 - b. Penyusunan rencana anggaran berbasis kinerja yang menunjukkan hasil riil intervensi.
 - c. Ketergantungan penuh pada pengeluaran langsung masyarakat (*out-of-pocket*).
 - d. Pengurangan volume program promotif dan pengalihan fokus ke pelayanan kuratif.
3. Dalam penyusunan anggaran program pencegahan penyakit tidak menular (PTM) di Puskesmas Jatinegara, biaya koordinasi lintas sektor dikategorikan sebagai:
 - a. Biaya langsung operasional
 - b. Biaya investasi jangka panjang
 - c. Biaya tidak langsung
 - d. Biaya kapitasi murni
4. Pergeseran metode pembayaran dari historis ke arah pembelian layanan yang bernilai tinggi dalam transformasi sistem kesehatan disebut sebagai:
 - a. *Revenue collection*
 - b. *Risk pooling*
 - c. *Value-based purchasing*
 - d. *Out-of-pocket payment*
5. Kelompok kepesertaan JKN yang iuran bulanannya ditanggung sepenuhnya oleh pemerintah melalui APBN disebut sebagai kelompok:
 - a. Penerima Bantuan Iuran (PBI)
 - b. Non-Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI)
 - c. Pekerja Penerima Upah (PPU)
 - d. Peserta Mandiri Sejahtera
6. Manakah dari program berikut di tingkat puskesmas yang secara spesifik mengintegrasikan aktivitas fisik, edukasi kelompok, dan pemantauan kesehatan pasien diabetes melitus dengan dukungan dana JKN?
 - a. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)
 - b. Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis)
 - c. Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Puskesmas Keliling

- d. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) Lansia Mandiri
- 7. Untuk meningkatkan kinerja FKTP, puskesmas dapat memanfaatkan data skrining riwayat kesehatan dari aplikasi Mobile JKN guna mengusulkan pembiayaan melalui mekanisme:
 - a. Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik
 - b. Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBKP)
 - c. Dana Dekonsentrasi Provinsi
 - d. Pembayaran langsung (*fee-for-service*)
- 8. Sumber pembiayaan promosi kesehatan di puskesmas yang berasal dari Dana Alokasi Khusus (DAK) Non-Fisik pemerintah pusat dikenal dengan istilah:
 - a. Dana Kapitasi BPJS
 - b. Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)
 - c. Pendapatan Asli Daerah (PAD)
 - d. Dana Hibah Sektoral
- 9. Penyediaan materi edukasi kesehatan dalam format braille atau video dengan juru bahasa isyarat pada program Prolanis merupakan perwujudan dari prinsip JKN yaitu:
 - a. Efisiensi biaya kuratif
 - b. Akuntabilitas keuangan publik
 - c. Aksesibilitas dan inklusivitas bagi penyandang disabilitas
 - d. Pembelian layanan bernilai tinggi
- 10. Mengapa analisis efektivitas biaya (*cost-effectiveness analysis*) sangat penting bagi promotor kesehatan saat mengajukan anggaran ke dinas kesehatan?
 - a. Agar puskesmas dapat menaikkan tarif layanan kuratif secara mandiri.
 - b. Untuk membuktikan bahwa biaya promosi kesehatan lebih murah dibanding biaya pengobatan penyakit kronis.
 - c. Sebagai syarat administratif pengalihan status puskesmas menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).
 - d. Untuk menghapus kewajiban pelaporan pertanggungjawaban keuangan bulanan.

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Puskesmas Sukamaju mencatat lonjakan kasus hipertensi dan diabetes melitus yang signifikan dalam dua tahun terakhir, yang berdampak pada tingginya rujukan ke rumah sakit dan rendahnya angka kontak KBKP (Kapasitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan). Di sisi lain, dana

kapitasi yang diterima puskesmas lebih banyak terserap untuk belanja obat-obatan kuratif dan jasa pelayanan medis, sementara alokasi untuk kegiatan penyuluhan luar gedung sangat minim. Sebagai lulusan Sarjana Terapan Promosi Kesehatan yang baru ditempatkan di puskesmas tersebut, Anda diminta oleh Kepala Puskesmas untuk merestrukturisasi pemanfaatan dana kapitasi dan non-kapitasi guna mengoptimalkan program promotif-preventif tanpa mengganggu stabilitas pelayanan klinis harian. Analisis situasi pembiayaan di atas, lalu rumuskan strategi integrasi program Prolanis menggunakan dana operasional JKN serta susunlah 3 prioritas alokasi anggaran promotif-preventif yang berbasis kinerja untuk diajukan dalam lokakarya mini puskesmas.

2. Di wilayah kerja Puskesmas Harapan Bangsa, terdapat komunitas penyandang disabilitas sensorik (rungu dan netra) yang cukup besar. Selama ini, mereka tidak pernah terlibat dalam kegiatan edukasi kesehatan kelompok maupun skrining PTM karena keterbatasan akses informasi dan fisik. Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) puskesmas sebenarnya tersedia, namun belum pernah dialokasikan untuk memfasilitasi kebutuhan khusus kelompok ini karena kurangnya pemahaman staf puskesmas dalam menyusun rencana usulan kegiatan (RUK) yang inklusif. Anda ditugaskan untuk merancang sebuah program intervensi promosi kesehatan yang ramah disabilitas dengan memanfaatkan peluang pembiayaan yang ada. Berdasarkan prinsip ekuitas dan hak asasi manusia dalam sistem JKN, evaluasilah hambatan aksesibilitas yang dihadapi komunitas tersebut. Selanjutnya, susunlah draf usulan anggaran program promosi kesehatan inklusif dengan mengidentifikasi komponen biaya langsung dan tidak langsung yang relevan.

BAB 11

ISU STRATEGIS KEBIJAKAN KESEHATAN GLOBAL

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mengimplementasikan indikator Sustainable Development Goals (SDGs) bidang kesehatan dalam merancang program promosi kesehatan di tingkat puskesmas.
2. Menentukan strategi promosi kesehatan yang efektif untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai wujud Universal Health Coverage (UHC).
3. Menggunakan data transisi demografi lokal untuk memodifikasi intervensi promosi kesehatan bagi kelompok lanjut usia.
4. Mendemonstrasikan penggunaan media digital dan aplikasi kesehatan dalam menyebarkan pesan edukasi kesehatan masyarakat.
5. Menerapkan prinsip ekuitas (equity) kesehatan dalam memilih prioritas sasaran intervensi promosi kesehatan pada populasi rentan.

B. Pendahuluan

Dinamika kesehatan global saat ini tidak lagi dibatasi oleh sekat-sekat geografis negara. Penyakit menular baru, beban ganda penyakit (double burden of diseases), hingga krisis iklim yang berdampak pada kesehatan manusia memerlukan respons kebijakan yang terintegrasi secara global. Bagi mahasiswa Program Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, memahami isu strategis kebijakan kesehatan global bukan sekadar memperluas cakrawala teoretis, melainkan sebuah kebutuhan mendesak untuk menjembatani kebijakan makro dunia dengan aksi mikro di komunitas. Epidemiologi memberikan alat analisis untuk melihat bagaimana tren global, seperti perubahan pola penyakit dan mobilitas populasi, memengaruhi derajat kesehatan masyarakat di tingkat lokal.

Tanpa pemahaman kebijakan global yang kuat, intervensi promosi kesehatan yang dirancang berisiko menjadi tidak relevan, tidak berkelanjutan, dan gagal menjawab tantangan zaman yang kian kompleks.

Sebagai calon praktisi promosi kesehatan, mahasiswa dituntut untuk mampu menerjemahkan komitmen-komitmen global menjadi program edukasi dan advokasi yang membumi. Ketika dunia menyepakati target-target kesehatan tertentu, peran promotor kesehatan adalah merumuskan strategi komunikasi perubahan perilaku yang dapat diterima oleh masyarakat adat, komunitas urban, maupun populasi marjinal. Pendekatan epidemiologi dalam bab ini akan membantu mahasiswa memetakan kesenjangan kesehatan, menganalisis determinan sosial, dan merancang intervensi berbasis bukti (evidence-based intervention). Penguasaan aspek ini memastikan bahwa setiap program promosi kesehatan yang diimplementasikan tidak hanya bersifat reaktif terhadap masalah sesaat, tetapi juga proaktif dan sejalan dengan arah pembangunan kesehatan internasional.

Untuk membekali mahasiswa dengan kompetensi tersebut, bab ini akan mengupas lima pilar utama isu strategis kebijakan kesehatan global. Pembahasan dimulai dengan implementasi Sustainable Development Goals (SDGs) bidang kesehatan dan perwujudan Universal Health Coverage (UHC) dalam sistem jaminan kesehatan nasional. Selanjutnya, bab ini menguraikan tantangan transisi demografi yang mengubah struktur populasi, disusul dengan pemanfaatan digitalisasi pelayanan kesehatan sebagai akselerator promosi kesehatan modern. Bagian akhir bab ini akan menekankan pentingnya prinsip ekuitas (equity) dalam mengatasi ketimpangan akses kesehatan global. Melalui kombinasi teori epidemiologi dan studi kasus riil di Indonesia, mahasiswa diharapkan mampu mengaplikasikan konsep-konsep global ini ke dalam praktik promosi kesehatan yang inklusif dan berdampak nyata.



Gambar 11. 1. Keterkaitan Isu Strategis Kesehatan Global

C. Sustainable Development Goals (SDGs) Bidang Kesehatan

Pembangunan kesehatan global saat ini dipandu oleh agenda pembangunan berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang ditargetkan tercapai pada tahun 2030. Di dalam dokumen SDGs, sektor kesehatan terpusat pada Tujuan 3, yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan bagi semua orang di semua usia. Bagi seorang promotor kesehatan di tingkat puskesmas, indikator-indikator global ini tidak boleh hanya dipandang sebagai dokumen politis, melainkan harus diterjemahkan menjadi rencana aksi lokal yang taktis. Pendekatan epidemiologi digunakan untuk mengidentifikasi kesenjangan pencapaian indikator SDGs di wilayah kerja, sehingga program intervensi dapat diarahkan secara tepat sasaran.

Mengimplementasikan indikator SDGs memerlukan pemahaman mendalam tentang keterkaitan antarsektor, termasuk bagaimana sektor kesehatan bersinggungan dengan sektor ekonomi global seperti standarisasi produk halal untuk pasar ekspor (Qoni'ah, 2022). Sebagai contoh, pencapaian target penurunan angka kematian ibu dan bayi sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan ibu, akses air bersih, dan kondisi kemiskinan di wilayah tersebut (Adhitya dkk., 2022). Oleh karena itu, dalam menyusun Program Kesehatan di puskesmas, analisis epidemiologi deskriptif mengenai distribusi penyakit dan determinan sosialnya mutlak diperlukan. Promotor kesehatan harus mampu mengawinkan data kuantitatif tersebut dengan strategi komunikasi perubahan perilaku guna memastikan masyarakat mengadopsi kebiasaan hidup sehat secara berkelanjutan.

Salah satu tantangan nyata dalam SDGs Target 3.7 adalah menjamin akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk pencegahan anemia pada remaja putri yang menjadi hulu dari masalah kematian ibu dan stunting. Di Indonesia, prevalensi anemia pada remaja masih tergolong tinggi dan memerlukan penanganan sistematis (Khobibah dkk., 2021). Guna menjembatani target global ini dengan aksi lokal, promotor kesehatan di Puskesmas Sukamaju, Kabupaten Sumedang, menerapkan program kemitraan berbasis sekolah. Mereka tidak hanya membagikan Tablet Tambah Darah (TTD), tetapi juga melatih konselor sebaya untuk memantau kepatuhan konsumsi tablet tersebut secara mandiri. Integrasi program kesehatan ke dalam aktivitas sekolah ini sejalan dengan upaya pengembangan kapasitas dan kompetensi masa depan peserta didik melalui penyesuaian kurikulum yang relevan (Wahid, 2021). Melalui pemantauan status gizi dan edukasi berkala, puskesmas ini berhasil menurunkan angka kejadian anemia remaja di wilayah kerjanya, yang secara langsung berkontribusi pada pencapaian indikator SDGs tingkat daerah.

Untuk memberikan gambaran yang jelas mengenai bagaimana target-target SDGs bidang kesehatan dapat diturunkan menjadi intervensi operasional, rancangan kerja promotor kesehatan disajikan pada tabel di bawah ini.

Tabel 11. 1. Matriks Operasionalisasi Target SDGs Bidang Kesehatan di Tingkat Puskesmas

Target SDGs	Indikator Nasional	Program Kesehatan Puskesmas	Strategi Promosi Kesehatan
Target 3.1 Menurunkan angka kematian ibu	Cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan	Program Kelas Ibu Hamil dan pendampingan kader	Kemitraan dengan tokoh masyarakat dan dukun bayi untuk rujukan aman
Target 3.2 Mengakhiri kematian bayi baru lahir	Angka Kematian Neonatal (AKN) per 1.000 kelahiran hidup	Kunjungan rumah neonatus (KN) dan edukasi perawatan bayi	Kampanye ASI eksklusif dan metode kanguru untuk bayi berat lahir rendah
Target 3.7 Akses kesehatan reproduksi	Persentase remaja putri yang mengonsumsi TTD	Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) di Sekolah	Edukasi gizi seimbang dan pembentukan konselor sebaya (<i>peer educator</i>)
Target 3.9 Mengurangi kematian akibat polusi	Persentase rumah tangga dengan akses sanitasi layak	Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)	Pemicuan perubahan perilaku stop buang air besar sembarangan

Tabel 11.1 menunjukkan bahwa setiap target makro dalam SDGs dapat dipecah menjadi indikator kinerja lokal yang operasional. Melalui integrasi epidemiologi dan Promosi Kesehatan, puskesmas dapat menyusun prioritas kerja yang tidak hanya berfokus pada aspek kuratif, tetapi juga menyentuh akar permasalahan lingkungan dan perilaku sosial masyarakat.

D. Universal Health Coverage (UHC)

Universal Health Coverage (UHC) atau Cakupan Kesehatan Semesta memastikan bahwa semua orang memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan komprehensif yang bermutu, tanpa harus mengalami kesulitan finansial. Di Indonesia, komitmen global ini diwujudkan melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Negara memegang tanggung jawab penuh dalam menjamin hak konstitusional atas kesehatan bagi setiap warga negaranya melalui skema pembiayaan yang berkeadilan (Fadhillah dkk., 2025). Namun, tercapainya UHC secara administratif tidak serta-merta menjamin pemanfaatan layanan yang optimal jika masyarakat tidak memiliki literasi kesehatan yang memadai untuk menggunakan hak-hak mereka secara bijak.

Dalam konteks ini, Promosi Kesehatan memainkan peran penting sebagai katalisator partisipasi aktif masyarakat dalam JKN. Masalah yang sering dihadapi adalah tingginya angka kepesertaan non-aktif akibat kurangnya pemahaman tentang sistem rujukan berjenjang dan pentingnya prinsip gotong royong dalam iuran kesehatan. Selain itu, fluktuasi kondisi keuangan fasilitas kesehatan, terutama pasca-pandemi, menuntut efisiensi sistem rujukan agar pelayanan tetap berjalan optimal (Ambarwati, 2021). Promotor kesehatan harus merancang strategi komunikasi yang efektif untuk mengedukasi masyarakat bahwa JKN bukan sekadar alat kuratif saat sakit, melainkan instrumen perlindungan sosial yang berbasis pada pencegahan penyakit di tingkat primer.

i CATATAN

Keberhasilan UHC sangat bergantung pada penguatan pelayanan kesehatan primer (Puskesmas). Upaya promotif dan preventif yang terstruktur dapat menekan angka kunjungan kasus penyakit katastrofik di rumah sakit, sehingga menjaga keberlanjutan fiskal dana jaminan kesehatan nasional.

Guna mengoptimalkan kepesertaan aktif, promotor kesehatan perlu memetakan posisi dan peran layanan komunitas di dalam Sistem Kesehatan nasional (Sutrisna dkk., 2021). Sebagai contoh nyata, Dinas Kesehatan Kota Surabaya menerapkan strategi "Jemput Bola JKN" di wilayah padat penduduk. Promotor kesehatan berkolaborasi dengan kader PKK dan perangkat RT/RW untuk melakukan edukasi kelompok kecil mengenai manfaat kepesertaan JKN aktif dan tata cara akses layanan di FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama). Mereka menggunakan alat peraga interaktif dan simulasi digital untuk menjelaskan alur rujukan. Hasilnya, kesadaran masyarakat untuk membayar iuran tepat waktu meningkat, dan pemanfaatan posyandu serta puskesmas sebagai gerbang utama pelayanan kesehatan menjadi lebih optimal, yang pada gilirannya mengurangi penumpukan pasien di rumah sakit rujukan.

E. Transisi Demografi dan Tantangan Kesehatan

Indonesia saat ini tengah mengalami transisi demografi yang ditandai dengan penurunan angka kelahiran dan peningkatan usia harapan hidup. Fenomena ini menyebabkan perubahan struktur usia penduduk, di mana proporsi kelompok lanjut usia (lansia) terus meningkat secara signifikan. Secara epidemiologis, perubahan struktur demografi ini diikuti by transisi epidemiologi, yaitu pergeseran beban penyakit dari penyakit menular menjadi didominasi oleh Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, dan stroke. Kondisi beban ganda penyakit ini menuntut perubahan paradigma dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat.

Menghadapi fenomena penuaan populasi (*aging population*), promotor kesehatan tidak dapat lagi menggunakan metode edukasi konvensional yang bersifat satu arah. Intervensi Promosi Kesehatan harus dimodifikasi secara spesifik berdasarkan karakteristik fisik, kognitif, dan sosial kelompok lansia setempat. Pendekatan gaya hidup sehat harus ditanamkan sejak dini melalui pendidikan jasmani dan pembiasaan aktivitas fisik guna membangun fondasi kesehatan yang kokoh sebelum memasuki usia senja (Mulyana dkk., 2024). Di tingkat komunitas, pemanfaatan modal sosial lokal menjadi kunci utama untuk menggerakkan partisipasi lansia dalam program-program promotif dan preventif (Januraga, 2024).

CONTOH

Di Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta, yang memiliki proporsi lansia cukup tinggi, promotor kesehatan memodifikasi program Posyandu Lansia tradisional menjadi "Posyandu Lansia SMART" (Sehat, Mandiri, Aktif, Regulasi diri, dan Terintegrasi). Modifikasi ini dilakukan dengan memanfaatkan modal sosial berupa paguyuban karawitan dan pengajian lokal sebagai media penyampaian pesan kesehatan. Edukasi mengenai pencegahan hipertensi dan senam sendi disisipkan di sela-sela latihan kesenian tradisional. Modifikasi metode intervensi yang ramah budaya ini terbukti meningkatkan angka kehadiran lansia di posyandu dari 45% menjadi 85%, serta berhasil memantau kepatuhan minum obat penderita hipertensi secara lebih efektif di tingkat rukun tetangga.

Dengan memodifikasi intervensi berdasarkan data demografi lokal, promotor kesehatan dapat menciptakan lingkungan yang mendukung lansia untuk tetap mandiri dan produktif. Penyesuaian ini tidak hanya meningkatkan kualitas hidup kelompok lansia, tetapi juga secara signifikan menurunkan beban pembiayaan kuratif akibat komplikasi PTM di tingkat rujukan sekunder.

F. Digitalisasi Pelayanan Kesehatan

Akselerasi teknologi informasi telah mengubah lanskap pelayanan kesehatan global secara radikal. Digitalisasi pelayanan kesehatan, yang mencakup penggunaan rekam medis elektronik, aplikasi kesehatan seluler (*mobile health*), hingga layanan konsultasi jarak jauh (*telemedicine*), kini menjadi pilar penting dalam Transformasi Sistem Kesehatan. Di Indonesia, kebijakan e-government dalam pelayanan publik mendorong integrasi data kesehatan melalui platform SatuSehat yang diinisiasi oleh Kementerian Kesehatan (Lampung dkk., 2021). Bagi praktisi Promosi Kesehatan, digitalisasi ini membuka peluang emas untuk mendiseminasi pesan edukasi secara lebih personal, cepat, dan menjangkau wilayah geografis yang sebelumnya sulit diakses.

Penggunaan teknologi digital dalam kesehatan terbukti mampu memotong jalur birokrasi dan meningkatkan efisiensi rujukan. Selama masa krisis kesehatan, seperti pandemi, *telemedicine* terbukti menjadi solusi efektif untuk menyediakan pelayanan medis tanpa mengharuskan pasien datang langsung ke fasilitas kesehatan, sehingga meminimalkan risiko penularan (Lubis, 2021). Selain itu, perkembangan riset nanobioteknologi dan komposit material canggih di tingkat global turut memicu lahirnya alat deteksi dini penyakit portabel yang terhubung langsung dengan aplikasi ponsel pintar (Hardiansyah, 2024).

Promotor kesehatan harus mampu mendemonstrasikan dan mengedukasi masyarakat tentang cara memanfaatkan inovasi teknologi ini agar mereka dapat mengelola kesehatan secara mandiri.

⚠ PERHATIAN

Digitalisasi tanpa disertai dengan edukasi literasi digital berisiko memperlebar jurang pemisah kesehatan (*digital divide*). Kelompok masyarakat dengan tingkat ekonomi rendah dan lansia sering kali mengalami kesulitan dalam mengoperasikan aplikasi kesehatan, sehingga memerlukan pendampingan khusus dari kader kesehatan di lapangan.

Sebagai bentuk penerapan praktis, Puskesmas Kebayoran Baru di Jakarta Selatan mengembangkan kampanye kesehatan digital terintegrasi untuk mengendalikan obesitas pada usia produktif. Promotor kesehatan mendemonstrasikan penggunaan aplikasi pemantau aktivitas fisik dan pola makan harian kepada para pekerja kantoran melalui lokakarya interaktif. Mereka juga memanfaatkan fitur pesan siaran otomatis pada WhatsApp Group kader posbindu untuk mengirimkan infografis gizi seimbang setiap pagi. Hasil evaluasi program menunjukkan bahwa pemanfaatan media digital ini secara signifikan meningkatkan pengetahuan sasaran mengenai kalori makanan dan mendorong perubahan perilaku olahraga teratur, membuktikan bahwa teknologi digital yang dikelola dengan baik dapat menjadi akselerator perubahan perilaku kesehatan yang masif.

G. Equity dan Isu Global Kesehatan

Ekuitas (*equity*) dalam kesehatan berarti memastikan bahwa setiap individu memiliki kesempatan yang adil untuk mencapai potensi kesehatan mereka yang setinggi-tingginya, tanpa dihalangi oleh kendala sosial, ekonomi, demografi, maupun geografis. Konsep ekuitas berbeda dengan kesetaraan (*equality*); kesetaraan memberikan sumber daya yang sama kepada semua orang, sedangkan ekuitas mendistribusikan sumber daya berdasarkan kebutuhan spesifik masing-masing kelompok guna mengatasi ketimpangan awal. Hak atas kesehatan adalah bagian dari Hak Asasi Manusia yang wajib dilindungi oleh negara melalui kebijakan publik yang inklusif dan memihak pada kelompok marjinal (Kurniawan, 2021).

Dalam merancang intervensi Promosi Kesehatan, penerapan prinsip ekuitas menuntut promotor kesehatan untuk mengidentifikasi dan memprioritaskan populasi rentan, seperti penyandang disabilitas, masyarakat miskin kota, perempuan di sektor informal, dan masyarakat di wilayah terpencil. Sering kali, kebijakan kesehatan yang bersifat umum gagal menjangkau kelompok-kelompok ini karena adanya hambatan aksesibilitas fisik dan sosial (Pudjiastuti dkk., 2022). Sebagai contoh, ketimpangan gender di sektor ketenagakerjaan sering kali membuat pekerja perempuan memiliki akses yang lebih rendah terhadap fasilitas sanitasi dan jaminan kesehatan kerja yang layak (Nuraeni & Suryono, 2021). Oleh karena itu, analisis epidemiologi sosial sangat penting untuk memetakan distribusi determinan kesehatan ini secara spasial dan sosial.

DEFINISI

Ekuitas Kesehatan adalah prinsip moral dan keadilan sosial yang mengarahkan pembagian sumber daya kesehatan secara proporsional kepada kelompok yang paling membutuhkan guna meminimalkan ketimpangan derajat kesehatan yang sistematis dan dapat dihindari.

Penerapan nyata prinsip ekuitas ini dapat dilihat pada program penanggulangan tuberkulosis (TBC) yang dijalankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang, Nusa Tenggara Timur. Wilayah kerja yang berbukit-bukit dan minimnya transportasi umum membuat masyarakat miskin di desa terpencil kesulitan melakukan pemeriksaan dahak ke puskesmas. Promotor kesehatan menerapkan prinsip ekuitas dengan mengalokasikan anggaran operasional lebih besar untuk mendanai "Posko Ketuk Pintu TBC" di wilayah-wilayah terisolasi tersebut.

Petugas kesehatan bersama kader lokal mendatangi langsung rumah-rumah warga miskin untuk melakukan skrining gejala, mengambil sampel dahak, dan mengantarkannya ke laboratorium puskesmas menggunakan motor operasional khusus. Pendekatan ini memastikan bahwa masyarakat di wilayah terpencil mendapatkan kualitas pelayanan diagnosis yang setara dengan masyarakat perkotaan. Kebijakan afirmatif ini berhasil meningkatkan angka penemuan kasus baru TBC secara signifikan di kalangan populasi rentan, sekaligus memutus rantai penularan penyakit di tingkat komunitas yang paling membutuhkan bantuan.

Rangkuman

Integrasi kebijakan kesehatan global ke dalam aksi lokal menuntut sinergi yang kokoh antara pendekatan epidemiologi deskriptif dan strategi promosi kesehatan yang taktis di tingkat pelayanan kesehatan primer. Agenda *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2030, khususnya Tujuan 3, bukan sekadar komitmen politis makro melainkan panduan operasional yang harus diterjemahkan menjadi indikator kinerja puskesmas yang terukur, seperti penurunan angka kematian ibu dan bayi, akses kesehatan reproduksi remaja, serta penyediaan sanitasi layak. Keberhasilan pencapaian target-target ini beririsan langsung dengan perwujudan *Universal Health Coverage* (UHC) melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dalam konteks UHC, peran promotor kesehatan sangat krusial sebagai katalisator peningkatan literasi kesehatan masyarakat guna mengoptimalkan pemanfaatan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) secara efisien, menegakkan sistem rujukan berjenjang, dan mencegah beban finansial akibat penyakit katastrofik yang mengancam ketahanan fiskal negara. Tantangan ini semakin kompleks seiring terjadinya transisi demografi dan epidemiologi di Indonesia, yang ditandai dengan fenomena penuaan populasi (*aging population*) dan pergeseran beban penyakit ke arah Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti hipertensi dan diabetes melitus. Menghadapi dinamika tersebut, promotor kesehatan program sarjana terapan dituntut mampu mengawinkan analisis data distribusi penyakit dengan modifikasi intervensi yang sensitif terhadap karakteristik fisik, kognitif, dan sosial kelompok sasaran. Melalui kemitraan lintas sektor, pemberdayaan masyarakat berbasis modal sosial lokal, serta penguatan upaya promotif-preventif yang terstruktur, praktisi promosi kesehatan dapat menjembatani kebijakan global menjadi gerakan akar rumput yang berdampak nyata pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara berkeadilan dan berkelanjutan.

Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana data epidemiologi deskriptif mengenai determinan sosial (seperti tingkat pendidikan ibu dan akses air bersih) dapat digunakan oleh seorang promotor kesehatan di puskesmas untuk merancang intervensi taktis guna mencapai Target SDGs 3.1 dan 3.2 di wilayah kerjanya.
2. Evaluasi hubungan antara rendahnya literasi kesehatan masyarakat mengenai sistem rujukan berjenjang JKN dengan risiko ketidakstabilan finansial dana jaminan kesehatan nasional akibat kasus penyakit katastrofik di rumah sakit rujukan.
3. Telaah bagaimana transisi demografi berupa peningkatan proporsi lansia (*aging population*) memengaruhi pergeseran strategi promosi kesehatan dari metode edukasi konvensional satu arah menuju pendekatan yang berbasis modal sosial lokal dan ramah lansia.
4. Rumuskan sebuah argumen mengenai efektivitas pembentukan konselor sebaya (*peer educator*) di sekolah sebagai strategi promosi kesehatan untuk mendukung pencapaian SDGs Target 3.7 terkait pencegahan anemia pada remaja putri di tingkat puskesmas.
5. Bandingkan peran promotif-preventif di tingkat pelayanan kesehatan primer (FKTP) dengan peran kuratif di rumah sakit dalam menjaga keberlanjutan program *Universal Health Coverage* (UHC) di Indonesia pasca-pandemi.

b. Pilihan Berganda

1. Tujuan 3 dalam Sustainable Development Goals (SDGs) berfokus pada sektor kesehatan global dengan target pencapaian pada tahun 2030. Apa fokus utama dari Tujuan 3 tersebut?
 - a. Mengakhiri kelaparan dan mencapai ketahanan pangan bagi seluruh masyarakat
 - b. Menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan bagi semua orang di semua usia
 - c. Memastikan pendidikan berkualitas yang layak dan inklusif untuk semua kelompok umur
 - d. Menjamin akses air bersih dan sanitasi yang layak serta berkelanjutan bagi semua warga
2. Puskesmas Sukamaju menerapkan program kemitraan berbasis sekolah untuk menekan angka anemia pada remaja putri guna mendukung

pencapaian SDGs Target 3.7. Strategi promosi kesehatan taktis apa yang digunakan untuk memantau kepatuhan konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) secara mandiri?

- a. Pembagian brosur gizi seimbang secara massal di lingkungan sekolah
 - b. Pelatihan konselor sebaya (peer educator) untuk pemantauan mandiri
 - c. Pemberian sanksi akademis bagi siswa yang tidak mengonsumsi TTD
 - d. Penyuluhan satu arah oleh dokter puskesmas setiap upacara bendera
3. Berdasarkan matriks operasionalisasi target SDGs di puskesmas, program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dengan strategi pemicuan perubahan perilaku stop buang air besar sembarangan merupakan bentuk intervensi langsung untuk mencapai target global yang mana?
- a. Target 3.1 (Menurunkan angka kematian ibu)
 - b. Target 3.2 (Mengakhiri kematian bayi baru lahir)
 - c. Target 3.7 (Menjamin akses kesehatan reproduksi)
 - d. Target 3.9 (Mengurangi kematian akibat polusi)
4. Universal Health Coverage (UHC) memastikan seluruh masyarakat mendapatkan akses pelayanan kesehatan komprehensif tanpa hambatan finansial. Di Indonesia, komitmen global ini diwujudkan melalui program nasional yang dikelola oleh lembaga apa?
- a. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan
 - b. Program Keluarga Harapan (PKH) yang dikelola oleh Kementerian Sosial
 - c. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) yang dikelola Kementerian Kesehatan
 - d. Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS) yang dikelola oleh Dinas Kesehatan
5. Salah satu tantangan utama dalam implementasi UHC di Indonesia adalah tingginya angka kepesertaan non-aktif JKN. Apa peran strategis promotor kesehatan untuk mengatasi masalah tersebut di tingkat komunitas?
- a. Memberikan bantuan finansial langsung untuk membayar tunggakan iuran warga

- b. Merancang strategi komunikasi edukatif mengenai prinsip gotong royong dalam iuran JKN
 - c. Mengambil alih fungsi administrasi pendaftaran kepesertaan di kantor BPJS Kesehatan
 - d. Membatasi pelayanan kesehatan bagi warga yang tidak memiliki kartu kepesertaan aktif
6. Mengapa penguatan pelayanan kesehatan primer (Puskesmas) melalui upaya promotif dan preventif yang terstruktur sangat menentukan keberlanjutan fiskal program UHC?
- a. Karena puskesmas dapat mengenakan tarif layanan yang lebih tinggi kepada pasien umum
 - b. Karena upaya tersebut dapat menekan angka kunjungan kasus penyakit katastrofik di rumah sakit
 - c. Karena puskesmas dapat membatasi jumlah rujukan pasien miskin ke fasilitas kesehatan lanjutan
 - d. Karena pelayanan primer berfokus pada pengadaan obat-obatan kuratif berbiaya rendah
7. Dinas Kesehatan Kota Surabaya menerapkan strategi "Jemput Bola JKN" dengan melibatkan kader PKK dan RT/RW. Apa tujuan utama dari penggunaan alat peraga interaktif dan simulasi digital dalam kegiatan tersebut?
- a. Mempercepat proses pencairan klaim biaya pengobatan dari rumah sakit rujukan
 - b. Menggantikan peran dokter spesialis dalam mendiagnosis penyakit kronis di masyarakat
 - c. Menjelaskan alur rujukan berjenjang dan meningkatkan kesadaran pembayaran iuran aktif
 - d. Mengurangi jumlah kunjungan pasien sehat ke fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)
8. Transisi demografi di Indonesia ditandai dengan penurunan angka kelahiran dan peningkatan usia harapan hidup. Fenomena ini secara langsung berdampak pada perubahan struktur usia penduduk berupa peningkatan proporsi kelompok apa?
- a. Bayi dan balita dengan risiko stunting tinggi
 - b. Remaja putri usia sekolah menengah pertama
 - c. Penduduk usia lanjut (aging population)
 - d. Ibu hamil dengan risiko tinggi persalinan

9. Seiring dengan transisi demografi, Indonesia juga menghadapi transisi epidemiologi. Pergeseran beban penyakit apa yang paling menonjol dalam transisi epidemiologi saat ini?
 - a. Dominasi penyakit menular tropis bergeser ke penyakit menular seksual
 - b. Dominasi penyakit menular bergeser ke Penyakit Tidak Menular (PTM) kronis
 - c. Dominasi penyakit gizi buruk bergeser ke penyakit infeksi saluran pernapasan
 - d. Dominasi kecelakaan kerja bergeser ke penyakit akibat kerja di sektor industri
10. Menghadapi tantangan penuaan populasi (aging population), promotor kesehatan dituntut untuk memodifikasi metode intervensinya. Pendekatan apa yang paling efektif diterapkan di tingkat komunitas?
 - a. Edukasi konvensional satu arah menggunakan media cetak berskala besar
 - b. Pemanfaatan modal sosial lokal dan modifikasi intervensi sesuai karakteristik lansia
 - c. Kampanye digital intensif melalui media sosial yang menasar kelompok usia produktif
 - d. Penyediaan layanan pengobatan kuratif gratis di posyandu tanpa melibatkan kader lokal

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Puskesmas Melati mencatat angka kematian ibu (AKI) yang masih tinggi di wilayah kerjanya. Analisis epidemiologi menunjukkan bahwa sebagian besar persalinan masih dilakukan di rumah dengan bantuan dukun bayi tanpa sertifikasi, meskipun puskesmas telah menyediakan layanan persalinan 24 jam. Faktor determinan sosial yang teridentifikasi adalah kuatnya kepercayaan adat lokal dan rendahnya tingkat pendidikan ibu hamil. Sebagai seorang promotor kesehatan lulusan Sarjana Terapan, Anda diminta untuk menyusun rancangan program kemitraan yang taktis guna mengalihkan rujukan persalinan dari dukun bayi ke fasilitas kesehatan tanpa memicu konflik sosial di masyarakat. Analisis situasi di atas dan rumuskan strategi kemitraan serta pesan kunci promosi kesehatan yang sensitif budaya untuk menurunkan AKI di wilayah tersebut.
2. Di Desa Karanganyar, cakupan kepesertaan JKN secara administratif telah mencapai 95%. Namun, data puskesmas menunjukkan bahwa 40%

dari kepesertaan tersebut berstatus non-aktif karena menunggak iuran mandiri. Warga menganggap iuran JKN sebagai beban karena mereka merasa sehat dan jarang memanfaatkan layanan puskesmas. Di sisi lain, rujukan kasus penyakit katastrofik seperti stroke dari desa tersebut ke rumah sakit daerah meningkat tajam dan membebani pembiayaan kesehatan. Evaluasi akar penyebab masalah kepesertaan non-aktif tersebut dan susunlah rencana aksi promosi kesehatan berbasis komunitas (misalnya strategi "Jemput Bola") untuk meningkatkan literasi kesehatan warga mengenai prinsip gotong royong JKN dan pentingnya pencegahan penyakit di FKTP.

BAB 12

STRATEGI ADVOKASI KEBIJAKAN KESEHATAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menentukan pendekatan advokasi kebijakan kesehatan yang tepat berdasarkan analisis situasi epidemiologi di tingkat lokal.
2. Mengimplementasikan langkah-langkah sistematis advokasi kebijakan kesehatan dalam merespons masalah kesehatan masyarakat.
3. Menyusun pesan advokasi kebijakan yang persuasif dan berbasis bukti data epidemiologi untuk pembuat kebijakan.
4. Memilih media kampanye kebijakan kesehatan yang efektif untuk menjangkau kelompok sasaran strategis.
5. Mendemonstrasikan teknik *public speaking* yang efektif dalam mempresentasikan draf kebijakan kesehatan di hadapan pemangku kepentingan.

B. Pendahuluan

Epidemiologi sering kali dipandang hanya sebatas pengumpulan data, analisis distribusi penyakit, dan identifikasi faktor risiko di atas kertas. Namun, bagi seorang sarjana terapan promosi kesehatan, data epidemiologi yang melimpah tidak akan memiliki dampak nyata bagi keselamatan publik jika tidak ditransformasikan menjadi kebijakan yang mengikat. Di sinilah urgensi advokasi kebijakan kesehatan menempati posisi krusial. Sebagai contoh, ketika data epidemiologi menunjukkan lonjakan kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) yang signifikan di suatu kabupaten di Indonesia akibat perubahan iklim, intervensi promosi kesehatan tidak boleh berhenti pada penyuluhan gerakan 3M Plus kepada masyarakat tingkat RT saja. Tenaga promosi kesehatan harus mampu mengadvokasi pemerintah daerah untuk menerbitkan Peraturan Bupati tentang Gerakan Satu Rumah Satu Juru Pemantau Jentik (Jumantik) yang

disertai alokasi anggaran daerah yang memadai. Implikasinya, tanpa keterampilan advokasi yang sistematis, rekomendasi berbasis bukti ilmiah hanya akan berakhir sebagai tumpukan laporan di laci meja birokrat, sementara angka kesakitan di populasi terus meningkat.

Advokasi kebijakan dalam promosi kesehatan merupakan jembatan yang menghubungkan temuan ilmiah dengan tindakan politik-praktis. Mahasiswa program sarjana terapan dituntut tidak hanya menguasai aspek teknis kesehatan, tetapi juga memiliki kepekaan taktis dalam memengaruhi pembuat keputusan. Proses ini membutuhkan pemahaman mendalam tentang bagaimana kekuasaan bekerja, bagaimana anggaran dialokasikan, dan bagaimana opini publik dibentuk. Melalui pendekatan yang terstruktur, mahasiswa belajar menerjemahkan angka-angka *odds ratio* atau *relative risk* menjadi narasi kemanusiaan yang menggugah nurani dan logika para pengambil kebijakan. Dengan demikian, advokasi menjadi instrumen utama untuk menciptakan perubahan lingkungan dan regulasi yang mendukung perilaku hidup sehat secara berkelanjutan di masyarakat.

Untuk membekali mahasiswa dengan kompetensi praktis tersebut, bab ini akan mengupas tuntas strategi dan instrumen penting dalam advokasi kebijakan kesehatan. Pembahasan akan diawali dengan pemahaman mendalam mengenai konsep advokasi kebijakan, diikuti dengan panduan praktis langkah-langkah advokasi kebijakan yang sistematis. Selanjutnya, mahasiswa akan dipandu dalam melakukan penyusunan pesan advokasi yang berbasis bukti, memilih dan memanfaatkan media kampanye kebijakan kesehatan secara optimal, hingga mendemonstrasikan teknik *public speaking* dalam advokasi guna meyakinkan para pemangku kepentingan. Melalui penguasaan materi-materi ini, mahasiswa diharapkan siap menjadi agen perubahan yang mampu mengawal lahirnya kebijakan publik yang berpihak pada kesehatan masyarakat.

Strategi Advokasi Kebijakan Kesehatan



Gambar 12. 1. Tahapan Strategi Advokasi Kebijakan Kesehatan

C. Konsep Advokasi Kebijakan

Advokasi kebijakan dalam promosi kesehatan bukan sekadar aktivitas melobi, melainkan sebuah upaya sistematis untuk memengaruhi para pembuat keputusan agar melahirkan regulasi yang melindungi kesehatan masyarakat. Dalam konteks epidemiologi, advokasi bertindak sebagai penerjemah data ilmiah menjadi tindakan politis. Pendekatan ini menuntut para praktisi promosi kesehatan untuk mampu menentukan strategi yang tepat berdasarkan analisis situasi epidemiologi riil di lapangan. Hak atas kesehatan merupakan hak asasi yang mendasar, dan negara memiliki kewajiban konstitusional untuk memenuhinya melalui kebijakan publik yang berpihak pada rakyat (Kurniawan, 2021). Oleh karena itu, advokasi kebijakan berfokus pada perubahan struktural, seperti undang-undang, peraturan daerah, hingga alokasi anggaran, guna menciptakan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Dalam menentukan pendekatan advokasi, seorang promotor kesehatan harus melihat dinamika sosial dan politik setempat. Pendekatan ini tidak dapat disamakan antarwilayah karena sangat bergantung pada modal sosial yang dimiliki oleh komunitas tersebut (Januraga, 2024). Sebagai contoh, di daerah dengan tingkat literasi kesehatan yang rendah namun memiliki kepatuhan adat yang tinggi, pendekatan advokasi harus melibatkan tokoh adat sebagai sekutu strategis guna menekan pembuat kebijakan lokal. Sebaliknya, pada masyarakat urban yang cenderung individualis, pendekatan advokasi lebih efektif jika

memanfaatkan analisis data epidemiologi yang disebarluaskan secara masif melalui media massa untuk membangun opini publik yang kuat.

DEFINISI

Advokasi Kebijakan Kesehatan: Suatu tindakan terencana dan sistematis yang dilakukan oleh individu atau kelompok untuk memengaruhi para pengambil keputusan agar mengadopsi, mengubah, atau mempertahankan suatu kebijakan demi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat berdasarkan bukti ilmiah.

Sebagai ilustrasi nyata di Indonesia, upaya mewujudkan pelayanan kesehatan yang inklusif bagi penyandang disabilitas memerlukan advokasi kebijakan yang kuat di tingkat kementerian dan pemerintah daerah (Pudjiastuti, 2022). Tanpa adanya regulasi yang mengikat, fasilitas kesehatan seperti Puskesmas sering kali mengabaikan aksesibilitas fisik dan non-fisik bagi kelompok rentan ini. Melalui advokasi kebijakan yang berbasis data epidemiologi mengenai jumlah penyandang disabilitas dan hambatan akses yang mereka hadapi, para pembela hak kesehatan berhasil mendorong lahirnya pedoman pelayanan inklusif. Implikasi dari konsep ini adalah bahwa keberhasilan promosi kesehatan tidak lagi diukur hanya dari perubahan perilaku individu, melainkan dari seberapa jauh kebijakan publik mampu memfasilitasi dan melindungi perilaku sehat tersebut secara berkelanjutan.

D. Langkah-Langkah Advokasi Kebijakan

Mengimplementasikan advokasi kebijakan secara sukses membutuhkan tahapan yang terstruktur dan terukur. Langkah-langkah ini dimulai dari analisis situasi, penentuan tujuan, identifikasi sasaran, penyusunan strategi, hingga pemantauan dan evaluasi dampak kebijakan. Dalam konteks Indonesia, salah satu tantangan terbesar dalam advokasi adalah memastikan ketersediaan anggaran daerah untuk program kesehatan promotif-preventif, yang sering kali kalah bersaing dengan sektor infrastruktur. Oleh karena itu, pemahaman mengenai tata kelola keuangan daerah, termasuk pemanfaatan pajak daerah dan retribusi daerah, menjadi komponen krusial dalam menyusun langkah advokasi (Anggoro, 2023).

Langkah pertama adalah melakukan analisis situasi epidemiologi untuk mengidentifikasi masalah kesehatan prioritas. Langkah kedua adalah membangun koalisi atau kemitraan. Menjalankan advokasi secara mandiri sering kali kurang efektif, sehingga diperlukan reposisi layanan komunitas dan penguatan jejaring kerja sama antarpemangku kepentingan (Sutrisna, 2021).

Langkah ketiga adalah merumuskan tuntutan kebijakan yang spesifik, realistis, dan dapat diukur. Sebagai contoh, alih-alih hanya menuntut perbaikan layanan kesehatan, advokator harus menuntut alokasi anggaran khusus guna mengantisipasi beban keuangan rumah sakit yang membengkak saat terjadi krisis kesehatan (Ambarwati, 2021).

Tabel 12. 1. Matriks Langkah Advokasi Kebijakan Kesehatan

Tahapan	Aktivitas Utama	Output Konkret	Aktor Terlibat
Analisis Situasi	Kajian data epidemiologi AKI tingkat kabupaten	Laporan profil kematian ibu	Epidemiolog, Promotor
Analisis Kebijakan	Review Perda Kesehatan dan alokasi APBD	Policy gap analysis anggaran	Analisis Kebijakan
Membangun Koalisi	Pembentukan Forum Peduli Kesehatan Ibu	MoU kemitraan lintas sektor	LSM, Ormas, Akademisi
Audiensi Strategis	Presentasi draf Perda Inisiasi Persalinan Aman	Komitmen tertulis Bupati	Bupati, DPRD, Koalisi
Mobilisasi Massa	Kampanye media sosial dan petisi publik	Dukungan 10.000 tanda tangan	Masyarakat, Media
Evaluasi	Monitoring implementasi regulasi baru	Laporan kepatuhan anggaran	Tim Independen

Tabel 12.1 di atas menggambarkan alur logis yang harus dilalui oleh seorang promotor kesehatan dalam mengawal isu kesehatan dari tingkat data hingga menjadi regulasi operasional. Setiap langkah saling memengaruhi, di mana kegagalan pada tahap analisis situasi akan melemahkan legitimasi tuntutan pada saat audiensi strategis dengan pengambil keputusan. Dengan menerapkan langkah-langkah ini secara disiplin, peluang keberhasilan advokasi kebijakan akan meningkat secara signifikan.

E. Penyusunan Pesan Advokasi

Pesan advokasi adalah senjata utama dalam memengaruhi pengambil kebijakan. Menyusun pesan yang persuasif memerlukan kemampuan menerjemahkan data epidemiologi yang rumit menjadi bahasa yang sederhana, menyentuh emosi, namun tetap memiliki landasan ilmiah yang kokoh. Pengambil keputusan, seperti anggota DPRD atau Kepala Dinas, biasanya memiliki waktu yang sangat terbatas dan tidak memiliki latar belakang pendidikan kesehatan. Oleh karena itu, pesan advokasi harus dirumuskan

menggunakan formula yang ringkas, langsung pada inti masalah, dan menawarkan solusi konkret yang dapat segera diterapkan.

i CATATAN

Formula efektif dalam penyusunan pesan advokasi adalah menggunakan struktur "Masalah - Dampak - Solusi - Tindakan" (MDST). Masalah menyajikan data epidemiologi terkini, Dampak menunjukkan kerugian sosial-ekonomi jika masalah dibiarkan, Solusi menawarkan alternatif kebijakan, dan Tindakan adalah desakan spesifik yang harus dilakukan oleh sasaran advokasi saat itu juga.

Dalam menyusun komponen "Masalah" dan "Dampak", penggunaan data perilaku masyarakat sangatlah penting. Sebagai contoh, ketika mengadvokasi kebijakan penegakan disiplin protokol kesehatan di tingkat daerah, pesan harus didukung oleh data statistik mengenai tingkat kepatuhan masyarakat yang rendah dan korelasinya dengan lonjakan kasus harian (Riyadi, 2021). Apabila data menunjukkan bahwa ketidakpatuhan tersebut disebabkan oleh kurangnya sarana sanitasi di ruang publik, maka pesan advokasi harus diarahkan untuk menuntut regulasi penyediaan fasilitas cuci tangan oleh pelaku usaha. Pesan yang hanya berfokus pada ancaman penyakit tanpa memberikan solusi praktis sering kali diabaikan oleh pembuat kebijakan.

🔪 CONTOH

"Setiap hari, 5 warga di kota kita terinfeksi penyakit menular akibat rendahnya disiplin cuci tangan di pasar tradisional (Masalah). Jika dibiarkan, penularan ini akan melumpuhkan aktivitas ekonomi pasar dan merugikan daerah hingga Rp 2 miliar per bulan (Dampak). Kami mendesak Pemerintah Kota untuk menerbitkan Instruksi Wali Kota tentang Kewajiban Penyediaan Wastafel Portabel di setiap los pasar (Solusi). Kami meminta Bapak Wali Kota menandatangani draf instruksi ini pada pertemuan hari ini demi menyelamatkan pedagang kita (Tindakan)."

Melalui contoh di atas, terlihat bahwa pesan yang disusun secara sistematis mampu menghubungkan kepatuhan protokol kesehatan dengan dampak ekonomi makro daerah (Pasaribu, 2021), termasuk implikasinya terhadap strategi mempertahankan usaha pedagang kaki lima (PKL) di masa pandemi COVID-19 (Zulhijahyanti, 2021). Implikasi dari teknik penyusunan pesan ini adalah meningkatnya daya tawar promotor kesehatan di mata birokrat. Data epidemiologi tidak lagi tampil sebagai angka mati yang membosankan, melainkan menjelma menjadi argumen logis dan mendesak yang menuntut tindakan segera dari pemegang kekuasaan.

F. Media Kampanye Kebijakan Kesehatan

Pemilihan media kampanye yang tepat menentukan seberapa cepat dan luas pesan advokasi dapat menjangkau kelompok sasaran strategis serta membentuk opini publik yang mendukung perubahan kebijakan. Di era digital saat ini, saluran komunikasi telah mengalami pergeseran radikal. Promotor kesehatan tidak lagi bisa hanya mengandalkan media konvensional seperti brosur atau spanduk fisik yang jangkauannya sangat terbatas. Optimalisasi penggunaan dan pengelolaan media digital menjadi keharusan untuk menggalang dukungan publik secara masif dan cepat (Raharja, 2021). Hal ini sejalan dengan pentingnya kepekaan dalam membingkai berbagai isu sosial dan kesehatan di ruang publik digital, seperti fokus narasi kekerasan seksual pada portal berita daring selama pandemi COVID-19 (Aristi, 2021). Media digital memungkinkan interaksi dua arah dan penyebaran informasi secara viral yang dapat menekan pembuat kebijakan melalui gerakan akar rumput (*grassroots*).

Kelompok sasaran strategis dalam advokasi kebijakan terbagi menjadi dua, yaitu sasaran primer (pembuat kebijakan langsung) dan sasaran sekunder (pihak yang memengaruhi pembuat kebijakan, seperti media massa, tokoh masyarakat, dan publik). Untuk menysasar publik dan membangun tekanan sosial, media sosial seperti Instagram dan Twitter sangat efektif untuk menyebarkan infografis berbasis data epidemiologi. Sementara itu, untuk menysasar pembuat kebijakan secara langsung, media yang lebih formal seperti *policy brief* digital, video dokumenter pendek mengenai realitas di lapangan, atau pemanfaatan platform teknologi informasi kesehatan seperti telemedicine dapat digunakan sebagai bukti nyata efisiensi teknologi dalam pelayanan publik (Lubis, 2021).

⚠ PERHATIAN

Kesalahan umum dalam kampanye kebijakan adalah menggunakan media yang sama untuk semua kelompok sasaran tanpa melakukan penyesuaian format dan bahasa. Mengirimkan dokumen laporan epidemiologi setebal 100 halaman kepada anggota legislatif melalui WhatsApp adalah tindakan tidak efektif yang hanya akan diabaikan. Sebaliknya, ubahlah laporan tersebut menjadi infografis satu halaman yang menyoroti kerugian konstituen mereka di daerah pemilihan akibat kebijakan kesehatan yang buruk.

Sebagai contoh kasus di Indonesia, ketika mengampanyekan kebijakan standarisasi layanan kesehatan digital di pedesaan, para advokator menggunakan kombinasi media. Mereka merilis infografis di media sosial

mengenai kesenjangan akses dokter spesialis di daerah terpencil, sekaligus mengirimkan *policy brief* interaktif ke komisi terkait di DPR RI yang menunjukkan bagaimana telemedicine dapat memangkas biaya rujukan pasien secara signifikan (Lubis, 2021). Implikasi dari pemilihan media yang presisi ini adalah terciptanya efek jepit (*pincer effect*), di mana pembuat kebijakan menerima desakan dari atas (melalui dokumen resmi dan audiensi) sekaligus tekanan dari bawah (melalui opini publik yang bergejolak di media sosial).

G. Public Speaking dalam Advokasi

Kemampuan *public speaking* adalah keterampilan penentu yang menerjemahkan seluruh dokumen tertulis, data epidemiologi, dan rancangan kebijakan menjadi argumen lisan yang hidup dan meyakinkan di hadapan pemangku kepentingan. Saat mempresentasikan draf kebijakan kesehatan di ruang sidang komisi DPRD atau dalam rapat koordinasi lintas sektor, seorang promotor kesehatan tidak sekadar membaca salindia (*slide*). Ia harus mampu mendemonstrasikan teknik berbicara yang penuh percaya diri, memiliki struktur logika yang runtut, taktis dalam menjawab sanggahan, serta menggunakan bahasa tubuh yang mendukung kredibilitas pesan yang disampaikan.

Dalam dunia hubungan masyarakat, strategi komunikasi lisan yang efektif sangat menentukan citra dan tingkat penerimaan suatu gagasan oleh publik maupun mitra strategis (Yosephine, 2021). Dalam advokasi kebijakan, *public speaking* harus didesain untuk membangun kepercayaan (*trust*) dan urgensi (*urgency*). Promotor kesehatan harus menguasai tiga pilar retorika klasik: *ethos* (kredibilitas pembicara), *logos* (logika argumen berbasis data), dan *pathos* (sentuhan emosional penonton). Saat menyajikan draf kebijakan, pilar-pilar ini harus diintegrasikan dengan baik agar pembuat kebijakan tidak hanya paham secara intelektual, tetapi juga tergerak secara emosional untuk segera bertindak.

📌 CONTOH

Saat mempresentasikan draf kebijakan protokol kesehatan pariwisata di kawasan Geopark Ciletuh Jawa Barat untuk memulihkan ekonomi lokal pascapandemi, pembicara tidak boleh hanya memaparkan angka penularan virus secara monoton (Kadarisman, 2021). Pembicara yang efektif akan membuka presentasi dengan menampilkan foto pemandu wisata lokal yang kehilangan mata pencaharian (*pathos*), menyajikan data proyeksi pemulihan kunjungan wisatawan jika sertifikasi kesehatan diterapkan (*logos*), dan menegaskan keahlian tim penyusun draf yang terdiri dari akademisi terkemuka (*ethos*).

Untuk mendemonstrasikan presentasi draf kebijakan yang efektif, beberapa teknik praktis harus diterapkan. Pertama, gunakan teknik *hook* pada 30 detik pertama untuk menarik perhatian audiens, misalnya dengan melemparkan pertanyaan retorik atau menyajikan statistik yang mengejutkan. Kedua, sampaikan argumen utama menggunakan struktur tiga poin (*rule of three*) agar mudah diidentifikasi oleh pembuat kebijakan yang sibuk. Ketiga, kelola intonasi suara (*vocal variety*) dan kontak mata secara aktif untuk menjaga keterlibatan audiens di dalam ruangan. Implikasi dari penguasaan teknik *public speaking* ini adalah transformasi peran promotor kesehatan dari sekadar penyuluh lapangan menjadi negosiator ulung yang mampu mengawal dan meloloskan regulasi kesehatan di tingkat birokrasi tertinggi.

Rangkuman

Advokasi kebijakan kesehatan merupakan jembatan strategis yang menerjemahkan data epidemiologi ilmiah menjadi tindakan politis konkret guna menghasilkan perubahan struktural yang melindungi kesehatan masyarakat secara berkelanjutan. Keberhasilan promosi kesehatan pada tingkat sarjana terapan tidak lagi diukur semata-mata dari perubahan perilaku individu, melainkan dari transformasi kebijakan publik, regulasi daerah, dan alokasi anggaran yang kondusif bagi lingkungan sehat. Pendekatan advokasi ini menuntut fleksibilitas tinggi dari seorang promotor kesehatan untuk menganalisis dinamika sosial-politik serta modal sosial lokal, seperti memanfaatkan pengaruh tokoh adat di wilayah rural atau kekuatan media massa di wilayah urban. Implementasi advokasi yang efektif harus dijalankan melalui tahapan terstruktur yang disiplin, dimulai dari analisis situasi epidemiologi yang presisi, analisis kebijakan anggaran daerah, pembangunan koalisi lintas sektor, hingga pelaksanaan audiensi strategis dan mobilisasi massa. Dalam proses ini, penyusunan pesan advokasi menjadi instrumen penentu yang harus dirumuskan secara persuasif menggunakan formula Masalah-Dampak-Solusi-Tindakan (MDST). Formula ini menyederhanakan data epidemiologis yang rumit menjadi narasi yang menyentuh aspek sosio-ekonomi dan menawarkan solusi kebijakan yang realistis bagi para pengambil keputusan yang memiliki keterbatasan waktu. Melalui penguasaan kompetensi advokasi yang berbasis bukti ilmiah dan pemahaman tata kelola keuangan daerah, lulusan promosi kesehatan dapat memosisikan diri sebagai agen perubahan strategis yang mampu mengawal isu-isu kesehatan rentan, seperti pemenuhan hak disabilitas dan jaminan anggaran preventif, menuju tatanan kebijakan yang inklusif dan berkeadilan sosial. Dengan demikian, integrasi antara ilmu epidemiologi dan seni berpolitik dalam advokasi menjadi pilar utama untuk menjamin hak atas kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat tanpa terkecuali.

Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana perbedaan modal sosial antara masyarakat rural yang memiliki kepatuhan adat tinggi dan masyarakat urban yang cenderung individualis memengaruhi pemilihan strategi pendekatan advokasi kebijakan kesehatan oleh seorang promotor kesehatan.
2. Bandingkan efektivitas advokasi kebijakan kesehatan yang hanya berfokus pada perubahan perilaku individu dengan advokasi yang berfokus pada perubahan struktural seperti regulasi daerah dan alokasi anggaran dalam menjamin keberlanjutan program promosi kesehatan.
3. Evaluasi mengapa kegagalan pada tahap analisis situasi epidemiologi dapat melemahkan legitimasi seluruh tahapan advokasi berikutnya, khususnya saat melakukan audiensi strategis dengan pengambil keputusan seperti Bupati atau DPRD dalam memperjuangkan anggaran kesehatan.
4. Telaah tantangan politis dan finansial yang dihadapi promotor kesehatan di Indonesia dalam mengadvokasi anggaran program promotif-preventif daerah yang harus bersaing dengan sektor infrastruktur, serta bagaimana pemanfaatan pajak daerah dapat menjadi solusinya.
5. Rumuskan sebuah pesan advokasi kesehatan menggunakan formula "Masalah - Dampak - Solusi - Tindakan" (MDST) berdasarkan data epidemiologi peningkatan kasus demam berdarah dengue (DBD) di suatu wilayah pemukiman padat penduduk guna mendesak kebijakan PSN massal.

b. Pilihan Berganda

1. Apakah peran utama epidemiologi dalam konteks advokasi kebijakan kesehatan menurut isi bab?
 - a. Menyediakan layanan pengobatan langsung bagi masyarakat terdampak
 - b. Menerjemahkan data ilmiah menjadi dasar tindakan politis yang kuat
 - c. Mengalokasikan anggaran pendapatan dan belanja daerah secara mandiri
 - d. Menyusun undang-undang kesehatan tanpa melibatkan lintas sektor
2. Mengapa pendekatan advokasi kebijakan kesehatan tidak dapat disamakan antarwilayah?

- a. Karena setiap wilayah memiliki jumlah epidemiolog yang berbeda secara signifikan
 - b. Karena sangat bergantung pada modal sosial dan dinamika politik setempat
 - c. Karena anggaran kesehatan di setiap daerah diatur langsung oleh kementerian pusat
 - d. Karena tingkat kepatuhan masyarakat urban selalu lebih tinggi daripada masyarakat rural
3. Manakah dari pilihan berikut yang merupakan definisi dari Advokasi Kebijakan Kesehatan?
 - a. Tindakan melobi secara personal untuk mendapatkan keuntungan finansial bagi organisasi kesehatan
 - b. Upaya sistematis mengumpulkan data klinis pasien di rumah sakit untuk kepentingan riset akademis
 - c. Tindakan terencana dan sistematis untuk memengaruhi pengambil keputusan agar mengadopsi kebijakan demi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
 - d. Kampanye media massa yang bertujuan langsung mengubah perilaku konsumsi makanan cepat saji pada individu
4. Dalam advokasi pelayanan inklusif bagi penyandang disabilitas di Puskesmas, implikasi keberhasilan promosi kesehatan diukur dari...
 - a. Jumlah poster kesehatan yang ditempel di dinding Puskesmas
 - b. Seberapa jauh kebijakan publik mampu memfasilitasi dan melindungi perilaku sehat secara berkelanjutan
 - c. Penurunan jumlah kunjungan pasien disabilitas ke rumah sakit rujukan
 - d. Tersedianya obat-obatan gratis bagi seluruh kelompok rentan di daerah tersebut
5. Salah satu tantangan terbesar dalam advokasi kebijakan kesehatan di tingkat daerah di Indonesia adalah...
 - a. Kurangnya data epidemiologi mengenai angka kematian ibu dan anak
 - b. Rendahnya minat masyarakat untuk berpartisipasi dalam kampanye media sosial
 - c. Anggaran program promotif-preventif sering kalah bersaing dengan sektor infrastruktur
 - d. Tidak adanya regulasi yang mengatur tentang pajak daerah dan retribusi daerah

6. Berdasarkan Matriks Langkah Advokasi Kebijakan Kesehatan, manakah output konkret dari tahapan "Analisis Kebijakan"?
 - a. Laporan profil kematian ibu tingkat kabupaten
 - b. Policy gap analysis anggaran pada Perda Kesehatan dan APBD
 - c. Komitmen tertulis dari Bupati dan anggota DPRD
 - d. Terbentuknya Forum Peduli Kesehatan Ibu lintas sektor
7. Siapakah aktor utama yang terlibat dalam tahapan "Audiensi Strategis" berdasarkan matriks langkah advokasi?
 - a. Epidemiolog dan Analis Kebijakan saja
 - b. Bupati, DPRD, dan Koalisi lintas sektor
 - c. Masyarakat umum dan media massa nasional
 - d. Tim independen penilai kepatuhan anggaran
8. Apakah tujuan utama dari penggunaan formula "Masalah - Dampak - Solusi - Tindakan" (MDST) dalam penyusunan pesan advokasi?
 - a. Memperpanjang durasi presentasi agar pengambil keputusan memahami detail klinis penyakit
 - b. Menyederhanakan data epidemiologi yang rumit menjadi pesan ringkas, persuasif, dan solutif
 - c. Menghindari keterlibatan tokoh masyarakat dalam proses pengambilan keputusan kebijakan
 - d. Menggantikan peran analisis kebijakan dalam mengkaji anggaran pendapatan daerah
9. Dalam formula MDST, komponen "Dampak" difokuskan untuk menunjukkan...
 - a. Data statistik mentah mengenai jumlah kasus harian di lapangan
 - b. Kerugian sosial-ekonomi yang akan terjadi jika masalah kesehatan dibiarkan
 - c. Desakan spesifik yang harus ditandatangani oleh pembuat kebijakan saat itu juga
 - d. Alternatif regulasi yang ditawarkan oleh koalisi organisasi masyarakat
10. Apabila data epidemiologi menunjukkan rendahnya kepatuhan protokol kesehatan disebabkan oleh kurangnya sarana sanitasi publik, pesan advokasi yang tepat harus diarahkan untuk menuntut...
 - a. Sanksi pidana yang berat bagi setiap individu yang melanggar protokol
 - b. Regulasi penyediaan fasilitas cuci tangan oleh pelaku usaha di ruang publik

- c. Alokasi anggaran untuk pembangunan rumah sakit rujukan baru di perkotaan
- d. Kampanye poster kesehatan secara masif di seluruh media cetak daerah

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Studi Kasus 1:

Di Kabupaten Merbabu, data epidemiologi menunjukkan peningkatan kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) sebesar 150% dalam tiga bulan terakhir, dengan tingkat kematian anak yang mengkhawatirkan. Namun, pemerintah daerah lebih memprioritaskan anggaran APBD untuk pembangunan jalan lingkar kabupaten, sehingga alokasi untuk program juru pemantau jentik (Jumantik) dan pengadaan insektisida di Puskesmas dipotong hingga 60%. Sebagai seorang lulusan Sarjana Terapan Promosi Kesehatan yang bekerja di Dinas Kesehatan, Anda diminta memimpin tim koalisi untuk melakukan advokasi kebijakan anggaran kepada Bupati dan DPRD. *Instruksi:* Analisislah langkah-langkah strategis yang harus Anda lakukan mulai dari analisis situasi hingga audiensi, serta rumuskan satu draf pesan advokasi menggunakan formula MDST untuk meyakinkan Bupati agar mengembalikan anggaran kesehatan tersebut.

2. Studi Kasus 2:

Sebuah kota urban memiliki masalah rendahnya aksesibilitas fisik bagi penyandang disabilitas di 15 Puskesmas yang ada. Data menunjukkan bahwa 12% penduduk kota tersebut adalah penyandang disabilitas, namun tidak ada satu pun Puskesmas yang memiliki ram (bidang miring) atau toilet khusus disabilitas. Kepala Dinas Kesehatan menyatakan bahwa tidak ada regulasi tingkat kota yang mewajibkan hal tersebut, sehingga anggaran selalu dialokasikan untuk program kuratif umum. Komunitas disabilitas setempat merasa terabaikan dan ingin melakukan aksi demonstrasi besar-besaran. *Instruksi:* Evaluasilah risiko dari rencana aksi demonstrasi tersebut dan tawarkan pendekatan advokasi kebijakan alternatif yang lebih sistematis dan berbasis bukti (evidence-based) dengan memanfaatkan modal sosial masyarakat urban dan kemitraan lintas sektor.

BAB 13

PENYUSUNAN POLICY BRIEF KEBIJAKAN KESEHATAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memilih format dan fungsi policy brief yang tepat untuk menyasar kelompok pembuat kebijakan tertentu di bidang kesehatan.
2. Menentukan prioritas masalah kesehatan masyarakat berdasarkan analisis data epidemiologi untuk diangkat menjadi isu kebijakan yang mendesak.
3. Menggunakan bukti ilmiah epidemiologis untuk merumuskan alternatif kebijakan yang aplikatif, realistis, dan berpihak pada promosi kesehatan.
4. Mendemonstrasikan penyusunan naskah policy brief yang ringkas, persuasif, dan berbasis data kesehatan yang akurat.
5. Memodifikasi draf policy brief berdasarkan umpan balik dari pemangku kepentingan guna meningkatkan daya tawar dan kelayakan implementasi kebijakan.

B. Pendahuluan

Sering kali terdapat jurang pemisah yang lebar antara temuan ilmiah epidemiologi di lapangan dengan keputusan taktis yang diambil oleh pembuat kebijakan. Data epidemiologi yang kaya akan angka morbiditas, mortalitas, dan sebaran penyakit sering kali hanya berakhir sebagai laporan teknis yang berdebu di perpustakaan atau artikel jurnal akademis yang sulit dipahami oleh pengambil keputusan yang sibuk. Di sinilah pentingnya peran seorang praktisi promosi kesehatan. Mahasiswa Sarjana Terapan Promosi Kesehatan dituntut tidak hanya mampu mengumpulkan dan menganalisis data kesehatan, tetapi juga menerjemahkan bukti-bukti ilmiah tersebut menjadi bahasa kebijakan yang ringkas, padat, dan persuasif. Policy brief atau ringkasan kebijakan hadir sebagai instrumen komunikasi strategis yang menjembatani sains epidemiologi

dengan tindakan politis-administratif guna menghasilkan intervensi kesehatan masyarakat yang berdampak luas.

Sebagai calon promotor kesehatan, kemampuan menyusun policy brief yang efektif adalah kompetensi krusial dalam melakukan advokasi kesehatan di tingkat struktural. Konsep policy brief menekankan pada penyajian argumen berbasis bukti yang berfokus pada solusi praktis atas suatu masalah kesehatan yang mendesak. Sebagai contoh, ketika angka kejadian stunting di Kabupaten Lombok Barat mengalami stagnasi, data epidemiologi mengenai determinan sosial kesehatan dikemas ke dalam dokumen policy brief dua halaman yang langsung menawarkan opsi kebijakan berupa integrasi anggaran desa untuk sanitasi dan pemberian makanan tambahan berbasis pangan lokal. Implikasinya, pembuat kebijakan seperti Bupati atau Kepala Dinas Kesehatan dapat dengan cepat memahami urgensi masalah dan langsung mengadopsi rekomendasi tersebut ke dalam peraturan daerah tanpa harus membaca laporan teknis setebal ratusan halaman. Penguasaan keterampilan ini memastikan bahwa rekomendasi promosi kesehatan tidak hanya berhenti sebagai imbauan moral, melainkan menjelma menjadi regulasi yang mengikat.

Untuk membekali mahasiswa dengan keterampilan praktis tersebut, bab ini akan mengupas tuntas langkah-langkah sistematis dalam menyusun policy brief yang berdampak. Pembahasan akan diawali dengan pemahaman mendalam mengenai konsep dan fungsi policy brief dalam advokasi kesehatan. Selanjutnya, mahasiswa akan dipandu untuk melakukan identifikasi permasalahan kebijakan secara tajam berdasarkan data epidemiologi riil. Bab ini juga akan menguraikan teknik penyusunan alternatif dan rekomendasi kebijakan yang layak secara politis dan teknis, diikuti dengan panduan praktis penyusunan naskah policy brief berbasis data dengan struktur yang baku. Terakhir, bab ini akan ditutup dengan metode revisi dan penyempurnaan policy brief guna memastikan pesan yang disampaikan memiliki ketajaman analisis dan daya tawar yang tinggi di hadapan para pemangku kepentingan.



Gambar 13. 1. Struktur Policy Brief Berbasis Bukti

C. Konsep dan Fungsi Policy Brief

Dalam ranah Kebijakan Kesehatan, penyampaian hasil analisis ilmiah sering kali menghadapi hambatan komunikasi antara akademisi dan pengambil keputusan. Laporan penelitian epidemiologi yang tebal dan sarat dengan metodologi rumit cenderung diabaikan oleh para birokrat karena keterbatasan waktu. Sebagai solusi atas kesenjangan taktis ini, dikembangkanlah sebuah instrumen komunikasi ringkas yang dikenal sebagai *policy brief*. Dokumen ini dirancang untuk menyajikan bukti ilmiah secara padat, lugas, dan berorientasi langsung pada tindakan nyata.

DEFINISI

Policy Brief adalah dokumen ringkas, objektif, dan persuasif yang menyajikan analisis masalah kesehatan masyarakat tertentu beserta rekomendasi kebijakan yang aplikatif untuk membantu pembuat keputusan dalam mengambil tindakan yang tepat.

Secara konseptual, dokumen ini tidak hanya merangkum data, tetapi juga menerjemahkan temuan epidemiologis yang kompleks menjadi bahasa administratif yang mudah dipahami. Melalui instrumen ini, seorang promotor kesehatan dapat mengemas hasil kajian lapangan menjadi argumen advokasi yang kuat. Dokumen ini berfokus pada penyediaan solusi praktis atas isu-isu yang mendesak, sehingga pengambil kebijakan dapat memahami urgensi masalah dalam hitungan menit.

Fungsi utama dari ringkasan kebijakan ini adalah sebagai jembatan penghubung antara bukti ilmiah (*evidence*) dengan tindakan politik (*action*). Di Indonesia, pemanfaatan dokumen ini sangat krusial dalam menyusun arah pelayanan kesehatan yang lebih merata dan berkeadilan. Sebagai contoh, penyusunan naskah kebijakan yang inklusif bagi kelompok rentan terbukti mampu mendorong lahirnya regulasi yang lebih ramah terhadap penyandang disabilitas di tingkat daerah (Pudjiastuti dkk., 2022). Tanpa adanya naskah kebijakan yang ringkas dan persuasif, aspirasi kelompok marjinal sering kali luput dari prioritas pembangunan kesehatan daerah.

Selain itu, dokumen ini berfungsi sebagai alat penentu posisi (*positioning*) bagi berbagai program kesehatan yang membutuhkan dukungan lintas sektor. Dalam penanganan penyakit menular yang kompleks, koordinasi antar-lembaga sering kali terhambat oleh ego sektoral. Melalui penyusunan argumen yang terstruktur, berbagai elemen masyarakat dan penyedia layanan dapat disatukan dalam satu visi pengendalian yang terintegrasi (Sutrisna dkk., 2021). Dengan demikian, fungsi taktis dari dokumen ini adalah menyederhanakan kompleksitas birokrasi dan memobilisasi sumber daya secara efektif demi tercapainya tujuan Promosi Kesehatan di tingkat populasi.

i CATATAN

Format dokumen ini umumnya berkisar antara 2 hingga 4 halaman saja. Struktur yang pendek ini sengaja dirancang agar dokumen dapat dibaca habis oleh kepala daerah atau anggota legislatif di sela-sela jadwal kerja mereka yang padat.

D. Identifikasi Permasalahan Kebijakan

Langkah awal yang paling menentukan dalam merumuskan kebijakan yang efektif adalah ketajaman dalam mengidentifikasi masalah. Pembuat kebijakan sering kali keliru dalam membedakan antara gejala (*symptom*) dengan akar penyebab masalah (*root cause*). Dalam konteks Promosi Kesehatan, identifikasi masalah harus bertumpu pada data epidemiologi yang solid, bukan sekadar asumsi atau opini publik yang berkembang di media sosial.

Proses identifikasi ini dimulai dengan melakukan analisis situasi epidemiologi untuk memetakan beban penyakit, sebaran geografis, serta kelompok populasi yang paling rentan. Dalam konteks kesehatan ibu dan anak, analisis ini juga harus mencakup pemahaman komprehensif mengenai aspek klinis dan konsep dasar persalinan guna menekan angka kematian ibu (K, 2019). Sebagai contoh, ketika terjadi transisi layanan kesehatan akibat situasi darurat,

hambatan akses fisik ke fasilitas kesehatan sering kali memicu penurunan kualitas pelayanan secara drastis (Lubis, 2021). Jika masalah ini diidentifikasi hanya sebagai "rendahnya kesadaran masyarakat", maka intervensi yang dirancang akan salah sasaran. Namun, jika masalah diidentifikasi sebagai "keterbatasan infrastruktur pelayanan jarak jauh", maka solusi yang ditawarkan akan mengarah pada penguatan regulasi teknologi kesehatan.

Selain hambatan akses, aspek pembiayaan juga sering kali menjadi akar permasalahan sistemik dalam tata kelola rumah sakit dan Puskesmas. Beban keuangan yang tidak seimbang selama krisis kesehatan dapat mengancam keberlangsungan operasional institusi pelayanan (Ambarwati, 2021). Melalui analisis data keuangan dan utilisasi pelayanan, promotor kesehatan dapat mengidentifikasi celah regulasi yang menyebabkan keterlambatan klaim atau ketidakseimbangan alokasi anggaran promotif-preventif.

Untuk mempermudah proses penentuan prioritas masalah sebelum dituangkan ke dalam dokumen kebijakan, mahasiswa dapat menggunakan matriks analisis prioritas. Berikut adalah contoh penyusunan matriks yang mengaitkan parameter epidemiologi dengan implikasi administratifnya.

Tabel 13. 1. Matriks Analisis Prioritas Permasalahan Kebijakan Kesehatan

No	Masalah Kesehatan	Parameter Epidemiologi	Dampak Administrasi	Tingkat Prioritas
1	Stagnasi Angka Stunting	Prevalensi > 20% di tingkat desa	Alokasi Dana Desa tidak optimal	Tinggi
2	Kesenjangan Telemedicine	Utilisasi rendah di wilayah rural	Hambatan regulasi tarif jaminan	Sedang
3	Krisis Anggaran RS Daerah	Defisit operasional selama pandemi	Penurunan mutu layanan publik	Tinggi
4	Rendahnya Cakupan Imunisasi	Drop-out rate antigen baru > 10%	Risiko kejadian luar biasa (KLB)	Tinggi

Tabel 13.1 menunjukkan bagaimana parameter epidemiologi disandingkan dengan dampak administratif untuk menentukan tingkat prioritas penanganan masalah. Sebagai contoh, intervensi terhadap stagnasi angka stunting memerlukan pendekatan hulu yang berfokus pada pemenuhan gizi dalam kesehatan reproduksi perempuan (Purwanti, 2021). Melalui visualisasi data seperti ini, pembuat kebijakan dapat dengan cepat melihat masalah mana yang

membutuhkan intervensi regulasi paling mendesak demi mencegah dampak sosial yang lebih luas.

E. Penyusunan Alternatif dan Rekomendasi Kebijakan

Setelah permasalahan utama berhasil diidentifikasi dan diprioritaskan, langkah krusial berikutnya adalah merumuskan alternatif kebijakan. Alternatif kebijakan adalah berbagai pilihan tindakan yang dapat diambil oleh pemerintah untuk mengatasi masalah yang ada. Setiap alternatif harus dinilai berdasarkan kriteria kelayakan teknis, penerimaan politik, ketersediaan anggaran, dan efektivitasnya dalam jangka panjang.

Dalam menyusun alternatif, promotor kesehatan harus menghindari pengajuan opsi tunggal. Pembuat kebijakan membutuhkan variasi pilihan agar mereka dapat menyesuaikan keputusan dengan konstelasi politik dan kapasitas fiskal daerah. Sebagai contoh, dalam upaya mengendalikan penularan penyakit menular melalui pembatasan mobilitas, pemerintah dihadapkan pada pilihan dilematis antara karantina wilayah total atau pembatasan kegiatan masyarakat berbasis skala mikro (Joyosemito & Nasir, 2021). Setiap pilihan memiliki konsekuensi ekonomi dan sosial yang berbeda, sehingga analisis mendalam mengenai dampak masing-masing opsi wajib disajikan secara transparan.

CONTOH

Pada masa awal pelaksanaan program vaksinasi nasional, pemerintah daerah dihadapkan pada rendahnya kepatuhan masyarakat terhadap protokol kesehatan. Alternatif kebijakan yang dirumuskan meliputi: (a) penerapan sanksi administratif denda uang, (b) edukasi persuasif berbasis tokoh agama setempat, atau (c) integrasi syarat vaksinasi dengan akses pelayanan publik (Riyadi & Larasaty, 2021). Melalui analisis komparatif, opsi integrasi syarat pelayanan publik dipilih karena memiliki daya dorong kepatuhan paling tinggi dengan biaya implementasi yang relatif rendah.

Rekomendasi kebijakan yang baik harus memenuhi prinsip operasional, terukur, dan memiliki penanggung jawab yang jelas (*actionable*). Rekomendasi tidak boleh ditulis dalam kalimat normatif yang mengambang seperti "meningkatkan koordinasi antar-lembaga". Sebaliknya, rekomendasi harus ditulis secara spesifik, misalnya: "Menginstruksikan Dinas Kesehatan untuk menerbitkan Keputusan Bupati tentang Pembentukan Satuan Tugas Lintas Sektor Penurunan Stunting paling lambat triwulan pertama tahun berjalan."

Dengan menyusun alternatif yang realistis dan berpihak pada Promosi Kesehatan, rekomendasi yang dihasilkan tidak akan berakhir sebagai dokumen

administratif belaka. Pilihan-pilihan kebijakan tersebut justru akan menjadi panduan taktis bagi kepala daerah dalam mengalokasikan anggaran dan menggerakkan aparatur di bawahnya demi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

F. Penyusunan Naskah Policy Brief Berbasis Data

Penyusunan naskah *policy brief* (ringkasan kebijakan) dalam konteks Promosi Kesehatan memerlukan keterampilan menerjemahkan data epidemiologi yang kompleks menjadi narasi yang ringkas, objektif, dan persuasif. Pengambil keputusan tidak memiliki waktu untuk membaca laporan teknis yang tebal, sehingga penyusunan naskah harus mengikuti struktur yang sistematis, padat, dan berorientasi pada solusi tindakan nyata. Pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*) memastikan bahwa setiap rekomendasi yang diajukan memiliki landasan ilmiah yang kuat, bukan sekadar asumsi teoretis.

DEFINISI

Policy Brief Berbasis Data adalah dokumen ringkas yang menyajikan analisis masalah kesehatan masyarakat tertentu dengan mengintegrasikan data epidemiologi kuantitatif dan kualitatif guna memandu pembuat keputusan dalam memilih alternatif kebijakan yang paling efektif.

Pola penyusunan naskah ini dimulai dari penegasan masalah menggunakan data morbiditas atau mortalitas, diikuti analisis hambatan sistemik, dan diakhiri dengan rekomendasi taktis. Sebagai contoh, dalam menyusun rekomendasi pemenuhan hak pelayanan kesehatan inklusif bagi penyandang disabilitas di Indonesia, data epidemiologi mengenai hambatan aksesibilitas fisik dan non-fisik di Puskesmas harus dikemas secara lugas (Pudjiastuti, 2022). Tanpa visualisasi data yang tajam mengenai kesenjangan cakupan layanan antara kelompok disabilitas dan non-disabilitas, pembuat kebijakan cenderung menunda alokasi anggaran untuk fasilitas inklusif. Implikasinya, penggunaan data epidemiologi deskriptif yang presisi dalam naskah mampu mengubah persepsi pembuat kebijakan dari menganggap isu disabilitas sebagai masalah sosial minoritas menjadi prioritas pembenahan Sistem Kesehatan yang mendesak.

Untuk mempermudah mahasiswa dalam merancang dokumen ini, sistematika penyusunan naskah *policy brief* yang ideal diilustrasikan pada tabel di bawah ini.

Tabel 13. 2. Struktur Naskah Policy Brief Berbasis Data Epidemiologi

Bagian Naskah	Deskripsi Fungsi	Input Data Epidemiologi	Target Kebijakan
Ringkasan Eksekutif	Intisari masalah dan solusi dalam 1-2 paragraf awal.	Indikator utama (misal: angka kematian, tren kasus).	Menarik perhatian instan pembuat kebijakan.
Deskripsi Masalah	Menjelaskan urgensi masalah dan kegagalan kebijakan saat ini.	Data prevalensi, insidensi, dan sebaran geografis penyakit.	Menetapkan skala prioritas masalah kesehatan.
Alternatif Kebijakan	Membandingkan opsi-opsi intervensi yang layak diterapkan.	Efektivitas intervensi sejenis dari studi terdahulu.	Memberikan pilihan logis bagi pengambil keputusan.
Rekomendasi	Langkah konkret operasional yang harus diambil segera.	Proyeksi penurunan kasus jika rekomendasi diimplementasikan.	Menjadi dasar regulasi atau Program Kesehatan baru.

Tabel 13.2 di atas menunjukkan alur logis penyusunan naskah di mana setiap elemen struktural saling mengunci dan diperkuat oleh data epidemiologi yang relevan pada kolom input. Melalui struktur ini, mahasiswa dapat memetakan ke mana data kuantitatif harus diletakkan agar memiliki dampak persuasif terbesar terhadap pembuat kebijakan.

⚠ PERHATIAN

Hindari penggunaan jargon epidemiologi yang terlalu rumit seperti *confounding variable* atau *hazard ratio* tanpa penjelasan sederhana dalam naskah *policy brief*. Pembuat kebijakan umumnya adalah generalis yang membutuhkan makna praktis dari angka-angka tersebut bagi kesejahteraan konstituen mereka.

Sebagai ilustrasi penerapan di Indonesia, ketika menyusun *policy brief* terkait cakupan imunisasi dasar yang rendah di beberapa wilayah pascapandemi, penulis tidak hanya menyajikan angka penurunan cakupan. Penulis harus menyandingkannya dengan data sebaran wilayah puskesmas yang kekurangan tenaga promotor kesehatan, lalu merekomendasikan redistribusi tenaga Promosi Kesehatan sebagai solusi taktis. Implikasinya, naskah tersebut tidak hanya menjadi dokumen keluhan, melainkan dokumen kerja yang siap diadopsi

menjadi Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan untuk mempercepat Implementasi Kebijakan imunisasi di tingkat daerah.

G. Revisi dan Penyempurnaan Policy Brief

Penyusunan draf awal naskah kebijakan barulah setengah dari perjalanan advokasi. Sebelum dokumen tersebut diserahkan secara resmi kepada pembuat kebijakan, diperlukan proses revisi dan penyempurnaan yang ketat. Langkah ini bertujuan untuk memastikan kelayakan implementasi, ketepatan sasaran, serta meminimalkan resistensi dari pemangku kepentingan yang mungkin terdampak oleh rekomendasi tersebut.

Proses penyempurnaan ini dilakukan melalui mekanisme uji publik terbatas atau diskusi kelompok terfokus (*Focus Group Discussion*). Dalam forum ini, promotor kesehatan mengundang perwakilan birokrat, akademisi, organisasi profesi, dan komunitas terdampak. Sebagai contoh, dalam merumuskan kebijakan realokasi anggaran untuk penanggulangan kedaruratan kesehatan di tingkat akar rumput, masukan dari pemerintah desa sangat penting untuk memastikan bahwa regulasi dana desa yang diusulkan dapat diterapkan tanpa melanggar aturan tata kelola keuangan negara (Hidayat, 2021).

Masukan dari uji publik sering kali memerlukan penyesuaian pada bagian rekomendasi agar lebih realistis secara politik dan hukum. Aspek perlindungan hukum bagi para pelaksana kebijakan di lapangan juga harus menjadi perhatian utama dalam proses revisi ini (Gegen, 2022). Tanpa adanya jaminan kepastian hukum yang jelas dalam rekomendasi kebijakan, para tenaga kesehatan di lapangan akan ragu-ragu untuk mengeksekusi program baru yang diusulkan.

CONTOH

Ketika draf awal kebijakan pelayanan inklusif diserahkan kepada Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan, muncul masukan bahwa anggaran daerah tidak mampu membiayai seluruh fasilitas ramah disabilitas dalam satu tahun anggaran. Berdasarkan umpan balik tersebut, naskah kebijakan direvisi dengan membagi rekomendasi menjadi tiga fase implementasi (jangka pendek, menengah, dan panjang) guna menyesuaikan dengan siklus anggaran daerah (Pudjiastuti dkk., 2022).

Melalui proses revisi yang partisipatif dan berbasis masukan riil dari lapangan, dokumen kebijakan yang dihasilkan akan memiliki tingkat penerimaan (*acceptability*) yang tinggi. Dokumen tersebut tidak lagi dipandang sebagai instruksi sepihak dari akademisi, melainkan sebagai solusi bersama

yang dirumuskan secara kolaboratif untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan masyarakat di daerah.

Rangkuman

Menjembatani kesenjangan komunikasi antara hasil analisis epidemiologi ilmiah yang rumit dan realitas pengambilan keputusan taktis di tingkat birokrasi memerlukan instrumen advokasi yang ringkas, persuasif, serta berorientasi langsung pada tindakan nyata. *Policy brief* hadir sebagai dokumen strategis sepanjang dua hingga empat halaman yang menerjemahkan data epidemiologis yang kompleks menjadi bahasa administratif yang mudah dipahami oleh para pembuat kebijakan yang memiliki keterbatasan waktu. Bagi seorang promotor kesehatan pada program sarjana terapan, kemahiran menyusun dokumen ini sangat krusial untuk menyuarakan aspirasi kelompok rentan, menggalang dukungan lintas sektor guna mengatasi ego sektoral, serta mengarahkan alokasi anggaran secara efektif demi keadilan pelayanan kesehatan di tingkat daerah. Keberhasilan penyusunan ringkasan kebijakan ini sangat bergantung pada ketajaman identifikasi masalah, di mana analisis situasi epidemiologi yang solid harus mampu memisahkan gejala permukaan dari akar penyebab masalah sistemik yang sesungguhnya. Melalui pemanfaatan matriks prioritas masalah yang menyandingkan parameter epidemiologi seperti prevalensi atau tingkat drop-out dengan dampak administratif, prioritas intervensi dapat ditentukan secara objektif dan transparan. Selanjutnya, dokumen ini harus menyajikan analisis komparatif atas berbagai alternatif kebijakan yang realistis, alih-alih menawarkan opsi tunggal, dengan mempertimbangkan aspek kelayakan teknis, penerimaan politik, serta kapasitas fiskal daerah. Pada akhirnya, dokumen ini ditutup dengan rekomendasi kebijakan yang tidak sekadar normatif, melainkan bersifat operasional, terukur, dan memiliki penanggung jawab yang jelas (*actionable*). Penguasaan kompetensi praktis ini membekali lulusan Promosi Kesehatan dengan kapasitas kepemimpinan strategis untuk mengonversi bukti ilmiah lapangan menjadi regulasi konkret yang protektif bagi kesehatan masyarakat secara luas.

Latihan

a. Essay

1. Analisis mengapa kegagalan pembuat kebijakan dalam membedakan antara gejala (*symptom*) dan akar penyebab masalah (*root cause*) dapat menyebabkan intervensi promosi kesehatan salah sasaran. Berikan satu contoh konkret berdasarkan transisi layanan kesehatan di daerah rural.
2. Bandingkan efektivitas penyampaian data epidemiologi melalui laporan penelitian konvensional yang tebal dengan penyampaian melalui *policy brief* dalam memengaruhi keputusan kepala daerah. Telaah aspek hambatan komunikasi dan keterbatasan waktu birokrat dalam analisis Anda.
3. Rumuskan sebuah rekomendasi kebijakan yang memenuhi prinsip operasional, terukur, dan *actionable* untuk mengatasi masalah tingginya angka *drop-out* imunisasi dasar di suatu wilayah, serta bedakan karakteristiknya dari rekomendasi yang bersifat normatif.
4. Evaluasi peran penting matriks analisis prioritas dalam menyandingkan parameter epidemiologi dengan dampak administratif. Bagaimana matriks ini membantu promotor kesehatan dalam merasionalkan urgensi penanganan stagnasi angka stunting kepada pembuat kebijakan di tingkat desa?
5. Argumentasikan mengapa penyusunan alternatif kebijakan dalam *policy brief* tidak boleh hanya menyajikan opsi tunggal. Bagaimana penyediaan variasi pilihan tersebut memengaruhi penerimaan politik dan penyesuaian kapasitas fiskal oleh pengambil keputusan di daerah?

b. Pilihan Berganda

1. Manakah dari pernyataan berikut yang paling tepat menggambarkan karakteristik utama dari sebuah *policy brief* dalam konteks kebijakan kesehatan?
 - a. Dokumen ilmiah tebal yang menyajikan metodologi penelitian epidemiologi secara rinci dan mendalam.
 - b. Dokumen ringkas, objektif, dan persuasif yang menyajikan analisis masalah beserta rekomendasi kebijakan yang aplikatif.
 - c. Laporan pertanggungjawaban keuangan berkala mengenai pelaksanaan program promosi kesehatan di tingkat daerah.
 - d. Artikel opini populer yang diterbitkan di media massa untuk meningkatkan kesadaran masyarakat umum.

2. Berapakah jumlah halaman yang umumnya dirancang untuk sebuah *policy brief* agar efektif dibaca oleh pengambil keputusan di sela-sela jadwal padat mereka?
 - a. 2 hingga 4 halaman
 - b. 10 hingga 15 halaman
 - c. 20 hingga 30 halaman
 - d. Minimal 50 halaman
3. Secara taktis, *policy brief* berfungsi sebagai jembatan penghubung antara dua aspek penting dalam pembangunan kesehatan, yaitu...
 - a. Teori sosiologi dan praktik klinis perorangan
 - b. Bukti ilmiah (*evidence*) dan tindakan politik (*action*)
 - c. Anggaran pendapatan daerah dan belanja rutin kementerian
 - d. Opini publik di media sosial dan hasil survei kepuasan
4. Apabila sebuah wilayah mengalami penurunan kualitas pelayanan kesehatan akibat hambatan akses fisik selama situasi darurat, manakah yang merupakan akar penyebab (*root cause*) masalah tersebut?
 - a. Rendahnya kesadaran masyarakat untuk mengunjungi fasilitas kesehatan
 - b. Kurangnya publikasi media mengenai jadwal pelayanan Puskesmas
 - c. Keterbatasan infrastruktur pelayanan jarak jauh atau teknologi kesehatan
 - d. Ketidakmauan masyarakat dalam membayar biaya pengobatan mandiri
5. Berdasarkan matriks analisis prioritas, parameter epidemiologi berupa "prevalensi > 20% di tingkat desa" untuk masalah stagnasi stunting memiliki dampak administrasi berupa...
 - a. Defisit operasional rumah sakit daerah selama masa krisis
 - b. Risiko kejadian luar biasa (KLB) akibat drop-out antigen baru
 - c. Hambatan regulasi tarif jaminan pada layanan telemedicine
 - d. Alokasi Dana Desa yang tidak optimal untuk program kesehatan
6. Mengapa seorang promotor kesehatan harus menghindari pengajuan opsi tunggal dalam menyusun alternatif kebijakan?
 - a. Agar pembuat kebijakan dapat memilih opsi yang paling sesuai dengan konstelasi politik dan kapasitas fiskal daerah
 - b. Karena pengajuan opsi tunggal akan mengurangi nilai ilmiah dari laporan penelitian epidemiologi

- c. Untuk memperpanjang halaman dokumen *policy brief* agar memenuhi standar minimal penulisan
 - d. Agar tanggung jawab kegagalan program dapat dialihkan sepenuhnya kepada masyarakat penerima manfaat
7. Manakah di antara pernyataan berikut yang memenuhi kriteria rekomendasi kebijakan yang baik (*actionable*)?
- a. "Meningkatkan koordinasi lintas sektor dalam penanganan stunting di seluruh wilayah kabupaten."
 - b. "Menginstruksikan Dinas Kesehatan untuk menerbitkan Keputusan Bupati tentang Pembentukan Satgas Lintas Sektor Penurunan Stunting paling lambat triwulan pertama."
 - c. "Menghimbau masyarakat agar selalu menjaga kebersihan lingkungan sekitar rumah masing-masing."
 - d. "Melakukan kajian mendalam mengenai dampak perubahan iklim terhadap penyebaran penyakit menular."
8. Menurut Sutrisna dkk. (2021), penyusunan argumen yang terstruktur dalam *policy brief* untuk penanganan penyakit menular yang kompleks berfungsi untuk...
- a. Menghilangkan peran dinas kesehatan dalam pengawasan epidemiologi
 - b. Menyederhanakan kompleksitas birokrasi dan menyatukan visi lintas sektor guna mengatasi ego sektoral
 - c. Mengurangi alokasi anggaran promotif-preventif di tingkat puskesmas pembantu
 - d. Membatasi akses pelayanan kesehatan bagi kelompok masyarakat non-vaksinasi
9. Berdasarkan studi Pudjiastuti dkk. (2022), penyusunan naskah kebijakan yang inklusif bagi kelompok rentan terbukti mampu mendorong lahirnya regulasi yang lebih ramah terhadap...
- a. Penyandang disabilitas di tingkat daerah
 - b. Penyedia layanan kesehatan swasta komersial
 - c. Importir alat kesehatan dari luar negeri
 - d. Lembaga donor internasional di ibu kota
10. Menurut Ambarwati (2021), analisis data keuangan dan utilisasi pelayanan sangat penting untuk mengidentifikasi celah regulasi yang menyebabkan...
- a. Penurunan drastis jumlah tenaga promotor kesehatan di rumah sakit

- b. Keterlambatan klaim atau ketidakseimbangan alokasi anggaran promotif-preventif
- c. Peningkatan prevalensi penyakit tidak menular di wilayah perkotaan
- d. Penolakan masyarakat terhadap program jaminan kesehatan nasional

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Di Kabupaten Merbabu, cakupan imunisasi dasar lengkap mengalami penurunan drastis hingga drop-out rate mencapai 15% selama dua tahun terakhir, yang memicu ancaman Kejadian Luar Biasa (KLB) difteri. Dinas Kesehatan setempat mengklaim masalah ini disebabkan oleh "rendahnya kesadaran ibu karena termakan hoaks di media sosial". Namun, survei lapangan oleh tim Promotor Kesehatan menunjukkan adanya kendala distribusi logistik vaksin ke Puskesmas terpencil serta tidak adanya biaya operasional bagi kader untuk melakukan pelacakan balita yang mangkir imunisasi. Analisis situasi di atas menggunakan konsep identifikasi masalah kebijakan. Bedakan antara gejala (*symptom*) dan akar penyebab (*root cause*) masalah tersebut. Kemudian, rumuskan satu rekomendasi kebijakan yang bersifat *actionable* bagi Bupati Kabupaten Merbabu untuk mengatasi akar penyebab tersebut.
2. Kota Lestari menghadapi masalah tingginya prevalensi stunting yang stagnan di angka 24,5%. Sebagai lulusan Sarjana Terapan Promosi Kesehatan yang bekerja di Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda), Anda ditugaskan menyusun draf *policy brief* untuk Wali Kota. Selama ini, intervensi stunting hanya dibebankan pada Dinas Kesehatan melalui pembagian biskuit tambahan, sementara Dinas Pekerjaan Umum (terkait sanitasi) dan Dinas Pemberdayaan Masyarakat (terkait alokasi Dana Kelurahan) tidak terlibat aktif karena ego sektoral dan ketiadaan regulasi pengikat. Susunlah analisis alternatif kebijakan dengan merumuskan minimal dua opsi tindakan yang realistis bagi Wali Kota Lestari. Evaluasi setiap opsi berdasarkan aspek kelayakan teknis dan penerimaan politik, lalu tentukan satu opsi terbaik beserta argumen pendukungnya.

BAB 14

PRESENTASI DAN VALIDASI KEBIJAKAN KESEHATAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menerapkan teknik presentasi visual dan verbal yang efektif dalam menyajikan draf *policy brief* epidemiologi kepada pembuat kebijakan.
2. Mendemonstrasikan peran dan simulasi audiensi dengan berbagai pemangku kepentingan sektor kesehatan secara taktis dan persuasif.
3. Menggunakan teknik argumentasi berbasis bukti epidemiologis untuk mempertahankan rekomendasi kebijakan saat menghadapi sanggahan dari audiens.
4. Menentukan instrumen evaluasi dan validasi yang tepat untuk menguji kelayakan serta akseptabilitas rekomendasi kebijakan kesehatan.
5. Memodifikasi draf *policy brief* berdasarkan umpan balik konstruktif hasil audiensi dan merumuskan rencana tindak lanjut implementasinya.

B. Pendahuluan

Formulasi kebijakan kesehatan berbasis bukti (*evidence-based health policy*) sering kali menghadapi jurang pemisah yang lebar antara ranah akademis dan realitas praktis pengambil keputusan. Dalam konteks promosi kesehatan, seorang praktisi tidak hanya dituntut terampil menganalisis data epidemiologi, tetapi juga harus mampu mengomunikasikan temuan tersebut menjadi tindakan nyata yang disetujui oleh pemegang otoritas. Sering kali, rekomendasi kebijakan yang kuat secara ilmiah gagal diterapkan hanya karena penyampaian yang terlalu teoretis, kurang taktis, atau tidak selaras dengan prioritas politik pemangku kepentingan. Oleh karena itu, kemampuan mempresentasikan, mempertahankan, dan memvalidasi rekomendasi kebijakan merupakan kompetensi krusial bagi mahasiswa Sarjana Terapan Promosi Kesehatan agar

analisis epidemiologi yang telah disusun tidak berakhir sebagai tumpukan dokumen di atas meja birokrat semata.

Sebagai ilustrasi konkret, kita dapat mengamati upaya advokasi penurunan prevalensi stunting di tingkat kabupaten di Indonesia. Ketika tim promosi kesehatan menyajikan data epidemiologi stunting yang rumit tanpa teknik komunikasi yang tepat, para pengambil kebijakan di Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) cenderung pasif karena kesulitan menangkap urgensi anggaran. Sebaliknya, ketika tim menggunakan teknik *policy brief* yang ringkas, menyajikan data spasial sebaran stunting, dan menyimulasikan audiensi dengan pendekatan multisektoral, respons yang didapat jauh lebih progresif. Implikasinya, penguasaan teknik presentasi dan kemampuan bernegosiasi secara langsung menentukan apakah sebuah intervensi kesehatan masyarakat akan mendapatkan dukungan regulasi dan anggaran, atau justru diabaikan dalam proses perencanaan daerah.

Guna menjembatani kebutuhan kompetensi tersebut, bab ini akan membekali mahasiswa dengan keterampilan praktis untuk mengomunikasikan dan memvalidasi kebijakan kesehatan secara profesional. Pembahasan akan diawali dengan teknik presentasi *policy brief* yang persuasif dan dilanjutkan dengan simulasi audiensi bersama pemangku kepentingan guna melatih kepekaan birokrasi. Selanjutnya, mahasiswa akan mempelajari teknik mempertahankan argumentasi kebijakan dari berbagai sanggahan kritis menggunakan data epidemiologi yang solid. Bab ini juga mengulas metode evaluasi dan validasi rekomendasi kebijakan untuk memastikan kelayakan program, serta diakhiri dengan panduan melakukan revisi akhir dan menyusun rencana tindak lanjut pasca-audiensi.

Presentasi dan Validasi Rekomendasi Kebijakan



Tujuan: rekomendasi yang jelas, layak, dapat diterima, dan siap ditindaklanjuti

Gambar 14. 1. Alur Presentasi dan Validasi Rekomendasi Kebijakan Kesehatan

C. Teknik Presentasi Policy Brief

Penyampaian rekomendasi kebijakan kepada pengambil keputusan menuntut efisiensi waktu dan ketajaman pesan. Di lingkungan birokrasi Indonesia, pejabat publik sering kali hanya memiliki waktu kurang dari lima belas menit untuk mendengarkan paparan staf atau praktisi promosi kesehatan. Oleh karena itu, mahasiswa harus mampu menerapkan teknik presentasi yang ringkas, visual, dan berorientasi pada tindakan. Pendekatan ini membalik struktur presentasi akademis konvensional dengan menempatkan kesimpulan dan rekomendasi utama di bagian awal (metode piramida terbalik), diikuti oleh bukti epidemiologis pendukung, dan diakhiri dengan rincian implementasi.

Dalam merancang media visual, kurangi penggunaan teks yang padat dan gantilah dengan infografis data spasial atau grafik tren epidemiologi yang mudah dipahami dalam sekali lihat. Sebagai contoh, saat menyajikan strategi penguatan *telemedicine* di daerah terpencil untuk menjaga aksesibilitas pelayanan kesehatan (Lubis, 2021), visualisasi peta sebaran wilayah tanpa sinyal internet (*blank spot*) dan lokasi fasilitas kesehatan jauh lebih persuasif bagi kepala dinas kesehatan dibandingkan tabel angka koordinat yang rumit. Selain itu, penataan posisi layanan komunitas dalam sistem kesehatan daerah harus disajikan secara skematis agar pemangku kebijakan memahami alur rujukan secara cepat (Sutrisna, 2021), termasuk kejelasan delineasi

kewenangan klinis pada masing-masing tingkat fasilitas kesehatan (Kusnandar, 2025).

Secara verbal, presentasi harus menghindari jargon medis atau istilah statistik yang terlalu teoretis. Alih-alih menyebutkan nilai signifikansi statistik yang rumit pada analisis regresi, komunikasikan dampak praktisnya seperti potensi penurunan keterlambatan penanganan pasien melalui edukasi digital. Hal ini memastikan bahwa pesan utama tetap fokus pada implikasi kebijakan dan anggaran. Teknik *hook* verbal yang efektif dapat diawali dengan menyajikan satu angka statistik kunci yang mengejutkan atau satu studi kasus riil di lapangan. Misalnya, menyajikan data bahwa satu dari tiga balita di wilayah kerja mengalami hambatan tumbuh kembang secara permanen akibat keterlambatan intervensi gizi. Kalimat pembuka seperti ini langsung menarik perhatian pembuat kebijakan karena menghubungkan data epidemiologi dengan tanggung jawab moral dan administratif mereka.

Tabel 14. 1. Struktur Presentasi dan Alokasi Waktu Policy Brief untuk Pembuat Kebijakan

Tahap Presentasi	Durasi	Fokus Konten	Pendekatan Komunikasi
Hook & Urgensi Masalah	2 Menit	Data tren epidemiologi mutakhir dan dampak ekonomi jika masalah dibiarkan.	Persuasif dan menggugah kesadaran krisis (<i>sense of urgency</i>).
Pilihan Kebijakan	3 Menit	Perbandingan kelebihan dan kelemahan dari beberapa alternatif kebijakan.	Objektif, berbasis data komparatif, dan realistis.
Rekomendasi Utama	3 Menit	Solusi spesifik yang diusulkan beserta estimasi kebutuhan sumber daya.	Solutif, aplikatif, dan selaras dengan regulasi nasional.
Sesi Tanya Jawab	7 Menit	Klarifikasi kelayakan teknis, anggaran, dan dukungan politis.	Tegas, berbasis bukti, dan akomodatif terhadap masukan.

Tabel 14.1 menunjukkan pembagian waktu yang sangat ketat dengan porsi tanya jawab yang dominan. Struktur ini melatih mahasiswa untuk tidak menghabiskan waktu pada latar belakang masalah, melainkan fokus pada negosiasi solusi dan kelayakan implementasi rekomendasi yang ditawarkan kepada pembuat kebijakan.

D. Simulasi Audiensi dengan Pemangku Kepentingan

Simulasi audiensi merupakan instrumen pembelajaran berbasis pemecahan masalah (*problem-based learning*) yang dirancang untuk melatih kemampuan mahasiswa dalam mendemonstrasikan advokasi kebijakan secara taktis. Dalam ranah Administrasi Kesehatan dan Promosi Kesehatan, data epidemiologi yang akurat tidak akan memiliki dampak transformatif jika tidak dikomunikasikan dengan tepat kepada para pengambil keputusan. Simulasi ini menuntut mahasiswa untuk mengidentifikasi, memetakan, dan memerankan berbagai karakter pemangku kepentingan (*stakeholders*) berdasarkan tingkat kekuasaan (*power*) dan kepentingan (*interest*) mereka terhadap isu kesehatan yang diangkat. Melalui interaksi bermain peran (*role-play*), mahasiswa belajar menyelaraskan bahasa ilmiah epidemiologi dengan bahasa pragmatis birokrasi, anggaran, dan politik praktis, yang sejalan dengan penanaman nilai-nilai partisipasi warga negara dalam pengambilan keputusan publik (Kurniawan, 2018).

Sebagai contoh konkret di Indonesia, kita dapat merujuk pada dinamika koordinasi lintas sektor dalam Implementasi Kebijakan vaksinasi COVID-19 di Kota Surabaya (Asyafin, 2021). Dalam skenario simulasi, mahasiswa dibagi ke dalam beberapa peran kunci: Tim Promotor Kesehatan (sebagai penyaji *policy brief*), Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya (yang berfokus pada target capaian *herd immunity*), Kepala Bappeda (yang mengkhawatirkan efisiensi anggaran daerah), serta perwakilan tokoh masyarakat atau organisasi keagamaan lokal (yang menyuarakan keraguan publik terhadap aspek keamanan vaksin). Ketika Tim Promotor Kesehatan menyajikan rekomendasi perluasan pos vaksinasi di tingkat rukun warga (RW), mereka tidak hanya menyodorkan data transmisi virus, tetapi juga harus bernegosiasi secara langsung dengan tokoh masyarakat yang khawatir akan penolakan warga, serta meyakinkan Bappeda bahwa investasi anggaran taktis ini akan mempercepat pemulihan ekonomi kota.

CONTOH

Skenario Simulasi Audiensi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Tingkat Kabupaten. Tim Promotor Kesehatan berhadapan dengan tiga faksi pemangku kepentingan: (1) Dinas Kesehatan yang mendukung penuh demi menurunkan prevalensi penyakit tidak menular; (2) Dinas Pendapatan Daerah yang khawatir akan penurunan Pendapatan Asli Daerah (PAD) dari reklame rokok; dan (3) Asosiasi Pedagang Kelontong yang cemas akan kehilangan omzet penjualan. Mahasiswa harus

merumuskan argumen penyeimbang yang menunjukkan bahwa biaya pengobatan akibat dampak merokok jauh lebih besar daripada kehilangan PAD reklame.

Implikasi dari metode simulasi ini adalah terbentuknya kompetensi komunikasi advokatif yang adaptif pada diri mahasiswa. Dengan mengalami langsung tekanan, interupsi, dan skeptisisme dari pemangku kepentingan dalam lingkungan akademis yang terkendali, mahasiswa mampu mengidentifikasi celah dalam argumentasi mereka sebelum terjun ke lapangan nyata. Kemampuan menyelaraskan bukti epidemiologis dengan prioritas administratif ini memastikan bahwa rancangan Program Kesehatan yang diusulkan tidak berhenti sebagai dokumen akademis, melainkan bertransformasi menjadi regulasi daerah yang didukung penuh oleh anggaran publik.

E. Teknik Mempertahankan Argumentasi Kebijakan

Menghadapi sanggahan dari pemangku kebijakan membutuhkan kesiapan mental dan ketajam metodologis. Mahasiswa harus mampu menerapkan teknik argumentasi berbasis bukti (*evidence-based argumentation*) untuk mempertahankan rekomendasi kebijakan tanpa bersikap defensif secara emosional. Salah satu metode yang sangat efektif untuk diterapkan adalah Model Argumentasi Toulmin. Model ini memandu mahasiswa untuk menyusun argumen yang terdiri atas klaim kebijakan (*claim*), data epidemiologi pendukung (*data*), jaminan logika yang menghubungkan data dengan klaim (*warrant*), bukti tambahan untuk memperkuat jaminan (*backing*), batasan kondisi di mana klaim tersebut berlaku (*qualifier*), serta antisipasi sanggahan (*rebuttal*).

⚠ PERHATIAN

Kesalahan umum yang sering dilakukan oleh praktisi pemula adalah mempertahankan kebijakan dengan menggunakan argumen moral atau asumsi tanpa dukungan data kuantitatif yang valid. Hal ini membuat argumen mudah dipatahkan oleh pembuat kebijakan yang berorientasi pada hasil konkret dan rasionalitas anggaran.

Sebagai contoh kasus, ketika mahasiswa merekomendasikan kebijakan penegakan disiplin protokol kesehatan di tempat kerja guna meningkatkan produktivitas karyawan (Swatika, 2022), pemangku kebijakan dari asosiasi pengusaha mungkin akan menyanggah dengan alasan biaya operasional yang tinggi. Untuk mempertahankan argumen ini, mahasiswa harus menggunakan data epidemiologi yang menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan protokol

kesehatan yang tinggi berkolerasi langsung dengan penurunan angka absensi kerja akibat sakit (Riyadi, 2021). Argumen tersebut diperkuat dengan jaminan logis bahwa investasi pada fasilitas sanitasi dan promosi kesehatan di tempat kerja jauh lebih murah dibandingkan kerugian ekonomi akibat penghentian operasional pabrik karena klaster penularan (Pasaribu, 2021).

Saat menghadapi sanggahan kritis, teknik yang harus diterapkan adalah mendengarkan secara aktif, memvalidasi kekhawatiran audiens, lalu mengarahkan kembali fokus pada data. Mahasiswa dapat menggunakan kalimat transisi yang menunjukkan penghargaan terhadap sudut pandang pengambil keputusan sebelum menyajikan data pembanding. Pendekatan ini membuktikan bahwa argumen kebijakan yang dipertahankan tidak bersifat kaku, melainkan solutif, realistis, dan berorientasi pada perlindungan jangka panjang masyarakat.

F. Evaluasi dan Validasi Rekomendasi Kebijakan

Evaluasi dan validasi rekomendasi kebijakan merupakan tahapan kritis untuk menguji apakah draf kebijakan yang diusulkan memiliki tingkat kelayakan, efektivitas, dan akseptabilitas yang tinggi sebelum masuk ke tahap Formulasi Kebijakan formal. Validasi ini berfungsi sebagai saringan ilmiah dan praktis untuk meminimalkan risiko kegagalan kebijakan (*policy failure*) saat diimplementasikan. Metode validasi yang umum digunakan meliputi teknik Delphi, diskusi kelompok terfokus (*Focus Group Discussion*), dan penggunaan matriks kriteria kelayakan. Melalui proses ini, rekomendasi yang awalnya disusun dari perspektif akademis murni disesuaikan dengan realitas hukum, kapasitas fiskal, dan kesiapan infrastruktur Sistem Kesehatan yang ada.

Sebagai contoh di Indonesia, proses validasi ini terlihat nyata dalam penyusunan rekomendasi pelayanan kesehatan inklusif bagi penyandang disabilitas yang diinisiasi oleh Komite Nasional MOST-UNESCO Indonesia (Pudjiastuti, 2022). Sebelum draf naskah kebijakan diserahkan kepada Kementerian Kesehatan, tim perumus melakukan validasi multi-kriteria untuk menguji apakah rekomendasi penyediaan fasilitas puskesmas ramah disabilitas dapat diterapkan secara merata. Validasi dilakukan dengan melibatkan organisasi penyandang disabilitas untuk menguji aspek akseptabilitas sosial, ahli hukum kesehatan untuk menguji keselarasan regulasi, serta perwakilan dinas kesehatan daerah untuk menilai kesiapan anggaran operasional.

Implikasinya, rekomendasi kebijakan yang telah melalui proses validasi ketat memiliki peluang jauh lebih besar untuk diadopsi menjadi kebijakan resmi dan diimplementasikan tanpa hambatan penolakan sosial yang berarti. Bagi mahasiswa Promosi Kesehatan, keterampilan menggunakan instrumen validasi ini melatih ketajaman berpikir kritis dalam menyaring berbagai alternatif solusi epidemiologis, sehingga hanya merekomendasikan intervensi yang paling realistis, adil, dan berdampak luas bagi masyarakat.

Untuk mempermudah proses penilaian kelayakan ini, mahasiswa dapat menggunakan instrumen sistematis berupa matriks validasi multi-kriteria yang mengukur berbagai dimensi penting dari rekomendasi kebijakan yang diusulkan.

Tabel 14. 2. Matriks Validasi Kelayakan Rekomendasi Kebijakan Kesehatan

Kriteria Validasi	Deskripsi Parameter	Bobot (%)	Skor (1-5)	Justifikasi Kelayakan
Kelayakan Teknis	Ketersediaan teknologi, SDM kesehatan, dan infrastruktur operasional.	25	4	Alat pelindung dan sistem rujukan sudah tersedia di puskesmas.
Kelayakan Finansial	Kesesuaian dengan kapasitas APBD/APBN dan proyeksi efisiensi biaya.	20	3	Membutuhkan realokasi anggaran Program Kesehatan sebesar 5%.
Akseptabilitas Politik	Tingkat dukungan dari kepala daerah, legislatif, dan organisasi profesi.	20	4	Selaras dengan program prioritas bupati dalam penurunan stunting.
Kesetaraan Sosial	Aksesibilitas bagi kelompok rentan, miskin, dan penyandang disabilitas.	20	5	Menjamin pelayanan gratis bagi seluruh warga miskin (Pudjiastuti, 2022).
Keselarasan Regulasi	Ketiadaan tumpang tindih dengan undang-undang atau peraturan di atasnya.	15	5	Sesuai dengan UU Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan terbaru.

Berdasarkan matriks di atas, suatu rekomendasi kebijakan dinyatakan layak diuji coba jika total skor tertimbang mencapai nilai ambang batas yang disepakati (misalnya minimal 4,0). Pendekatan kuantitatif yang dikombinasikan dengan justifikasi kualitatif ini meminimalkan subjektivitas tim perumus dalam menentukan prioritas intervensi kesehatan masyarakat.

G. Revisi Akhir dan Tindak Lanjut Policy Brief

Tahap akhir dari siklus penyusunan *policy brief* adalah melakukan revisi komprehensif berdasarkan seluruh umpan balik yang diperoleh selama proses audiensi dan validasi. Mahasiswa harus menerapkan ketelitian tinggi dalam menyelaraskan kembali data epidemiologi, analisis biaya, dan formulasi kalimat rekomendasi agar tidak terjadi kontradiksi. Revisi ini juga harus memperhatikan aspek regulasi keuangan daerah yang berlaku agar rekomendasi program yang diusulkan dapat diintegrasikan ke dalam dokumen perencanaan resmi seperti Rencana Kerja Pemerintah Daerah (Anggoro, 2023).

Dalam konteks reformasi birokrasi di Indonesia, usulan kebijakan sering kali harus beradaptasi dengan kebijakan penyederhanaan struktur organisasi atau *bureaucratic trimming* (Nalien, 2021). Oleh karena itu, jika rekomendasi awal mengusulkan pembentukan satuan tugas baru yang dinilai memperpanjang jalur birokrasi, mahasiswa harus merevisinya dengan mengoptimalkan fungsi koordinasi wadah yang sudah ada, seperti Tim Penggerak Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (TP-PKK) atau forum kota sehat. Penyesuaian ini membuat rekomendasi menjadi lebih ramping, efisien, dan mudah disetujui oleh otoritas kepegawaian dan organisasi daerah.

Setelah naskah *policy brief* dinyatakan final, langkah berikutnya adalah merumuskan rencana tindak lanjut (*action plan*) penyebaran dokumen. Diseminasi tidak boleh terbatas pada penyerahan dokumen fisik secara pasif kepada kepala daerah. Mahasiswa harus merancang strategi diseminasi multi-saluran, termasuk pembuatan ringkasan eksekutif satu halaman (*policy memo*) untuk pengambil keputusan, rilis media massa untuk membangun opini publik, serta presentasi dalam forum-forum ilmiah atau rapat koordinasi teknis dinas terkait (Desrinelti, 2021).

i CATATAN

Keberhasilan dari sebuah naskah kebijakan tidak diukur dari seberapa tebal dokumen yang dihasilkan, melainkan dari seberapa jauh rekomendasi tersebut diadopsi ke dalam regulasi formal, seperti Peraturan Bupati/Wali Kota atau Peraturan Daerah, yang diikuti dengan alokasi anggaran operasional yang nyata.

Sebagai tindak lanjut jangka panjang, mahasiswa perlu merancang indikator pemantauan kepatuhan untuk mengawal jalannya implementasi kebijakan di lapangan. Dengan demikian, peran mahasiswa Sarjana Terapan Promosi Kesehatan tidak berhenti sebagai analis yang pasif, melainkan bertindak sebagai

agen perubahan yang aktif mengawal transformasi kebijakan kesehatan demi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Rangkuman

Penyampaian rekomendasi kebijakan kesehatan yang efektif menuntut transformasi radikal dari gaya presentasi akademis konvensional menuju pendekatan komunikasi yang ringkas, visual, dan berorientasi pada tindakan nyata. Melalui penerapan metode piramida terbalik, praktisi promosi kesehatan dituntut memprioritaskan kesimpulan dan rekomendasi taktis di awal paparan, didukung visualisasi data spasial serta grafik tren epidemiologi yang persuasif guna mengatasi keterbatasan waktu para pengambil keputusan di lingkungan birokrasi. Keberhasilan advokasi ini tidak hanya bertumpu pada kekuatan data, melainkan pada kemampuan memetakan kekuasaan dan kepentingan pemangku kebijakan lintas sektor—seperti Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, Dinas Pendapatan Daerah, hingga tokoh masyarakat—yang disimulasikan melalui metode pembelajaran berbasis masalah. Dalam dinamika audiensi yang kompleks, tantangan berupa penolakan anggaran, kekhawatiran penurunan pendapatan daerah, atau skeptisisme publik harus dihadapi secara metodologis menggunakan teknik argumentasi berbasis bukti. Penggunaan Model Argumentasi Toulmin membantu menyusun pembelaan kebijakan secara kokoh melalui integrasi klaim, data pendukung, jaminan logika, bukti tambahan, batasan kondisi, hingga antisipasi sanggahan secara terstruktur tanpa terjebak pada argumen moral yang subjektif. Implikasinya bagi lulusan sarjana terapan promosi kesehatan adalah terbentuknya kompetensi komunikasi advokatif yang adaptif, taktis, dan tangguh di lapangan. Kemampuan menyelaraskan bukti ilmiah epidemiologi dengan prioritas administratif, kalkulasi anggaran, dan dinamika politik praktis ini memastikan bahwa rancangan program kesehatan yang diusulkan tidak sekadar berakhir sebagai dokumen akademis di atas kertas, melainkan berhasil divalidasi dan ditransformasikan menjadi regulasi daerah yang didukung penuh oleh alokasi anggaran publik yang konkret dan berkelanjutan.

Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana penerapan metode piramida terbalik dalam presentasi *policy brief* dapat memengaruhi proses pengambilan keputusan oleh kepala dinas kesehatan yang memiliki keterbatasan waktu birokrasi dibandingkan dengan presentasi akademis konvensional.
2. Bandingkan efektivitas penggunaan infografis data spasial (seperti peta sebaran wilayah tanpa sinyal internet) dengan penyajian tabel koordinat numerik konvensional dalam meyakinkan pembuat kebijakan untuk menyetujui program penguatan *telemedicine* di daerah terpencil.
3. Evaluasi pentingnya melakukan pemetaan pemangku kepentingan berdasarkan tingkat kekuasaan (*power*) dan kepentingan (*interest*) sebelum melaksanakan simulasi audiensi kebijakan kesehatan, serta jelaskan dampaknya terhadap penyusunan strategi komunikasi advokasi Anda.
4. Rumuskan sebuah argumen pembuka (*hook* verbal) yang memanfaatkan data epidemiologi riil untuk menarik perhatian pembuat kebijakan daerah terhadap isu stunting, serta jelaskan mengapa pendekatan tersebut mampu menggugah kesadaran krisis (*sense of urgency*) mereka.
5. Telaah bagaimana Model Argumentasi Toulmin dapat digunakan oleh seorang promotor kesehatan untuk mempertahankan rekomendasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dari sanggahan Dinas Pendapatan Daerah yang mengkhawatirkan penurunan Pendapatan Asli Daerah (PAD) akibat hilangnya reklame rokok.

b. Pilihan Berganda

1. Mengapa metode piramida terbalik sangat dianjurkan dalam mempresentasikan *policy brief* kepada pembuat kebijakan di lingkungan birokrasi?
 - a. Memungkinkan pemapar menjelaskan metodologi penelitian secara mendalam di awal sesi.
 - b. Menempatkan kesimpulan dan rekomendasi utama di bagian awal untuk efisiensi waktu.
 - c. Membantu mengurangi kebutuhan visualisasi data epidemiologi yang rumit.
 - d. Menjamin pembuat kebijakan menyetujui anggaran tanpa perlu sesi tanya jawab.

2. Dalam menyajikan strategi penguatan *telemedicine* di daerah terpencil, media visual manakah yang paling persuasif bagi kepala dinas kesehatan?
 - a. Tabel koordinat geografis lengkap seluruh fasilitas kesehatan di daerah.
 - b. Grafik batang yang menunjukkan jumlah total penduduk tanpa akses internet.
 - c. Peta spasial sebaran wilayah tanpa sinyal (*blank spot*) dan lokasi fasilitas kesehatan terdekat.
 - d. Daftar tertulis mengenai spesifikasi teknis perangkat keras yang dibutuhkan.
3. Berdasarkan struktur presentasi *policy brief* pada Tabel 14.1, alokasi waktu terbesar diberikan pada tahap apa dan mengapa?
 - a. *Hook* & Urgensi Masalah, untuk membangun kesadaran krisis yang mendalam.
 - b. Pilihan Kebijakan, untuk memaparkan seluruh alternatif secara detail.
 - c. Rekomendasi Utama, untuk menjelaskan rincian implementasi anggaran.
 - d. Sesi Tanya Jawab, untuk mengklarifikasi kelayakan teknis, anggaran, dan dukungan politis.
4. Apa tujuan utama dari penggunaan teknik *hook* verbal di awal presentasi kebijakan kesehatan?
 - a. Menghindari pertanyaan kritis dari pembuat kebijakan selama sesi tanya jawab.
 - b. Menarik perhatian pembuat kebijakan dengan menghubungkan data epidemiologi dan tanggung jawab moral.
 - c. Menjelaskan landasan teori epidemiologi yang melatarbelakangi rekomendasi kebijakan.
 - d. Memperpanjang durasi presentasi agar pembuat kebijakan memahami seluruh detail program.
5. Dalam simulasi audiensi kebijakan, peran Kepala Bappeda umumnya berfokus pada aspek apa?
 - a. Target capaian teknis seperti cakupan imunisasi atau *herd immunity*.
 - b. Efisiensi anggaran daerah dan keselarasan dengan rencana pembangunan jangka menengah.

- c. Penolakan kultural dan keagamaan dari masyarakat lokal terhadap intervensi medis.
 - d. Penyusunan media promosi kesehatan yang menarik bagi masyarakat luas.
6. Kesalahan umum yang sering dilakukan oleh praktisi pemula saat mempertahankan argumen kebijakan di hadapan pembuat keputusan adalah...
 - a. Menggunakan data kuantitatif yang terlalu mutakhir dan spesifik.
 - b. Mempertahankan kebijakan menggunakan argumen moral atau asumsi tanpa dukungan data valid.
 - c. Menyajikan terlalu banyak pilihan kebijakan alternatif yang realistis.
 - d. Menyelaraskan rekomendasi dengan regulasi nasional yang berlaku.
7. Komponen dalam Model Argumentasi Toulmin yang berfungsi sebagai jaminan logika yang menghubungkan data epidemiologi dengan klaim kebijakan disebut...
 - a. *Claim*
 - b. *Warrant*
 - c. *Backing*
 - d. *Rebuttal*
8. Ketika merancang simulasi audiensi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), siapakah pemangku kepentingan yang kemungkinan besar mengkhawatirkan penurunan Pendapatan Asli Daerah (PAD)?
 - a. Dinas Kesehatan
 - b. Dinas Pendapatan Daerah
 - c. Asosiasi Pedagang Kelontong
 - d. Koalisi Masyarakat Peduli Kesehatan
9. Secara verbal, presentasi *policy brief* harus menghindari penggunaan jargon medis atau istilah statistik teoretis. Pendekatan alternatif yang tepat adalah...
 - a. Menyebutkan nilai p-value secara detail untuk membuktikan signifikansi analisis regresi.
 - b. Menjelaskan rumus matematika di balik model proyeksi epidemiologi.
 - c. Mengomunikasikan dampak praktis seperti potensi penurunan keterlambatan penanganan pasien.

- d. Mengganti semua data kuantitatif dengan narasi kualitatif yang bersifat emosional.
- 10. Apa implikasi utama dari penerapan metode simulasi audiensi bagi mahasiswa promosi kesehatan?
 - a. Membantu mahasiswa menghafal seluruh istilah medis dalam kamus epidemiologi.
 - b. Membentuk kompetensi komunikasi advokatif yang adaptif terhadap tekanan dan skeptisisme birokrasi.
 - c. Menghilangkan kebutuhan akan penyusunan dokumen *policy brief* tertulis.
 - d. Memastikan semua usulan kebijakan langsung disetujui tanpa proses revisi anggaran.

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Anda adalah seorang Promotor Kesehatan di Kabupaten Merdeka yang sedang mengadvokasikan kebijakan perluasan pos gizi terintegrasi untuk mengatasi tingginya angka stunting (32% balita terdampak). Dalam rapat audiensi terbatas, Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) menyela presentasi Anda dan menyatakan bahwa anggaran daerah sangat terbatas dan lebih diprioritaskan untuk pembangunan infrastruktur jalan. Sementara itu, Kepala Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak mendukung program Anda tetapi tidak memiliki anggaran eksekusi. Analisis situasi di atas menggunakan pemetaan pemangku kepentingan (*power vs interest*). Rumuskan strategi komunikasi advokasi taktis dan argumen penyeimbang yang dapat meyakinkan Kepala Bappeda bahwa investasi pada pos gizi terintegrasi memiliki dampak ekonomi jangka panjang yang lebih menguntungkan dibanding penundaan program.
2. Tim Promosi Kesehatan Puskesmas Sejahtera mengusulkan draf Peraturan Desa tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di fasilitas umum. Dalam forum musyawarah desa, perwakilan Asosiasi Pedagang Kelontong dan pemilik warung kopi melakukan penolakan keras. Mereka berargumen bahwa pelarangan merokok di area warung akan menurunkan omzet penjualan harian mereka hingga 40% dan mematikan usaha mikro desa. Susunlah sebuah argumen pertahanan kebijakan menggunakan Model Argumentasi Toulmin secara lengkap (minimal mencakup komponen *Claim, Data, Warrant, dan Rebuttal*) untuk menghadapi penolakan para pedagang tersebut, dengan tetap menjaga hubungan kemitraan yang harmonis di tingkat desa.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhitya, B., Prabawa, A., & Kencana, H. (2022). Analisis Pengaruh Pendidikan, Kesehatan, Sanitasi dan Rata-Rata Jumlah Anggota Keluarga Per Rumah Tangga terhadap Kemiskinan di Indonesia. *EKONOMIS Journal of Economics and Business*, 6(1), 288-288. <https://doi.org/10.33087/ekonomis.v6i1.501>
- Adiyasa, M. R., & Meiyanti, M. (2021). Pemanfaatan obat tradisional di Indonesia: distribusi dan faktor demografis yang berpengaruh. *Jurnal Biomedika dan Kesehatan*, 4(3), 130-138. <https://doi.org/10.18051/jbiomedkes.2021.v4.130-138>
- Aisah, H., Zaqiah, Q. Y., & Supiana, A. S. (2021). Implementasi Kebijakan Asesmen Kemampuan Minimum (AKM): Analisis Implementasi Kebijakan AKM). *Jurnal Pendidikan Islam Al-Affan.*, 1(2), 128-135. <https://doi.org/10.69775/jpia.v1i2.25>
- Aji, S. D. (2019). *Konsep dasar sains*. Kanjuruhan Press. <https://doi.org/10.21067/press.7.7>
- Ambarwati, W. (2021). Pembiayaan Pasien COVID-19 dan Dampak Keuangan terhadap Rumah Sakit yang Melayani Pasien COVID-19 di Indonesia Analisis Periode Maret 2020 – Desember 2020. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 6(1). <https://doi.org/10.7454/eki.v6i1.4881>
- Ananda, A. R., Nama, G. F., & Mardiana, M. (2022). Pengembangan Sistem Informasi Geografis Pemerintahan Kota Metro Dengan Metode SSADM (Structured System Analysis and Design Method). *Jurnal Informatika dan Teknik Elektro Terapan*, 10(1). <https://doi.org/10.23960/jitet.v10i1.2261>
- Anggoro, D. D., Indriani, I., & Hikmat, R. A. A. A. (2023). *Pajak Daerah dan Retribusi Daerah dalam Kebijakan Hubungan Keuangan Pusat dan Daerah*. Universitas Brawijaya Press. <https://doi.org/10.11594/ubpress9786232967908>
- Aristi, N., Janitra, P. A., & Prihandini, P. (2021). Fokus narasi kekerasan seksual pada portal berita daring selama pandemi COVID-19. *Jurnal Kajian Komunikasi*, 9(1), 121-121. <https://doi.org/10.24198/jkk.v9i1.30673>
- Asyafin, M. A., Virdani, D., Kasih, K. D., & Arif, L. (2021). Implementasi kebijakan vaksinasi covid-19 di kota surabaya. *Journal Publicuho*, 4(2). <https://doi.org/10.35817/jpu.v4i2.18061>

- Baety, D. N., & Munandar, D. R. (2021). Analisis Efektifitas Pembelajaran Daring Dalam Menghadapi Wabah Pandemi Covid-19. *EDUKATIF JURNAL ILMU PENDIDIKAN*, 3(3), 880-989. <https://doi.org/10.31004/edukatif.v3i3.476>
- Bayu, H., & Windarta, J. (2021). Tinjauan Kebijakan dan Regulasi Pengembangan PLTS di Indonesia. *Jurnal Energi Baru dan Terbarukan*, 2(3), 123-132. <https://doi.org/10.14710/jebt.2021.10043>
- Darmastuti, S., Juned, M., Susanto, F. A., & Al-Husin, R. N. (2021). COVID-19 dan Kebijakan dalam Menyikapi Resesi Ekonomi: Studi Kasus Indonesia, Filipina, dan Singapura. *Jurnal Madani Ilmu Pengetahuan Teknologi dan Humaniora*, 4(1). <https://doi.org/10.33753/madani.v4i1.148>
- Desrinelti, D., Afifah, M., & Gistituati, N. (2021). Kebijakan publik: konsep pelaksanaan. *JRTI (Jurnal Riset Tindakan Indonesia)*, 6(1), 83-88. <https://doi.org/10.29210/3003906000>
- Dewi, S. A. E. (2021). Komunikasi Publik Terkait Vaksinasi Covid 19. *HEALTH CARE JURNAL KESEHATAN*, 10(1), 162-167. <https://doi.org/10.36763/healthcare.v10i1.119>
- Dirkareshza, R., Azura, D. M., & Pradana, R. (2021). Kebijakan Pemerintah di Masa Pandemi Covid-19: Antara Negara Sejahtera dan Negara Sehat. *JURNAL MERCATORIA*, 14(1), 46-55. <https://doi.org/10.31289/mercatoria.v14i1.5020>
- Fadhillah, A., Farizki, A. R. N., & Ircham, H. H. (2025). Tanggung Jawab Negara terhadap Jaminan Kesehatan dalam Perspektif Hak Asasi Manusia. *AHKAM*, 4(1), 32-40. <https://doi.org/10.58578/ahkam.v4i1.4611>
- Gandryani, F., & Hadi, F. (2021). Pelaksanaan vaksinasi covid-19 di indonesia: Hak atau kewajiban warga negara. *Jurnal Rechts Vinding Media Pembinaan Hukum Nasional*, 10(1), 23-23. <https://doi.org/10.33331/rechtsvinding.v10i1.622>
- Gegen, G., & Santoso, A. P. A. (2022). Perlindungan Hukum Tenaga Kesehatan Di Masa Pandemi Covid-19. *QISTIE*, 14(2), 25-25. <https://doi.org/10.31942/jqi.v14i2.5589>
- Goma, E. I. (2021). Dampak Covid-19 Terhadap Isu Kependudukan di Indonesia. *Geodika Jurnal Kajian Ilmu dan Pendidikan Geografi*, 5(1), 33-42. <https://doi.org/10.29408/geodika.v5i1.3180>

- Hardiansyah, A. (2024). *Aplikasi Material Komposit Nanographene dalam Bidang Nanobioteknologi Kesehatan dan Lingkungan*. Penerbit BRIN. <https://doi.org/10.55981/brin.1690>
- Herawati, H. (2024). *Teknologi formulasi-ekstrusi produk pangan dan nonpangan untuk mendukung nilai tambah dan daya saing agroindustri indonesia*. Penerbit BRIN. <https://doi.org/10.55981/brin.1259>
- Hermanto, H., Marini, A., & Sumantri, M. S. (2021). Studi Kebijakan Kepala Sekolah Dalam Pembelajaran Daring Bagi Siswa Sekolah Dasar di Era New Normal Pada Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Basicedu*, 5(3), 1502-1508. <https://doi.org/10.31004/basicedu.v5i3.936>
- Hidayat, E. (2021). Implementasi kebijakan dana desa untuk penanggulangan pandemi covid-19 di sampang. *Soetomo Communication and Humanities*, 2(1). <https://doi.org/10.25139/sch.v2i1.3165>
- ICI (2023). *Incontinence 7*. Blurb. ISBN: 9798211451827
- Ikmal, N. M., & Noor, M. (2022). Kebijakan Pemerintah Indonesia Dalam Penanganan Covid-19. *Jurnal Litbang Provinsi Jawa Tengah*, 19(2), 155-167. <https://doi.org/10.36762/jurnaljateng.v19i2.910>
- Ilham, I., Idris, U., & Muttaqin, M. Z. (2021). *Pandemi di Ibu Pertiwi: Kajian Literatur "Penanganan Pandemi Covid-19 di Indonesia"*. Syiah Kuala University Press. <https://doi.org/10.52574/syiahkualauniversitypress.213>
- Ilyas, F. (2021). Analisis swot kebijakan pembatasan sosial berskala besar (psbb) dan pemberlakuan pembatasan kebijakan masyarakat (ppkm) terhadap dampak ekonomi di tengah upaya menekan laju pandemi covid-19. *Jurnal Akrab Juara*, 6(3), 190-190. <https://doi.org/10.58487/akrabjuara.v6i3.1559>
- Irwan, I., Ichsan, F. N., Gistituati, N., & Marsidin, S. (2021). Analisis kebijakan pendidikan terkait implementasi pembelajaran pada masa darurat covid 19. *Jurnal Manajemen Pendidikan*, 9(2), 89-95. <https://doi.org/10.33751/jmp.v9i2.4238>
- Januraga, P. P., Wirawan, G. B. S., Harjana, N. P. A., & Ulandari, N. P. S. (2021). *Rekam Kesehatan Elektronik: Kajian Model dan Prototipe Sistem Informasi Kesehatan untuk Industri 4.0. Bali, Indonesia*. Baswara Press by Panuduh Atma Waras. <https://doi.org/10.53638/9786239747329>

- Januraga, P. P. (2024). *Modal Sosial dalam Meningkatkan Kesehatan Masyarakat: Pendekatan Teoritis dan Empiris*. Baswara Press. <https://doi.org/10.53638/bwp.94>
- Joyosemito, I. S., & Nasir, N. M. (2021). Gelombang Kedua Pandemi menuju Endemi Covid-19: Analisis Kebijakan Vaksinasi dan Pembatasan Kegiatan Masyarakat di Indonesia. *Jurnal Sains Teknologi dalam Pemberdayaan Masyarakat*, 2(1), 55-66. <https://doi.org/10.31599/jstpm.v2i1.718>
- K, P. A. (2019). *Konsep Dasar Persalinan*. Umsida Press. <https://doi.org/10.21070/2019/978-602-5914-75-1>
- Kadarisman, A. (2021). Government public relations dalam pengembangan pariwisata masa pandemi COVID-19 di Geopark Ciletuh. *PROfesi Humas*, 5(2), 270-290. <https://doi.org/10.24198/prh.v5i2.29800>
- Kelvin, K., Widianingsih, I., & Buchari, R. A. (2022). Kolaborasi model penta helix dalam mewujudkan smart village pondok ranji. *J-3P (Jurnal Pembangunan Pemberdayaan Pemerintahan)*, 1-15. <https://doi.org/10.33701/j-3p.v7i2.2587>
- Khobibah, K., Nurhidayati, T., Ruspita, M., & Astyandini, B. (2021). Anemia remaja dan kesehatan reproduksi. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kebidanan*, 3(2), 11-11. <https://doi.org/10.26714/jpmk.v3i2.7855>
- Kurniawan, M. B. (2021). Politik Hukum Pemerintah dalam Penanganan Pandemi Covid-19 Ditinjau dari Perspektif Hak Asasi atas Kesehatan. *Jurnal HAM*, 12(1), 37-37. <https://doi.org/10.30641/ham.2021.12.37-56>
- Kurniawan, M. I. (2018). *Buku Ajar Konsep Dasar Pendidikan Kewarganegaraan Sekolah Dasar*. Umsida Press. <https://doi.org/10.21070/2018/978-602-5914-32-4>
- Kusnandar (2025). *Delineasi Kewenangan Klinis*. PT. Samudra Solusi Profesional. <https://doi.org/10.62952/pssp.13>
- Kustria, K. S., Parwata, I. G. L. A., & Spyawati, N. L. P. (2021). Motivasi mengikuti pembelajaran pendidikan jasmani, olahraga dan kesehatan peserta didik sma/smk di kecamatan rendang di masa pandemi covid-19. *Jurnal Ilmu Keolahragaan Undiksha*, 8(3), 173-173. <https://doi.org/10.23887/jiku.v8i3.30646>

- Lampung, P. S. A. P. F. I. S. d. I. P. U., & Anwar, A. (2021). Administrasi dan birokrasi pemerintah. *Jurnal Progress Administrasi Publik*, 1(1), 31-38. <https://doi.org/10.37090/jpap.v1i1.402>
- Lampung, I. A. N. U., Tasyah, A., Septiya, S., Lampung, I. A. N. U., Putri, S. J., Lampung, I. A. N. U., Fernanda, R. A., Lampung, I. A. N. U., Azani, P. C., & Lampung, I. A. N. U. (2021). Best practice kebijakan e-government dalam mengimplementasikan pelayanan publik di era new normal. *Jurnal Studi Ilmu Sosial dan Politik*, 1(1), 21-33. <https://doi.org/10.35912/jasispol.v1i1.163>
- Lubis, Z. I. (2021). Analisis Kualitatif Penggunaan Telemedicine sebagai Solusi Pelayanan Kesehatan di Indonesia pada Masa Pandemi COVID-19. *Physiotherapy & Health Science (PhysioHS)*, 2(2), 76-82. <https://doi.org/10.22219/physiohs.v2i2.15148>
- Maharani, H. C., & Jaeni, J. (2021). Determinan Kebijakan Pemerintah Sebuah Solusi Keberlangsungan Usaha UMKM di Tengah Pandemi Covid-19. *AKSES Jurnal Ekonomi dan Bisnis*, 16(1). <https://doi.org/10.31942/akses.v16i1.4469>
- Maldun, S. (2016). *Analisis formulasi kebijakan publi*. Indonesia Prime. <https://doi.org/10.14724/2004>
- Mulyana, A., Lestari, D., Pratiwi, D., Rohmah, N. M., Tri, N., Agustina, N. N. A., & Hefty, S. (2024). Menumbuhkan Gaya Hidup Sehat Sejak Dini Melalui Pendidikan Jasmani, Olahraga, Dan Kesehatan. *Jurnal Bintang Pendidikan Indonesia*, 2(2), 321-333. <https://doi.org/10.55606/jubpi.v2i2.2998>
- Nalien, E. M. (2021). Faktor-faktor penghambat implementasi kebijakan bureaucratic trimming di pemerintahan kota bukittinggi. *Jurnal Kebijakan Pemerintahan*, 1-13. <https://doi.org/10.33701/jkp.v4i1.1622>
- Nasir, N. M., Joyosemito, I. S., Boerman, B., & Ismaniah, I. (2021). Kebijakan Vaksinasi COVID-19: Pendekatan Pemodelan Matematika Dinamis Pada Efektivitas Dan Dampak Vaksin Di Indonesia. *Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat UBJ*, 4(2). <https://doi.org/10.31599/jabdimas.v4i2.662>
- Nimas Maninggar, N., Suhandoyo, S., & Kusharsanto, Z. S. (2023). *Pengukuran Kapasitas Inovatif Daerah Beserta Panduan Aplikasinya*. Penerbit BRIN. <https://doi.org/10.55981/brin.704>

- Nuraeni, Y., & Suryono, I. L. (2021). Analisis Kesetaraan Gender dalam Bidang Ketenagakerjaan Di Indonesia. *Nakhoda Jurnal Ilmu Pemerintahan*, 20(1). <https://doi.org/10.35967/njip.v20i1.134>
- Nursabrina, A., Joko, T., & Septiani, O. (2021). Kondisi pengelolaan limbah b3 industri di indonesia dan potensi dampaknya: Studi literatur. *Jurnal Riset Kesehatan Poltekkes Depkes Bandung*, 13(1), 80-90. <https://doi.org/10.34011/juriskesbdg.v13i1.1841>
- Oktaviana, B., Susanti, D., & Lubis, D. S. (2023). *Modul Edukasi Kesehatan & Gender Bagi Perempuan (di Daerah Istimewa Yogyakarta): Menjadi Perempuan Berdaya, Responsif Gender, dan Peduli Kesehatan Reproduksi*. Baswara Press. <https://doi.org/10.53638/bp.17032023.2>
- Pasaribu, V. L. D., Syafei, A. N., Farhan, A., Aufaizah, A., Irani, C., & Firtiayani, S. R. (2021). Pengaruh disiplin protokol kesehatan terhadap pencegahan penularan virus covid-19. *Jurnal ABDIMAS Tri Dharma Manajemen*, 2(2), 91-91. <https://doi.org/10.32493/abmas.v2i2.p91-98.y2021>
- Pitri, A., Ali, H., & Us, K. A. (2022). Faktor-faktor yang mempengaruhi pendidikan islam: Paradigma, berpikir kesisteman dan kebijakan pemerintah (literature review manajemen pendidikan). *Jurnal Ilmu Hukum Humaniora dan Politik*, 2(1), 23-40. <https://doi.org/10.38035/jihhp.v2i1.854>
- Pratiwi, D. K. (2021). Inovasi Kebijakan Pemerintah Daerah dalam Penanganan Covid-19 di Indonesia. *Amnesti Jurnal Hukum*, 3(1), 37-52. <https://doi.org/10.37729/amnesti.v3i1.929>
- Primawanti, E. P., & Ali, H. (2022). Pengaruh teknologi informasi, sistem informasi berbasis web dan knowledge management terhadap kinerja karyawan (literature review executive support sistem (ess) for business). *Jurnal Ekonomi Manajemen Sistem Informasi*, 3(3), 267-285. <https://doi.org/10.31933/jemsi.v3i3.818>
- Pudjiastuti, T. N., Purwaningsih, S. S., Fatoni, Z., Rahadian, A. S., Ghani, M. W., & Margono, T. (2022). *Naskah Kebijakan Pelayanan Kesehatan Inklusif bagi Penyandang Disabilitas: Rekomendasi Kebijakan Komite Nasional MOST-UNESCO Indonesia*. Penerbit BRIN. <https://doi.org/10.55981/brin.671>
- Purwanti, Y. (2021). *Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*. Umsida Press. <https://doi.org/10.21070/2021/978-623-6292-19-8>

- Qoni'ah, R. (2022). Tantangan dan Strategi Peningkatan Ekspor Produk Halal Indonesia di Pasar Global. *Halal Research Journal*, 2(1). <https://doi.org/10.12962/j22759970.v2i1.246>
- Raharja, S. J., & Natari, S. U. (2021). Pengembangan usaha UMKM di masa pandemi melalui optimalisasi penggunaan dan pengelolaan media digital. *Kumawula Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(1), 108-108. <https://doi.org/10.24198/kumawula.v4i1.32361>
- Ramlah, U. (2021). Gangguan kesehatan pada anak usia dini akibat kekurangan gizi dan upaya pencegahannya. *Ana Bulava Jurnal Pendidikan Anak*, 2(2), 12-25. <https://doi.org/10.24239/abulava.vol2.iss2.40>
- Riyadi, R., & Larasaty, P. (2021). Faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan masyarakat pada protokol kesehatan dalam mencegah penyebaran covid-19. *Seminar Nasional Official Statistics*, 2020(1), 45-54. <https://doi.org/10.34123/semnasoffstat.v2020i1.431>
- Rosanti, I. A., & Marlius, D. (2023). Pengaruh Sistem Kerja, Kompensasi Dan Kesejahteraan Terhadap Kinerja Tenaga Outsourcing di Bank BNI Kota Padang. *Jurnal Publikasi Ilmu Manajemen*, 2(2), 152-168. <https://doi.org/10.55606/jupiman.v2i2.1656>
- Safitri, M. I. D. (2021). Analisis dampak belanja pemerintah daerah terhadap pertumbuhan ekonomi inklusif jawa timur. *Indonesian Treasury Review Jurnal Perbendaharaan Keuangan Negara dan Kebijakan Publik*, 6(2), 85-96. <https://doi.org/10.33105/itrev.v6i2.339>
- Saputro, A. N. A., & Darim, A. (2022). Strategi Kepala Sekolah Dalam Kebijakan Pembelajaran Pada Masa Pandemi Covid-19 di Sekolah Dasar. *Kharisma Jurnal Administrasi dan Manajemen Pendidikan*, 1(1), 36-47. <https://doi.org/10.59373/kharisma.v1i1.4>
- Sarasnita, N., Raharjo, U. D., & Rosyad, Y. S. (2021). Dampak pandemi covid-19 terhadap pelayanan kesehatan rumah sakit di indonesia. <https://doi.org/10.35730/jk.v12i0.508>
- Sardjono, H., Khairiyati, L., & Perangin-angin, W. K. (2021). *Metrologi Kelistrikan Terapan: : Untuk Laboratorium Kalibrasi di Industri dan Perguruan Tinggi*. LIPI Press. <https://doi.org/10.14203/press.234>
- Seftiya, A., & Kosala, K. (2021). Epidemiologi Karakteristik Pasien Covid-19 di Kalimantan Utara. *Jurnal Sains dan Kesehatan*, 3(5), 645-653. <https://doi.org/10.25026/jsk.v3i5.542>

- Sekarayu, S. Y., & Nurwati, N. (2021). Dampak pernikahan usia dini terhadap kesehatan reproduksi. *Jurnal Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (JPPM)*, 2(1), 37-37. <https://doi.org/10.24198/jppm.v2i1.33436>
- Sudirman, L., & Disemadi, H. S. (2021). Kebijakan Corporate Social Responsibility: Investasi Sosial dalam Pengembangan Masyarakat selama Pandemi Covid-19. *Jurnal Pembangunan Hukum Indonesia*, 3(3), 281-298. <https://doi.org/10.14710/jphi.v3i3.281-298>
- Suhartono, O. (2021). Kebijakan Merdeka Belajar dalam Pelaksanaan Pendidikan di Masa Pandemi Covid-19. *Ar-Rosikhun Jurnal Manajemen Pendidikan Islam*, 1(1). <https://doi.org/10.18860/rosikhun.v1i1.13897>
- Sumarno, S., Ali, H., & Rosadi, K. I. (2022). Faktor yang mempengaruhi model sistem pendidikan islam: Jenis kesisteman, konstruksi kesisteman, berpikir kesisteman. *Jurnal Ekonomi Manajemen Sistem Informasi*, 3(5), 574-587. <https://doi.org/10.31933/jemsi.v3i5.993>
- Suparman, N. (2021). Dampak Pandemi Covid-19 terhadap Pengelolaan Keuangan Negara. *Indonesian Treasury Review Jurnal Perbendaharaan Keuangan Negara dan Kebijakan Publik*, 6(1), 31-42. <https://doi.org/10.33105/itrev.v6i1.261>
- Suprpto, S., & Mulat, T. C. (2021). Faktor Determinan Pengembangan Kapasitas Perawat dalam Pelayanan Kesehatan. *JURNAL ILMIAH KESEHATAN SANDI HUSADA*, 10(2), 416-422. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.628>
- Sutrisna, A., Januraga, P. P., Kaunang, J. A., & Wardhana, A. (2021). *Studi Positioning Layanan Komunitas pada Program Pengendalian HIV dalam Sistem Kesehatan Nasional*. Baswara Press. <https://doi.org/10.53638/9786239747312>
- Swatika, B., Wibowo, P. A., & Abidin, Z. (2022). Pengaruh Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Terhadap Produktivitas Kerja Karyawan. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 11(02), 197-204. <https://doi.org/10.33221/jikm.v11i02.1220>
- Wahid, L. A., & Hamami, T. (2021). Tantangan Pengembangan Kurikulum Pendidikan Islam dan Strategi Pengembangannya dalam Menghadapi Tuntutan Kompetensi Masa Depan. *J-PAI*, 8(1). <https://doi.org/10.18860/jpai.v8i1.15222>

- Wahono, T., Astuti, E. P., Ruliansyah, A., Ipa, M., & Riandi, M. U. (2021). Studi Kualitatif Implementasi Kebijakan Eliminasi Malaria di Wilayah Endemis Rendah Kabupaten Pangandaran dan Pandeglang. *ASPIRATOR - Journal of Vector-borne Disease Studies*, 13(1), 55-68. <https://doi.org/10.22435/asp.v13i1.4683>
- Yosephine, M., & Diniati, A. (2021). Strategi public relations Sinar Mas Land dalam membangun brand image perusahaan. *PROfesi Humas*, 5(2), 208-228. <https://doi.org/10.24198/prh.v5i2.26220>
- Zulhijahyanti, H., Safira, K. A. A., Saputri, L. L., & Permana, E. (2021). Strategi mempertahankan usaha pedagang kaki lima (pkl) di masa pandemi covid19. *INOVASI*, 8(1), 21-21. <https://doi.org/10.32493/inovasi.v8i1.p21-29.11490>

LAMPIRAN KUNCI JAWABAN

Kunci Jawaban BAB 2

a. Essay

1. Integrasi kedua subsistem memastikan bahwa edukasi promotif di puskesmas diperkuat oleh aksi nyata kader di masyarakat (misal: PSN mandiri). Tanpa pemberdayaan, layanan klinis akan kewalahan menangani lonjakan kasus akibat perilaku masyarakat yang tidak berubah.
2. Dinkes Provinsi berperan makro sebagai koordinator, pembina, penyedia bantuan teknis, dan fasilitator logistik lintas wilayah. Dinkes Kabupaten/Kota berperan mikro-operasional sebagai eksekutor langsung di lapangan, menggerakkan puskesmas, dan memobilisasi Tim Gerak Cepat (TGC).
3. Keterlambatan data menghambat deteksi dini tren penyakit di tingkat pusat, menyebabkan keterlambatan penetapan status KLB, serta menghambat distribusi logistik darurat dan penugasan tenaga bantuan, sehingga wilayah penyebaran wabah semakin meluas.
4. RKE menyediakan data demografi dan riwayat kesehatan masyarakat secara *real-time*. Promotor kesehatan dapat menganalisis data ini untuk mengidentifikasi wilayah dengan cakupan rendah atau kerentanan tinggi, sehingga pesan edukasi dapat disesuaikan dengan kebutuhan spesifik sasaran.
5. Strategi advokasi melibatkan Dinkes Provinsi untuk menerbitkan pedoman teknis operasional inklusif dan alokasi stimulus anggaran, sementara Dinkes Kabupaten/Kota mengeksekusinya dengan melatih kader khusus dan menyediakan layanan jemput bola bagi penyandang disabilitas.

b. Pilihan Ganda

1. B
2. C
3. B
4. A
5. B
6. C
7. B
8. C

Kunci Jawaban BAB 3

a. Essay

1. Data epidemiologi (morbiditas/mortalitas) memberikan basis bukti kuantitatif mengenai besaran masalah. Metode USG menganalisis data tersebut dari aspek kegawatan (*urgency*), keseriusan dampak (*seriousness*), dan kecepatan perkembangan penyakit (*growth*) untuk menetapkan prioritas intervensi secara objektif dan efisien.
2. Matriks ini mendefinisikan secara tertulis batas wewenang, tugas utama, dan jalur koordinasi setiap personel. Hal ini meminimalkan kebingungan peran, memastikan promotor kesehatan fokus pada metodologi edukasi, dan kader fokus pada mobilisasi sasaran secara sinergis.
3. Rencana aksi harus mengidentifikasi tokoh adat/agama sebagai mitra, mengemas pesan kesehatan menggunakan bahasa dan analogi budaya lokal, serta mengintegrasikan kegiatan imunisasi ke dalam upacara atau pertemuan adat yang sudah rutin diselenggarakan di desa.
4. Kegagalan sering terjadi karena lemahnya kepemimpinan operasional, pengabaian terhadap dinamika sosial-budaya lokal, serta kurangnya keterlibatan aktif masyarakat (*partisipasi rendah*) yang membuat warga merasa asing dengan program yang dipaksakan secara top-down.
5. Prinsip SMART memastikan tujuan memiliki indikator keberhasilan yang jelas (kuantitatif dan kualitatif) serta batas waktu pencapaian. Hal ini mengarahkan alokasi sumber daya hanya pada aktivitas relevan dan mempermudah monitoring dalam mengukur deviasi program.

b. Pilihan Ganda

1. B
2. C
3. A
4. B
5. B
6. C
7. B
8. C
9. B
10. A

c. Studi Kasus / Proyek

1. (a) Tujuan SMART: Menurunkan indeks bebas jentik di Puskesmas "X" sebesar 20% dalam waktu 6 bulan melalui gerakan PSN mandiri. (b) Strategi: Melibatkan tokoh agama untuk meluruskan persepsi takdir, melatih pemuda Karang Taruna sebagai "Jumantik Cilik", dan mengintegrasikan PSN ke dalam kegiatan gotong royong warga yang sudah ada.
2. (a) Kelemahan: Kurangnya kejelasan batas wewenang teknis dan kolaborasi dalam penyusunan materi. (b) Rekomendasi Matriks: Petugas Gizi bertanggung jawab atas akurasi konten medis (kontributor materi), sedangkan Promotor Kesehatan bertanggung jawab mengemas konten tersebut menjadi media edukasi yang interaktif dan komunikatif (penyusun media).

Kunci Jawaban BAB 4

a. Essay

1. Elemen "konteks" (budaya lokal, geografi) dan "aktor" (tokoh adat, praktisi herbal, dinkes) menentukan penerimaan kebijakan. Advokasi harus menyelaraskan kepentingan aktor dengan konteks kebutuhan masyarakat agar integrasi obat tradisional memiliki regulasi lokal yang aplikatif dan aman.
2. Kebijakan regulatif (KTR) memaksa perubahan perilaku melalui sanksi, menuntut promotor menjadi komunikator risiko. Kebijakan distributif (fasilitas olahraga) menyediakan sarana fisik, menuntut promotor meningkatkan kesadaran pemanfaatan. Keduanya saling melengkapi dari aspek lingkungan dan perilaku.
3. Konsekuensi hukumnya adalah pembatalan Perda tersebut karena melanggar asas hierarki. Konsekuensi epidemiologisnya adalah hambatan penemuan kasus akibat hilangnya kepastian hukum. Langkah promotor adalah mengadvokasi revisi Perda agar selaras dengan regulasi nasional yang inklusif.
4. Kebijakan redistributif menjamin pembiayaan bagi populasi miskin, menghilangkan hambatan biaya pengobatan. Secara epidemiologis, hal ini mempercepat isolasi dan penyembuhan kasus aktif, sehingga memutus rantai penularan penyakit menular di tingkat komunitas secara signifikan.

5. Strategi promosi meliputi pelatihan literasi digital (*e-health*) bagi kader posyandu dan pembuatan panduan visual sederhana. Peningkatan literasi ini mutlak agar masyarakat perdesaan mampu mengakses layanan *telemedicine* secara mandiri, sehingga kesenjangan geografis dapat diatasi.

b. Pilihan Ganda

1. B
2. C
3. C
4. A
5. B
6. C
7. B
8. B
9. B
10. C

c. Studi Kasus / Proyek

1. Promotor kesehatan melakukan analisis segitiga kebijakan dengan memetakan aktor (Dinkes dan Bappeda) dan konteks (kemiskinan nelayan). Advokasi diarahkan untuk merumuskan draf Peraturan Bupati yang mengalokasikan dana desa bagi kader TB, didukung data epidemiologis lokal guna meyakinkan pembuat kebijakan akan pentingnya intervensi hulu.
2. Proyek dirancang melalui dua pendekatan: taktis (pelatihan literasi digital KIA bagi ibu balita oleh kader) dan struktural (advokasi ke Lurah untuk menerbitkan regulasi penyediaan Wi-Fi gratis di area Posyandu menggunakan dana kelurahan). Langkah ini memastikan aksesibilitas teknologi dan kesiapan kapasitas pengguna berjalan beriringan.

Kunci Jawaban BAB 5

a. Essay

1. Data epidemiologi PTM digunakan untuk menunjukkan urgensi masalah (*problem definition*), mengidentifikasi kekosongan aturan lokal (*regulatory gap*), dan menyusun draf alternatif KTR yang menyeimbangkan perlindungan kesehatan publik dengan akseptabilitas sosial-politik melalui konsultasi publik.

2. Jendela kebijakan stunting terbuka saat data sepertiga balita stunting (aliran masalah) bertemu dengan solusi intervensi gizi spesifik-sensitif dari akademisi (aliran kebijakan) dan komitmen politik Presiden Jokowi dalam RPJMN (aliran politik), menghasilkan Perpres 72/2021.
3. Akademisi berkontribusi menyediakan bukti ilmiah (*evidence-based*) untuk efektivitas intervensi, sedangkan kelompok rentan memastikan aspek keadilan, akomodasi praktis, dan sifat memampukan (*enabling*) kebijakan agar sesuai dengan kebutuhan riil di lapangan.
4. Isu gagal masuk agenda karena tidak dikemas sebagai masalah publik yang mendesak. Strateginya adalah mengemas data epidemiologis menjadi pesan advokasi yang kuat, meningkatkan persepsi risiko publik, dan memanfaatkan momentum politik lokal.
5. Penilaian kelayakan memastikan draf dapat diterima secara teknis, finansial, dan politik. Jika diabaikan, kebijakan berisiko tinggi mengalami kegagalan implementasi (*implementation failure*), penolakan publik, atau tidak memiliki anggaran operasional yang memadai.

b. Pilihan Ganda

1. C
2. A
3. B
4. C
5. B
6. B
7. B
8. B
9. B
10. B

c. Studi Kasus / Proyek

1. Aliran masalah: Kemas data lonjakan obesitas 25% sebagai ancaman masa depan daerah. Aliran kebijakan: Tawarkan draf Perbup pembatasan GGL yang aplikatif. Aliran politik: Dekati Bupati dan tokoh kunci dengan memanfaatkan momentum Hari Anak Nasional untuk membuka jendela kebijakan.
2. Akademisi menyediakan data disabilitas; Komunitas disabilitas menyuarkan kebutuhan riil; Swasta membantu CSR fasilitas ramah; Media mengedukasi publik; Pemerintah melegitimasi anggaran.

Argumen utama: Inklusivitas adalah hak konstitusional dan investasi sosial jangka panjang yang berkeadilan.

Kunci Jawaban BAB 6

a. Essay

1. Tumpang tindih regulasi menghambat kepastian hukum dan distribusi logistik. Langkah taktis promotor: melakukan analisis prospektif untuk memetakan opsi regulasi, menyelaraskan kewenangan antar-instansi, dan menyodorkan draf kesepakatan bersama (MoU) kepada pengambil keputusan daerah.
2. Perda KTR adalah produk hukum eksternal di luar kendali langsung puskesmas. Memasukkannya sebagai kekuatan internal merusak akurasi analisis. Perda harus dikategorikan sebagai peluang (jika mendukung) atau ancaman (jika menghambat/belum ada) untuk merumuskan strategi adaptif yang tepat.
3. Dimensi ekonomi (daya beli rendah) membatasi akses protein, sementara dimensi sosial (mitos larangan ikan) memperburuk status gizi. Rekomendasinya: edukasi gizi berbasis pangan lokal alternatif yang murah dan tidak melanggar tabu, serta advokasi pemanfaatan dana desa untuk subsidi pangan.
4. Analisis retrospektif mengevaluasi kebijakan masa lalu (mencari kegagalan/keberhasilan), sedangkan prospektif merumuskan rekomendasi masa depan. Saat lonjakan kasus baru, analisis prospektif lebih efektif karena memberikan opsi intervensi cepat, layak, dan adaptif untuk segera diimplementasikan.
5. Kebijakan pajak/retribusi daerah dapat dialokasikan khusus (*earmarked revenue*) untuk sektor kesehatan. Kelayakan politik dicapai dengan menunjukkan kepatuhan regulasi nasional, sementara kelayakan ekonomi dibuktikan melalui penghematan biaya kuratif jangka panjang akibat penguatan program promotif-preventif di daerah.

b. Pilihan Ganda

1. B
2. B
3. C
4. B
5. B
6. B

7. B
8. C
9. B
10. C

c. Studi Kasus / Proyek

1. Dimensi PESTLE: Politik (komitmen bupati), Hukum (tumpang tindih regulasi dana desa), Sosial (mitos pantang ikan). Rekomendasi: (1) Advokasi penerbitan Peraturan Bupati tentang pedoman pemanfaatan dana desa untuk stunting guna menyelaraskan regulasi; (2) Kampanye promosi kesehatan kreatif melibatkan tokoh adat untuk menetralsisir mitos konsumsi ikan.
2. Matriks SWOT: S (Tim aktif/inovatif), W (Anggaran minim), O (Komitmen kabupaten layak anak), T (Resistensi pedagang). Strategi S-O: Memanfaatkan kreativitas tim untuk membuat kampanye digital KTR guna mendukung program kabupaten layak anak. Strategi W-T: Menggandeng satpol PP dan komite sekolah untuk pengawasan tanpa biaya operasional tambahan dari puskesmas.

Kunci Jawaban BAB 7

a. Essay

1. Desentralisasi mengubah pendekatan seragam (*one-size-fits-all*) menjadi berbasis bukti lokal dengan memberi wewenang daerah mengalokasikan APBD untuk intervensi spesifik, seperti pemanfaatan pangan lokal untuk stunting di Kulon Progo berdasarkan data epidemiologi setempat.
2. Pusat menetapkan NSPK dan SPM nasional, sedangkan kabupaten/kota wajib melaksanakannya di tingkat lokal. Kemandirian fiskal menentukan keberhasilan karena penyediaan fasilitas dan layanan dasar SPM membutuhkan pendanaan mandiri dari pendapatan daerah (pajak/retribusi).
3. RPJMD dan RKPD adalah dokumen perencanaan rujukan penganggaran daerah. Promotor kesehatan menggunakannya untuk menyelaraskan target epidemiologi lokal dengan prioritas pembangunan daerah, sehingga program promotif-preventif mendapatkan legitimasi anggaran dalam APBD.
4. Konflik terjadi akibat tumpang tindih regulasi atau kekosongan hukum. Solusinya adalah sinkronisasi kebijakan daerah dengan NSPK pusat,

serta penguatan koordinasi lintas sektor berlandaskan perlindungan hak asasi atas kesehatan masyarakat.

5. Pembiayaan dan birokrasi lokal menentukan keberlanjutan program karena di era otonomi, anggaran kesehatan tidak lagi otomatis turun dari pusat. Kemampuan ini diperlukan untuk melakukan advokasi anggaran yang bernilai politis-ekonomis kepada DPRD/Kepala Daerah.

b. Pilihan Ganda

1. B
2. B
3. A
4. B
5. B
6. C
7. B
8. B
9. A
10. B

c. Studi Kasus / Proyek

1. Langkah strategis meliputi: (1) Menganalisis RKPD untuk mencari celah penganggaran; (2) Menyusun *policy brief* berbasis data epidemiologi malaria pekerja sawit yang menyoroti kerugian ekonomi daerah jika wabah meluas; (3) Melakukan advokasi persuasif kepada komisi terkait di DPRD dan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) untuk memasukkan program ke APBD Perubahan.
2. Konsep inovasi: Merumuskan Peraturan Bupati tentang pemanfaatan persentase retribusi pariwisata daerah (*earmarked tax*) khusus untuk mendanai insentif kader TBC di desa wisata. Komunikasi dilakukan melalui forum kemitraan lintas sektor (Dinas Pariwisata, Dinas Kesehatan, dan Asosiasi Wisata) dengan menekankan bahwa destinasi bebas TBC meningkatkan citra positif pariwisata daerah.

Kunci Jawaban BAB 8

a. Essay

1. Disposisi yang lemah menyebabkan pelaksana enggan menjalankan program secara konsisten. Tanpa komitmen, sumber daya yang melimpah dan regulasi yang jelas akan sia-sia karena tidak ada inisiatif nyata di lapangan untuk menggerakkan masyarakat dalam GERMAS.

2. Diskresi memungkinkan promotor kesehatan menyesuaikan program dengan budaya lokal (solusi adaptif). Namun, jika tidak terkontrol oleh SOP dan tujuan makro, diskresi dapat menyebabkan deviasi program, inkonsistensi target, dan penyalahgunaan wewenang di lapangan.
3. Strategi taktis: Melakukan advokasi kepada Kepala Desa untuk menerbitkan SK Tim Koordinasi Desa, memfasilitasi forum mini-lokakarya bulanan untuk menyelaraskan tupoksi Bidan Desa (klinis) dan KPM (pemetaan), serta merancang media edukasi bersama yang disepakati lintas sektor.
4. Pendekatan adaptif lebih efektif karena peka terhadap dinamika sosial-budaya lokal. Berbeda dengan *top-down* yang kaku, pendekatan adaptif memberikan ruang bagi partisipasi aktif komunitas, sehingga menumbuhkan rasa kepemilikan (*sense of ownership*) yang menjamin keberlanjutan program.
5. Pernyataan tersebut kurang tepat karena kegagalan sering kali bersumber pada tahap implementasi. Meskipun substansi kebijakan baik, tanpa kapasitas teknis pelaksana yang mumpuni, anggaran operasional yang konkret, dan SOP yang jelas, kebijakan akan mengalami kelumpuhan operasional.

b. Pilihan Ganda

1. B
2. C
3. C
4. A
5. B
6. C
7. B
8. C
9. B
10. C

c. Studi Kasus / Proyek

1. Rekomendasi: (1) Komunikasi: Mengadakan rapat koordinasi lintas sektor tingkat kelurahan. (2) Sumber Daya: Mengajukan pengadaan media KIE digital dan cetak baru. (3) Disposisi: Mengadvokasi lurah untuk memberikan insentif non-finansial/penghargaan bagi kader. (4) Struktur Birokrasi: Menyusun SOP pembagian wilayah kerja pemantauan jentik secara fleksibel untuk perumahan baru.

2. Rekomendasi: (1) Mengadakan pendekatan persuasif kepada tokoh agama dengan mengemas edukasi reproduksi sebagai pembekalan pranikah yang islami/etis. (2) Memfasilitasi lokakarya desa untuk menyusun SOP kolaborasi yang jelas: Bidan Desa bertanggung jawab pada pemeriksaan klinis, KPM pada pendataan sasaran berisiko, dan Promotor Kesehatan sebagai koordinator edukasi interaktif terpadu.

Kunci Jawaban BAB 9

a. Essay

1. Monitoring menyediakan data real-time mengenai proses dan output jangka pendek untuk tindakan korektif cepat (taktis), sedangkan evaluasi menilai dampak jangka panjang dan relevansi program guna menentukan kelanjutan kebijakan (strategis).
2. Modal sosial meningkatkan efektivitas karena mengaktifkan partisipasi aktif, kepercayaan, dan gotong royong warga, sehingga intervensi promosi kesehatan tidak hanya bergantung pada sarana fisik melainkan didukung oleh kepatuhan sosial yang berkelanjutan.
3. Indikator input memantau ketersediaan anggaran, sedangkan outcome memantau perubahan perilaku nyata (ODF). Ketidakseimbangan fokus (misal hanya fokus pada penyerapan anggaran) mengabaikan efektivitas pemicuan, sehingga target perubahan perilaku gagal tercapai.
4. Data monitoring harian kepatuhan protokol kesehatan dikompilasi dan dianalisis secara epidemiologis untuk melihat tren bulanan, kemudian dikorelasikan dengan fluktuasi angka reproduksi efektif (R_t) guna mengevaluasi dampak kebijakan pembatasan aktivitas.
5. Input: Realisasi anggaran pelatihan kader stunting. Proses: Persentase kader yang aktif melakukan konseling bulanan. Output: Jumlah ibu balita yang menerima edukasi gizi. Outcome: Persentase ibu yang menerapkan pemberian makan bayi dan anak (PMBA) secara tepat.

b. Pilihan Ganda

1. C
2. B
3. B
4. B
5. B
6. C
7. C

8. B
9. D
10. B

c. Studi Kasus / Proyek

1. Hambatan utama terletak pada kegagalan konversi proses pemicuan menjadi tindakan nyata (output) akibat kurangnya keterlibatan tokoh lokal. Rekomendasi taktis: Mengaktifkan modal sosial melalui pembentukan kelompok gotong royong pembangunan jamban.

Kunci Jawaban BAB 10

a. Essay

1. Penghapusan *mandatory spending* menghilangkan jaminan alokasi minimal, memaksa promotor kesehatan menggunakan penganggaran berbasis kinerja. Strateginya adalah menyajikan analisis efektivitas biaya (*cost-effectiveness analysis*) yang membuktikan intervensi promotif dapat menurunkan beban biaya kuratif daerah secara signifikan.
2. *Risk pooling* mengalihkan risiko finansial individu ke kelompok, sedangkan *purchasing* adalah pembelian layanan efisien. Puskesmas mengoptimalkannya dengan menggunakan dana kapitasi untuk membiayai program pencegahan PTM guna menekan angka kesakitan kelompok yang berisiko tinggi.
3. Prolanis mengintegrasikan aktivitas fisik, edukasi, dan pemantauan klinis menggunakan dana operasional BPJS. Program ini mengubah paradigma dengan menjaga pasien kronis tetap sehat dan produktif di tingkat primer, sehingga menekan angka rujukan kuratif ke rumah sakit.
4. Rancangan CEA membandingkan biaya penyuluhan gizi (biaya langsung rendah) dengan biaya penanganan stunting jangka panjang. Argumen kuncinya: investasi dini pada promosi gizi mencegah kehilangan produktivitas generasi mendatang dan menghemat anggaran pengobatan kuratif daerah.
5. Integrasi dilakukan dengan mengalokasikan dana kapitasi untuk penyediaan media edukasi ramah disabilitas (braille, video isyarat). Hambatannya adalah keterbatasan kompetensi staf dan ketiadaan sarana, yang diatasi melalui pelatihan kader khusus dan kemitraan lintas sektor.

b. Pilihan Ganda

1. B
2. B
3. C
4. C
5. A
6. B
7. B
8. B
9. C
10. B

c. Studi Kasus / Proyek

1. Analisis menunjukkan ketidakseimbangan alokasi dana kapitasi yang terlalu kuratif-sentris. Rekomendasi: 1) Mengaktifkan kembali Prolanis dengan klaim dana operasional BPJS untuk membiayai media promosi; 2) Mengalokasikan sebagian dana kapitasi untuk transportasi kader pelaksana skrining PTM; 3) Menggunakan indikator KBKP sebagai dasar pembagian jasa pelayanan guna memotivasi staf melakukan promosi kesehatan.
2. Hambatan utama adalah ketiadaan media edukasi adaptif dan akses fisik. Rekomendasi: 1) Mengusulkan alokasi dana BOK untuk pengadaan brosur braille (biaya langsung); 2) Menganggarkan biaya tidak langsung untuk kemitraan dengan penerjemah bahasa isyarat; 3) Menyusun RUK inklusif yang menargetkan skrining PTM bagi penyandang disabilitas guna memenuhi hak asasi atas kesehatan.

Kunci Jawaban BAB 11

a. Essay

1. Analisis determinan sosial membantu memetakan kelompok rentan secara spasial. Promotor kesehatan dapat mengarahkan intervensi spesifik (seperti sanitasi layak/STBM dan kelas ibu hamil) ke wilayah dengan kesenjangan tertinggi, sehingga target SDGs tercapai secara efisien dan tepat sasaran.
2. Rendahnya literasi rujukan berjenjang menyebabkan penumpukan pasien di rumah sakit rujukan untuk kasus yang seharusnya selesai di FKTP. Hal ini meningkatkan klaim biaya penyakit katastrofik, menguras

dana jaminan kesehatan nasional, dan mengancam keberlanjutan fiskal UHC.

3. Lansia mengalami penurunan fisik dan kognitif, sehingga edukasi satu arah tidak efektif. Promotor kesehatan harus memodifikasi metode dengan memanfaatkan modal sosial lokal (seperti posyandu lansia, kader sebaya) dan merancang aktivitas fisik yang aman serta edukasi partisipatif.
4. Konselor sebaya efektif karena remaja lebih terbuka terhadap teman sebaya. Strategi ini meningkatkan kepatuhan konsumsi TTD secara mandiri melalui pemantauan harian dan edukasi gizi non-formal, yang secara langsung memotong hulu masalah anemia dan stunting.
5. Pelayanan primer (promotif-preventif) berfokus pada pencegahan penyakit di hulu untuk menekan angka kesakitan, sedangkan pelayanan kuratif rumah sakit menangani hilir penyakit dengan biaya tinggi. Penguatan primer menjaga keberlanjutan fiskal UHC dengan menekan biaya klaim katastrofik.

b. Pilihan Ganda

1. B
2. B
3. D
4. A
5. B
6. B
7. C
8. C
9. B
10. B

c. Studi Kasus / Proyek

1. Strategi kemitraan dilakukan melalui program "Kemitraan Bidan dan Dukun". Dukun bayi dialihfungsikan sebagai pendamping persalinan dan agen rujukan (bukan penolong persalinan), dengan insentif sosial/ekonomi yang disepakati. Pesan kunci fokus pada keselamatan ibu melahirkan dengan tetap menghormati ritual adat non-medis yang aman selama proses pendampingan di puskesmas.
2. Akar masalah adalah rendahnya literasi manfaat JKN (paradigma kuratif). Rencana aksi: Kampanye "Sehat Bersama JKN" menggunakan simulasi digital alur rujukan di tingkat RT/RW, edukasi konsep gotong royong

("iuran yang sehat membantu yang sakit"), serta penguatan skrining kesehatan gratis di puskesmas untuk mendeteksi dini PTM sebelum menjadi katastrofik.

Kunci Jawaban BAB 12

a. Essay

1. Modal sosial menentukan saluran komunikasi. Masyarakat rural responsif terhadap pendekatan personal-kultural melalui tokoh adat, sedangkan masyarakat urban lebih responsif terhadap penyebaran data epidemiologi masif melalui media massa untuk membentuk opini publik.
2. Advokasi struktural (regulasi/anggaran) menjamin keberlanjutan jangka panjang karena menciptakan sistem dan lingkungan yang memaksa serta memfasilitasi perilaku sehat, sedangkan fokus pada individu hanya berdampak jangka pendek dan mudah berubah.
3. Data epidemiologi adalah fondasi legitimasi advokasi. Jika analisis situasi lemah atau tidak akurat, tuntutan kebijakan akan dianggap tidak memiliki dasar ilmiah yang kuat, sehingga mudah ditolak oleh pengambil keputusan saat audiensi.
4. Tantangannya adalah persepsi bahwa kesehatan promotif-preventif tidak menghasilkan pembangunan fisik instan. Solusinya adalah mengadvokasi pemanfaatan pajak daerah dan retribusi daerah (earmarked tax) khusus untuk sektor kesehatan guna menjamin ketersediaan anggaran.
5. Masalah: Kasus DBD naik 40%. Dampak: Kematian anak meningkat dan produktivitas warga lumpuh. Solusi: Penerbitan SK Camat tentang PSN serentak. Tindakan: Camat menandatangani SK dan menginstruksikan seluruh Lurah melaksanakan PSN minggu ini.

b. Pilihan Ganda

1. B
2. B
3. C
4. B
5. C
6. B
7. B
8. B
9. B

10. B

c. Studi Kasus / Proyek

1. Langkah: Lakukan analisis situasi (data kematian DBD), analisis kebijakan anggaran, bangun koalisi dengan LSM/Ikatan Dokter Anak, lalu audiensi dengan Bupati. Pesan MDST: Kasus DBD melonjak 150% (Masalah), mengancam nyawa anak-anak dan membebani RS daerah (Dampak), kembalikan anggaran Jumantik melalui SK Bupati (Solusi), mohon Bupati menandatangani persetujuan anggaran darurat hari ini (Tindakan).
2. Risiko demonstrasi adalah resistensi birokrasi dan konflik horizontal. Rekomendasi: Lakukan advokasi berbasis bukti dengan menyajikan data epidemiologi hambatan akses disabilitas, bangun koalisi lintas sektor (akademisi, media, LSM disabilitas), lalu lakukan audiensi strategis guna mendorong lahirnya Peraturan Wali Kota tentang Puskesmas Inklusif.

Kunci Jawaban BAB 13

a. Essay

1. Kegagalan membedakan gejala dan akar penyebab membuat intervensi salah sasaran. Contoh: mengedukasi masyarakat (gejala "kesadaran rendah") padahal masalah sebenarnya adalah keterbatasan infrastruktur telemedicine (akar penyebab), sehingga anggaran terbuang sia-sia tanpa menyelesaikan hambatan akses fisik.
2. Laporan tebal sering diabaikan birokrat karena keterbatasan waktu dan bahasa metodologi yang rumit. *Policy brief* menyajikan bukti ilmiah secara padat (2-4 halaman) menggunakan bahasa administratif yang lugas, sehingga mempercepat pemahaman urgensi dan pengambilan keputusan taktis.
3. Rekomendasi *actionable*: "Menginstruksikan Kepala Dinas Kesehatan untuk menerbitkan Surat Keputusan alokasi insentif transportasi kader posyandu guna pelacakan imunisasi mangkir pada triwulan II." Karakteristiknya spesifik, memiliki tenggat waktu, penanggung jawab jelas, berbeda dari kalimat normatif "meningkatkan cakupan".
4. Matriks prioritas menyandingkan data epidemiologi (misal prevalensi stunting >20%) dengan dampak administratif (alokasi Dana Desa tidak optimal). Ini merasionalkan urgensi kepada kepala desa bahwa masalah kesehatan tersebut berdampak langsung pada kinerja tata kelola anggaran mereka.

5. Opsi tunggal membatasi ruang gerak politik dan finansial pengambil keputusan. Variasi opsi (misal sanksi denda vs integrasi syarat layanan publik) memungkinkan penyesuaian dengan kapasitas anggaran daerah serta tingkat penerimaan sosial-politik masyarakat setempat.

b. Pilihan Ganda

1. B
2. A
3. B
4. C
5. D
6. A
7. B
8. B
9. A
10. B

c. Studi Kasus / Proyek

1. *Gejala*: Rendahnya kesadaran ibu dan paparan hoaks. *Akar penyebab*: Kendala distribusi logistik vaksin dan ketiadaan anggaran operasional kader. *Rekomendasi*: "Menginstruksikan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Merbabu untuk mengalokasikan dana taktis operasional kader posyandu dalam APBD Perubahan tahun berjalan guna pelacakan balita drop-out imunisasi."
2. *Alternatif*: Opsi A (Penerbitan Peraturan Wali Kota tentang integrasi program lintas sektor penanganan stunting) dan Opsi B (Pemberian insentif fiskal bagi kelurahan dengan penurunan stunting tertinggi). *Evaluasi*: Opsi A memiliki kelayakan teknis tinggi dan mengikat secara hukum untuk mengatasi ego sektoral, menjadikannya pilihan terbaik.

Kunci Jawaban BAB 14

a. Essay

1. Metode piramida terbalik membalik struktur akademis dengan menyajikan kesimpulan dan rekomendasi di awal. Hal ini sangat efektif bagi pejabat yang sibuk karena langsung menyajikan solusi konkret, menghemat waktu, dan memfokuskan diskusi pada langkah implementasi daripada latar belakang teoretis.
2. Peta spasial lebih persuasif karena memberikan visualisasi langsung mengenai hambatan geografis (*blank spot* dan jarak faskes) yang mudah

dipahami dalam sekali lihat, sedangkan tabel angka koordinat memerlukan analisis kognitif lebih lama dan kurang mampu menggugah urgensi spasial.

3. Pemetaan mempermudah identifikasi aktor kunci, memprediksi potensi hambatan (seperti kekhawatiran anggaran atau penolakan sosial), serta membantu merancang pesan advokasi yang disesuaikan dengan prioritas spesifik masing-masing pemangku kepentingan guna mencapai konsensus kebijakan.
4. Contoh *hook*: "Satu dari tiga balita di wilayah kita mengalami hambatan tumbuh kembang permanen akibat keterlambatan gizi." Pendekatan ini efektif karena menyajikan data epidemiologi riil yang mengejutkan, menghubungkannya langsung dengan tanggung jawab moral dan administratif pembuat kebijakan.
5. Model Toulmin membantu menyusun argumen terstruktur: mengklaim manfaat KTR (*claim*), menyajikan data beban biaya pengobatan penyakit akibat rokok (*data*), menjamin bahwa biaya kesehatan melampaui PAD reklame (*warrant*), dan mengantisipasi sanggahan ekonomi dengan solusi alternatif reklame non-rokok (*rebuttal*).

b. Pilihan Ganda

1. B
2. C
3. D
4. B
5. B
6. B
7. B
8. B
9. C
10. B

c. Studi Kasus / Proyek

1. Kepala Bappeda memiliki *power* tinggi namun *interest* rendah. Strategi advokasi harus menggunakan argumen ekonomi makro: tunjukkan data kehilangan produktivitas ekonomi masa depan akibat stunting (*cognitive loss*) yang jauh lebih mahal dibanding biaya pembangunan jalan, serta tawarkan skema integrasi anggaran lintas sektor.
2. *Claim*: Penerapan KTR di warung kopi meningkatkan derajat kesehatan tanpa mematikan usaha. *Data*: Studi empiris menunjukkan larangan

merokok tidak menurunkan omzet kuliner jangka panjang. *Warrant*: Konsumen non-perokok (mayoritas) akan lebih nyaman berkunjung. *Rebuttal*: Pedagang tetap dapat menjual rokok namun membatasi aktivitas merokok di area bebas asap yang ditentukan secara partisipatif.

GLOSARIUM

Administrasi kesehatan: Proses pengorganisasian, pengelolaan, dan pelaksanaan berbagai sumber daya untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan yang optimal bagi masyarakat.

Administrasi Kebijakan Kesehatan: Sistem pengelolaan sumber daya, regulasi, dan tindakan hukum yang terintegrasi untuk merumuskan, melaksanakan, serta mengevaluasi kebijakan kesehatan guna menjamin pemenuhan

Analisis Situasi Sistemik: Proses identifikasi kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan, ketersediaan sumber daya, dan tingkat penerimaan sosial budaya masyarakat sebelum meluncurkan program.

Dinas Kesehatan (Dinkes): Institusi pemerintah daerah di tingkat provinsi atau kabupaten/kota yang berfungsi sebagai perpanjangan tangan Kementerian Kesehatan dalam mengoordinasikan dan melaksanakan program kesehatan di wilayahnya.

Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat (Ditjen Kesmas): Unit kerja di Kementerian Kesehatan yang berperan dalam merumuskan strategi intervensi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara umum.

Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Ditjen P2P): Unit kerja di Kementerian Kesehatan yang menjadi poros utama dalam merumuskan strategi intervensi terhadap berbagai ancaman penyakit.

Kejadian Luar Biasa (KLB): Peningkatan kasus penyakit atau masalah kesehatan yang melebihi batas normal dan memerlukan respons cepat untuk mencegah penyebaran lebih lanjut.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes): Otoritas kesehatan tertinggi di tingkat pusat yang bertanggung jawab menetapkan kebijakan, standar, dan regulasi kesehatan nasional.

Rekam Kesehatan Elektronik (RKE): Sistem pencatatan data kesehatan pasien secara digital dan terintegrasi secara nasional untuk mempermudah akses dan analisis data epidemiologi.

Sistem Kesehatan Nasional (SKN): Pengelolaan kesehatan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu untuk menjamin derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Subsistem Pemberdayaan Masyarakat: Bagian dari Sistem Kesehatan Nasional yang menempatkan masyarakat sebagai aktor aktif dan mandiri dalam menjaga kese

Administrasi Kesehatan: Fungsi manajemen yang mencakup perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan program kesehatan untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat secara efektif.

Analisis Situasi: Langkah awal dalam perencanaan program kesehatan yang melibatkan pengumpulan dan interpretasi data untuk memahami masalah kesehatan, konteks, serta sumber daya yang tersedia.

Evidence-based planning: Metode perencanaan program yang mendasarkan keputusan pada bukti ilmiah dan data epidemiologis yang akurat, bukan asumsi subjektif, untuk memastikan intervensi yang efektif.

Faktor Risiko: Karakteristik, kondisi, atau paparan yang meningkatkan kemungkinan seseorang atau populasi mengalami masalah kesehatan tertentu.

Hanlon Method: Salah satu metode kuantitatif yang digunakan untuk menetapkan prioritas masalah kesehatan berdasarkan kriteria seperti ukuran masalah, keseriusan, efektivitas intervensi, dan kelayakan.

Matriks Pembagian Kerja (Responsibility Assignment Matrix): Alat manajemen yang memvisualisasikan peran, tugas, dan tanggung jawab setiap anggota tim dalam suatu program atau proyek untuk memastikan kejelasan dan akuntabilitas.

Morbiditas: Tingkat kejadian penyakit atau kondisi kesehatan tertentu dalam suatu populasi selama periode waktu tertentu, sering diukur sebagai prevalensi atau insidensi.

Mortalitas: Tingkat kematian dalam suatu populasi atau karena penyebab tertentu selama periode waktu tertentu, yang merupakan indikator penting status kesehatan masyarakat.

Pengorganisasian Program Kesehatan: Proses pengaturan sumber daya manusia dan non-manusia, pembagian tugas, serta penetapan tanggung jawab untuk mencapai tujuan program kesehatan secara terkoordinasi.

Perencanaan Program Kesehatan: Proses sistematis untuk mengidentifikasi masalah, menetapkan prioritas, merumuskan tujuan, memilih strategi, dan mengalokasikan sumber daya untuk intervensi kesehatan.

Promosi Kesehatan: Proses memberdayakan masyarakat untuk meningkatkan kontrol atas kesehatan mereka dan meningkatkan kesehatan mereka melalui perubahan perilaku dan lingkungan.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas): Survei kesehatan nasional di Indonesia yang menyediakan data komprehensif tentang

Epidemiologi Terapan: Penerapan prinsip dan metode epidemiologi untuk merancang intervensi dan kebijakan kesehatan guna mengendalikan distribusi dan frekuensi masalah kesehatan di tingkat populasi.

Intervensi Hulu (Upstream Intervention): Tindakan atau kebijakan yang dirancang untuk mengendalikan distribusi dan frekuensi masalah kesehatan di tingkat populasi dengan memengaruhi determinan sosial kesehatan.

Kebijakan Alokatif: Bentuk kebijakan kesehatan yang berfokus pada penyediaan serta pembagian sumber daya, barang, atau jasa kepada kelompok sasaran tertentu.

Kebijakan Distributif: Bentuk kebijakan kesehatan yang berfokus pada penyediaan serta pembagian sumber daya, barang, atau jasa kepada kelompok sasaran tertentu, seringkali untuk menjaga kesinambungan pelayanan.

Kebijakan Kesehatan: Rangkaian keputusan, rencana, dan tindakan yang diambil oleh pembuat kebijakan untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan yang spesifik di dalam suatu masyarakat.

Kebijakan Redistributif: Bentuk kebijakan

Agenda setting: Proses dinamis di mana suatu masalah masyarakat berhasil menarik perhatian publik dan pengambil keputusan politik sehingga layak mendapatkan alokasi sumber daya dan perhatian legislatif.

Aliran kebijakan (Policy stream): Salah satu dari tiga aliran dalam kerangka *Multiple Streams* Kingdon, yang berisi alternatif solusi ilmiah yang ditawarkan oleh para

Analisis Kebijakan: Disiplin ilmu sosial terapan yang menggunakan berbagai metode untuk menciptakan, menilai secara kritis, dan mengomunikasikan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan.

Analisis Kebijakan Kesehatan: Proses sistematis untuk menyelidiki, menilai, dan merumuskan berbagai alternatif solusi atas masalah kesehatan masyarakat guna memberikan rekomendasi berbasis

Desentralisasi Kesehatan: Penyerahan wewenang dan tanggung jawab pembiayaan, pengelolaan, serta pengambilan keputusan sektor kesehatan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan.

Epidemiologi: Ilmu yang mempelajari pola dan determinan penyakit serta masalah kesehatan dalam populasi, yang analisisnya menjadi

Disposisi: Sikap atau komitmen dari para pelaksana kebijakan yang sangat memengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi program di lapangan. Ini mencakup kemauan dan motivasi untuk menjalankan tugas sesuai tujuan kebijakan.

Ego Sektoral: Hambatan dalam koordinasi lintas sektor yang muncul akibat kepentingan atau prioritas masing

Angka Reproduksi Efektif (Rt): Jumlah rata-rata kasus sekunder yang dihasilkan oleh satu kasus infeksi dalam populasi yang rentan pada waktu tertentu.

Evaluasi: Analisis berkala atau berkala-akhir mengenai efektivitas, dampak, dan relevansi suatu kebijakan atau program dengan menggunakan standar pembandingan yang objektif.

Indikator Input: Variabel yang mengukur sumber daya yang digunakan dalam suatu program, seperti staf, anggaran, dan regulasi.

Indikator Monitoring: Variabel kuantitatif atau kualitatif yang valid dan andal untuk mengukur pencapaian, menganalisis perubahan, atau menunjukkan kinerja suatu Program Kesehatan.

Indikator Outcome: Variabel yang mengukur perubahan perilaku atau kondisi lingkungan yang dihasilkan dari program dalam jangka pendek.

Indikator Output: Variabel yang mengukur hasil langsung dari aktivitas program, seperti jumlah kader yang dilatih atau rumah tangga yang dikunjungi.

Indikator Proses: Variabel yang mengukur aktivitas intervensi yang dilakukan dalam suatu program, seperti pelatihan atau kampanye media.

Kebijakan Kesehatan: Rangkaian keputusan dan tindakan yang diambil pemerintah atau otoritas kesehatan untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat.

Modal Sosial: Jaringan kepercayaan dan norma gotong royong di dalam komunitas yang merupakan determinan penting dalam meningkatkan efektivitas kesehatan masyarakat.

Monitoring: Proses rutin pengumpulan data internal untuk mengukur kemajuan implementasi program terhadap rencana yang telah ditetapkan.

Prinsip SMART: Akronim untuk Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound, yang merupakan kriteria dalam merumuskan indikator monitoring yang efektif.

Promosi Kesehatan: Proses memungkinkan masyarakat untuk meningkatkan kontrol atas kesehatan mereka, dan untuk meningkatkan kesehatan mereka.

Siklus Kebijakan Kesehatan: Tahapan berurutan dalam perumusan, implementasi, monitoring, dan evaluasi suatu kebijakan kesehatan.

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP): Fasilitas pelayanan kesehatan dasar yang menjadi gerbang utama akses masyarakat terhadap layanan

Analisis Epidemiologi Deskriptif: Metode epidemiologi yang digunakan untuk menganalisis distribusi penyakit dan determinan sosialnya sebagai dasar penyusunan program kesehatan.

BPJS Kesehatan: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, lembaga di Indonesia yang mengelola Program Jaminan Kesehatan Nasional sebagai wujud komitmen Universal Health Coverage.

Advokasi Kebijakan Kesehatan: Suatu tindakan terencana dan sistematis yang dilakukan oleh individu atau kelompok untuk memengaruhi para pengambil keputusan agar mengadopsi, mengubah, atau mempertahankan suatu kebijakan demi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat berdasarkan bukti ilmiah.

Analisis Kebijakan: Proses sistematis untuk mengkaji kebijakan yang sudah

Akar Penyebab Masalah: Faktor fundamental yang mendasari suatu masalah, berbeda dengan gejala yang hanya merupakan manifestasi permukaan.

Analisis Situasi Epidemiologi: Proses sistematis untuk mengumpulkan, menganalisis, dan menginterpretasikan data epidemiologi guna memahami beban penyakit, sebaran, dan populasi rentan.

Bukti Ilmiah (Evidence): Data atau temuan yang diperoleh melalui penelitian sistematis dan metodologi yang valid, menjadi dasar untuk pengambilan keputusan berbasis bukti.

Ego Sektoral: Kecenderungan suatu lembaga atau sektor untuk memprioritaskan kepentingan internalnya sendiri di atas kepentingan kolaborasi lintas sektor.

Epidemiologi: Ilmu yang mempelajari pola

Advokasi Kebijakan: Proses komunikasi strategis yang bertujuan untuk memengaruhi keputusan dan tindakan pembuat kebijakan demi mencapai tujuan kesehatan tertentu. Ini melibatkan penyajian bukti dan rekomendasi yang persuasif.

Analisis Regresi: Metode statistik yang digunakan untuk memodelkan hubungan antara satu variabel dependen dengan satu atau lebih variabel independen, sering dipakai untuk memprediksi atau menjelaskan fenomena epidemiologis.

Blank Spot: Istilah yang merujuk pada area geografis yang tidak memiliki akses terhadap sinyal internet atau telekomunikasi, menjadi tantangan dalam implementasi layanan digital seperti telemedicine.

Grafik Tren Epidemiologi: Representasi visual yang menunjukkan perubahan pola atau insiden penyakit serta faktor risiko terkait dalam suatu populasi dari waktu ke waktu. Ini membantu mengidentifikasi arah perkembangan masalah kesehatan.

Herd Immunity: Kekebalan komunitas yang terjadi ketika sebagian besar populasi menjadi imun terhadap penyakit menular, sehingga memberikan perlindungan tidak langsung kepada individu yang rentan. Ini sering dicapai melalui vaksinasi massal.

Infografis Data Spasial: Visualisasi data yang menggabungkan informasi geografis dengan data statistik, efektif untuk menunjukkan distribusi, sebaran, atau pola masalah kesehatan di berbagai wilayah.

Metode Piramida Terbalik: Teknik presentasi di mana kesimpulan dan rekomendasi utama disajikan di awal, diikuti oleh bukti pendukung dan detail implementasi. Pendekatan ini mengutamakan efisiensi pesan bagi audiens yang sibuk.

Pemangku Kepentingan (Stakeholders): Individu, kelompok, atau organisasi yang memiliki kepentingan, dapat memengaruhi, atau terpengaruh oleh

suatu kebijakan atau program kesehatan. Identifikasi mereka penting dalam advokasi.

Policy Brief: Dokumen ringkas dan terfokus yang menyajikan analisis masalah kebijakan, bukti-bukti relevan, dan rekomendasi tindakan kepada pembuat keputusan. Tujuannya adalah menginformasikan dan memengaruhi kebijakan.

Problem-Based Learning: Metode pembelajaran yang menempatkan mahasiswa pada situasi masalah dunia nyata untuk mengembangkan keterampilan pemecahan masalah, berpikir kritis, dan kolaborasi.

Simulasi Audiensi: Latihan bermain peran yang dirancang untuk melatih mahasiswa dalam menyajikan dan mempertahankan rekomendasi kebijakan di hadapan berbagai pemangku kepentingan. Ini mengasah kemampuan komunikasi advokatif.

Teknik Hook Verbal: Strategi komunikasi lisan di awal presentasi yang bertujuan menarik perhatian audiens secara cepat, seringkali dengan menyajikan data mengejutkan atau studi kasus yang relevan.

Telemedicine: Pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi untuk menyediakan layanan kesehatan jarak jauh, termasuk konsultasi, diagnosis, dan pemantauan pasien, terutama di daerah terpencil.

INDEKS

A

adaptasi, 111, 126, 127
ahli gizi, 259
akuntabilitas, 22, 43, 49, 53, 251
alokasi sumber daya, 18, 44, 52, 62, 76, 233, 252
anak usia sekolah, i, ii, vi

B

bukti ilmiah, 65, 74, 75, 80, 82, 83, 132, 136, 141, 142, 149, 179, 181, 187, 192, 194, 195, 202, 217, 236, 246, 251, 254

E

edukasi gizi, 33, 154, 237, 241, 244
edukasi gizi seimbang, 33

G

gizi, i, ii, iii, iv, v, vi, xi, 16, 45, 51, 52, 77, 92, 100, 111, 114, 123, 130, 151, 159, 166, 170, 174, 176, 196, 210, 221, 229, 236, 237, 242, 248
gizi kurang, 45, 51, 52

I

implementasi, i, vi, 17, 19, 22, 36, 49, 53, 66, 73, 74, 83, 84, 87, 90, 94, 98, 113, 116, 118, 119, 120, 121, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 132, 135, 138, 139, 142, 154, 164, 174, 182, 192, 197, 200, 209, 210, 215, 219, 225, 227, 236, 240, 247, 253, 254, 255, 264
implementasi program promosi kesehatan, 129
IMT/U, ix

K

komunikasi, 19, 25, 63, 77, 80, 85, 87, 96, 107, 108, 118, 119, 121, 124, 125, 127, 130, 136, 138, 142, 146, 156, 164, 165, 167, 175, 184, 185, 192, 194, 202, 203, 208, 212, 217, 218, 221, 245, 255, 256
Konsep dasar gizi, ii
koordinasi, xi, 15, 16, 22, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 37, 39, 41, 42, 45, 46, 51, 54, 78, 106, 113, 115, 118, 122, 123, 127, 130, 131, 151, 160, 185, 195, 197, 205, 211, 215, 233, 239, 240, 253

M

masalah gizi, 44, 64, 76
media sosial, 100, 125, 176, 182, 184, 189, 195, 204, 206
model promosi gizi, v

P

peer teaching, iv
pelaksanaan kegiatan, vi, 48
pemangku kepentingan, 34, 77, 79, 82, 86, 117, 119, 139, 178, 179, 185, 192, 193, 200, 207, 208, 211, 212, 218, 220, 221, 248, 256, 264
pengorganisasian, i, v, 13, 14, 15, 16, 21, 23, 25, 42, 43, 45, 46, 51, 53, 55, 250, 251
perencanaan program, 15, 42, 43, 51, 52, 54, 150, 251
promosi kesehatan, i, xi, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 88, 90, 91, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 113, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 126, 127, 128, 129, 132, 133, 137, 139, 142, 143, 144, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 162, 163, 164, 172, 173, 174, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 187, 188, 189, 192, 193, 203, 207, 208, 209, 213, 217, 220, 221, 238, 241, 243
promosi kesehatan gizi, i
promotor kesehatan, xi, 12, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 34, 37, 46, 51, 52, 54, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 69, 76, 77, 79, 81, 83, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 106, 109, 111, 112, 116, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 130, 131, 136, 137, 141, 142, 143, 145, 146, 150, 151, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 164, 165, 166, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 176, 180, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 193, 194, 196, 197, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 218, 233, 240, 242

T

tantangan implementasi, 102, 103

TENTANG PENULIS



Egy Sunanda Putra, M. Gz

Dosen Program Studi Promosi Kesehatan
Jurusan Promosi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Jambi

Penulis lahir di Bangko tanggal 25 Juni 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Promosi Kesehatan Jurusan Promosi Kesehatan, Ketua Pusat Unggulan Ilmu Pengetahuan Teknologi Politeknik Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Jambi. Menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Gizi, Universitas Respati Yogyakarta dan S2 Ilmu Gizi dari Universitas Sebelas Maret, Surakarta Penulis aktif melakukan tridharma perguruan tinggi, tim pakar audit stunting provinsi Jambi, pembicara di forum ilmiah, aktif publikasi artikel baik nasional dan internasional, pengajar atau fasilitator dan supervisor penelitian tingkat nasional Studi Status Gizi Indonesia dan Survey Status Gizi Indonesia, Survey Kesehatan Indonesia, Penulis melakukan kajian daerah Provinsi Jambi bersama Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun, dan *Project Investing in Nutrition and Early Years (INEY)* . Penulis menguatkan perannya sebagai ahli gizi yang tergabung sebagai pengurus Dewan Pimpinan Daerah Persatuan Ahli Gizi Indonesia Provinsi Jambi (DPD PERSAGI Jambi) dan Asosiasi Dietisien Indonesia (AsDI), serta Asosiasi Nutrisionist Indonesia (AsNI). Penulis dapat dihubungi melalui egyputra93@poltekkesjambi.ac.id.

TENTANG PENULIS



Syaiful Mizan, SKM, MKM

Administrator Kesehatan
Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI

Penulis lahir di Tegal tanggal 25 Oktober 1983. Penulis adalah Administrator Kesehatan di Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. Menyelesaikan pendidikan D3 Kesehatan Lingkungan (2005) di Poltekkes Jakarta II, S1 Kesehatan Masyarakat (2015) di Universitas Respati Indonesia dan S2 Kesehatan Masyarakat (2024) dari Universitas Indonesia. Penulis aktif sebagai ASN di Kemenkes RI, melakukan kajian kebijakan kesehatan, menulis dan publikasi, tim manajemen dan tim teknis, pengajar atau fasilitator dan supervisor penelitian tingkat nasional (Riset Kesehatan Dasar 2013 dan 2018, Studi Diet Total 2014, Survei Indikator Kesehatan Nasional 2016, Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan 2017, Riset Fasilitas Kesehatan 2019, Studi Kualitas Air Minum Rumah Tangga 2020 dan 2021, Studi Status Gizi Indonesia 2021 dan Sero Survey 2022). Penulis dapat dihubungi melalui syaifulmizan02@gmail.com.

TENTANG PENULIS



Septian Primalasari, S.ST, M.K.M

Pranata Laboratorium Pendidikan Ahli
Program Studi Terapi Gigi Program Sarjana Terapan
Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Jambi

Penulis lahir di Jambi, tanggal 24 September 1990. Penulis adalah Pranata Laboratorium Pendidikan Ahli di Program Studi Terapi Gigi Program Sarjana Terapan Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Jambi. Menyelesaikan Pendidikan DIV Keperawatan Gigi (2013) Poltekkes Kemenkes Jambi dan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Analisis Kebijakan Kesehatan (2026) Universitas Negeri Jambi. Penulis menguatkan perannya sebagai ahli terapis gigi yang tergabung sebagai pengurus Dewan Pimpinan Daerah Persatuan Terapis Gigi dan Mulut Provinsi Jambi (DPD PTGMI Prov. Jambi) Penulis dapat dihubungi melalui septianprimalasari@poltekkesjambi.ac.id

TENTANG PENULIS

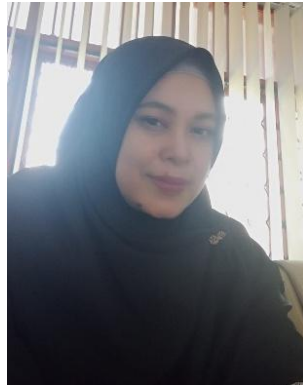


Arvida Bar, S.Pd., Ners., MKM

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jambi

Penulis lahir di Jambi tanggal 11 Juni 1968. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jambi. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan Depkes Jambi Tahun 1989. S1 Ilmu Pendidikan (2001) Universitas Negeri Padang, Sarjana Terapan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jambi (2021) dan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Biostatistik dari Universitas Indonesia (2006). Penulis aktif melakukan tridharma perguruan tinggi, tim peneliti Narkoba (BNN) dan tim peneliti Gaya Hidup Masyarakat (BRIN), aktif publikasi artikel baik nasional dan internasional, Penulis Juga dipercaya sebagai wakil ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Kemenkes Jambi, selain itu dalam bidang organisasi profesi Penulis aktif sebagai pengurus DPW PPNI Propinsi Jambi dan DPD Kota Jambi.

TENTANG PENULIS



Mursidah Dewi, SKM., STr.Kep., M.Kep

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jambi

Penulis lahir di Jambi tanggal 28 Oktober 1978. Penulis adalah dosen tetap pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jambi, Menyelesaikan pendidikan Sarjana Terapan Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Jambi, Pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Indonesia dan S2 Keperawatan Universitas Indonesia dengan peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Penulis dapat dihubungi melalui mursidah.dewi@yahoo.co.id

SINOPSIS BUKU

Buku ajar ini hadir untuk menjawab tantangan praktisi kesehatan sering kali merasa terputus dari proses perumusan kebijakan di tingkat hulu. Buku ini bertujuan membekali mahasiswa agar tidak sekadar menjadi pelaksana teknis, melainkan mampu bertransformasi menjadi analis, advokat, dan inisiator kebijakan kesehatan yang berbasis bukti epidemiologis. Struktur buku dirancang secara sistematis ke dalam 14 bab pembelajaran: Fondasi Sistem Kesehatan: Membahas konsep dasar administrasi kebijakan kesehatan, struktur Sistem Kesehatan Nasional dan Daerah (SKN/SKD), serta penerapan fungsi-fungsi manajemen (POAC) dalam program kesehatan. Siklus dan Analisis Kebijakan: Mengupas hierarki kebijakan kesehatan di Indonesia, proses formulasi kebijakan, instrumen analisis kebijakan (*SWOT*, *PESTLE*, dan *Health Policy Triangle*), desentralisasi, serta analisis implementasi kebijakan di lapangan. Pengawasan dan Isu Global: Menganalisis sistem monitoring dan evaluasi kebijakan, pembiayaan JKN untuk program promotif-preventif, serta isu-isu strategis kesehatan global seperti SDGs, UHC, dan digitalisasi pelayanan kesehatan. Aplikasi Praktis dan Advokasi: Mengajarkan langkah-langkah strategi advokasi kebijakan, teknik penyusunan naskah policy brief berbasis data epidemiologi, hingga simulasi presentasi dan validasi kebijakan di hadapan pemangku kepentingan.