

Edited Book

**Kebijakan Kesehatan dan Keperawatan:
Teori, Implementasi, dan Transformasi Sistem Pelayanan**

Edited Book Kebijakan Kesehatan dan Keperawatan: Teori, Implementasi, dan Transformasi Sistem Pelayanan membahas secara komprehensif dinamika kebijakan kesehatan dalam konteks sistem pelayanan modern. Buku ini mengintegrasikan perspektif teori kebijakan publik, analisis sistem kesehatan, serta peran strategis profesi keperawatan dalam proses perumusan, implementasi, dan evaluasi kebijakan.

Pembahasan mencakup model analisis kebijakan, pembiayaan kesehatan, regulasi profesi, kepemimpinan dan advokasi keperawatan, hingga transformasi digital dalam pelayanan kesehatan. Disertai studi kasus dan pendekatan berbasis bukti (evidence-based policy), buku ini memberikan kerangka konseptual dan praktis bagi pembaca untuk memahami kompleksitas pengambilan keputusan di sektor kesehatan.

Ditujukan bagi mahasiswa, akademisi, peneliti, serta praktisi kesehatan, buku ini diharapkan menjadi referensi strategis dalam memperkuat kapasitas analisis kebijakan serta mendorong kontribusi aktif perawat dalam pembangunan sistem kesehatan yang adil, efektif, dan berkelanjutan.

Prof. Dr. Ns. Suprpto, S. Kep M. Kes

**Kebijakan Kesehatan dan Keperawatan:
Teori, Implementasi, dan Transformasi Sistem Pelayanan**

Edited Book

Edited Book

**Kebijakan Kesehatan dan Keperawatan:
Teori, Implementasi, dan Transformasi Sistem Pelayanan**

Prof. Dr. Ns. Suprpto, S. Kep M. Kes

Edited Book
Kebijakan Kesehatan dan Keperawatan:
Teori, Implementasi, dan Transformasi Sistem Pelayanan

Prof. Dr. Ns. Suprpto, S. Kep., M. Kes





UU NO 28 TAHUN 2014 TENTANG HAK CIPTA

PASAL 113 KETENTUAN PIDANA SANKSI PELANGGARAN

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).



Edited Book

Kebijakan Kesehatan dan Keperawatan:

Teori, Implementasi, dan Transformasi Sistem Pelayanan

Penulis

Prof. Dr. Ns. Suprpto, S. Kep., M. Kes

Editor

TIM

ISBN

978-634-04-9332-0

Desain Sampul dan Layout

Muh Febryan Hidayatullah

Penerbit

PT. Edukasi Ilmiah Indonesia

Alamat Redaksi

Jln. Dg. Ramang VI Makassar, Sulawesi Selatan, Indonesia, 90243

Website: <https://jurnal.edi.or.id/index.php/bci/Beranda>

Email: ilmiahedukasi@gmail.com

Cetakan I, 01 Maret 2026

Ukuran 18 x 25 cm

vii + 210 halaman

Hak cipta dilindungi undang-undang dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun, termasuk fotocopy, tanpa izin tertulis dari penerbit. Pengutipan harap menyantumkan sumbernya. Undang-Undang No. 19 Tahun 2012, Tentang Hak Cipta Ketentuan pidana, pasal 72 ayat (1), (2) dan (6).



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas tersusunnya Edited Book berjudul Kebijakan Kesehatan dan Keperawatan: Teori, Implementasi, dan Transformasi Sistem Pelayanan*. Buku ini disusun sebagai kontribusi akademik dalam memperkaya literatur mengenai kebijakan kesehatan dan peran strategis keperawatan dalam sistem pelayanan kesehatan.

Perkembangan sistem kesehatan yang dinamis, tuntutan Universal Health Coverage, serta transformasi pelayanan berbasis teknologi menuntut tenaga kesehatan, khususnya perawat, untuk memiliki kompetensi analisis kebijakan yang kuat. Oleh karena itu, book chapter ini menghadirkan pembahasan konseptual, kerangka analitis, serta contoh implementasi kebijakan dalam konteks nasional dan global.

Materi disusun secara sistematis dan berbasis evidence, sehingga dapat digunakan sebagai referensi bagi mahasiswa, akademisi, peneliti, maupun praktisi kesehatan. Harapannya, buku ini mampu mendorong lahirnya pemikiran kritis, kepemimpinan kebijakan, dan advokasi profesional dalam penguatan sistem kesehatan yang berkeadilan dan berkelanjutan.

Kami menyadari bahwa karya ini masih memiliki keterbatasan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang konstruktif sangat diharapkan demi penyempurnaan di masa mendatang. Semoga book chapter ini memberikan manfaat yang luas bagi pengembangan ilmu dan praktik kebijakan kesehatan serta keperawatan.

Makassar, 01 Maret 2026

Penulis

Suprpto



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI	v
BAB 1. Konsep Dasar Kebijakan Kesehatan	1
BAB 2. Teori dan Model Analisis Kebijakan.....	12
BAB 3. Sistem Kesehatan dan Reformasi Global	25
BAB 4. Kebijakan Keperawatan dalam Sistem Kesehatan	36
BAB 5. Kebijakan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	46
BAB 6. Kebijakan Kesehatan Berbasis Bukti (<i>Evidence-Based Policy</i>).....	57
BAB 7. Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak	68
BAB 8. Kepemimpinan dan Advokasi Keperawatan	74
BAB 9. Kebijakan Kesehatan Digital dan Inovasi	80
BAB 10. Tantangan dan Masa Depan Kebijakan Kesehatan	89
BAB 11. Penguatan Regulasi Transformasi Digital Dan Inovasi Daerah	102
DAFTAR PUSTAKA	111
BIODATA PENULIS.....	115

BAB 1. Konsep Dasar Kebijakan Kesehatan

Pendahuluan

Kebijakan kesehatan merupakan seperangkat keputusan, tindakan, dan strategi yang dirumuskan oleh pemerintah atau pemangku kepentingan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Dalam perspektif sistem kesehatan, kebijakan tidak hanya dipahami sebagai produk hukum, tetapi juga sebagai proses politik dan administratif yang melibatkan berbagai aktor, kepentingan, serta sumber daya. Konsep dasar kebijakan kesehatan penting dipahami oleh tenaga kesehatan, akademisi, dan pengambil keputusan agar intervensi yang dirancang bersifat efektif, efisien, berkeadilan, dan berkelanjutan. Secara konseptual, kebijakan kesehatan berada pada irisan antara ilmu kesehatan masyarakat, ilmu politik, ekonomi kesehatan, dan manajemen publik. Oleh karena itu, analisis kebijakan kesehatan memerlukan pendekatan multidisipliner yang mempertimbangkan aspek epidemiologis, sosial, ekonomi, budaya, serta tata kelola pemerintahan.

Kebijakan kesehatan dapat didefinisikan sebagai keputusan formal maupun informal yang ditetapkan untuk mempengaruhi determinan kesehatan, pembiayaan, organisasi pelayanan, serta perilaku masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan. Ruang lingkupnya mencakup kebijakan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, hingga paliatif.

Dalam konteks sistem kesehatan, kebijakan mencakup beberapa domain utama, yaitu: (1) pembiayaan kesehatan, (2) penyediaan dan distribusi tenaga kesehatan, (3) regulasi fasilitas dan teknologi kesehatan, (4) jaminan mutu pelayanan, serta (5) tata kelola dan akuntabilitas. Kebijakan juga dapat bersifat makro (nasional), meso (provinsi/kabupaten), maupun mikro (tingkat institusi pelayanan).



Tujuan utama kebijakan kesehatan adalah meningkatkan status kesehatan populasi secara merata. Dalam praktiknya, terdapat beberapa prinsip fundamental yang menjadi landasan, yaitu:

1. Equity (Keadilan) memastikan akses pelayanan kesehatan tanpa diskriminasi berdasarkan status sosial, ekonomi, atau geografis.
2. Efficiency (Efisiensi) optimalisasi penggunaan sumber daya yang terbatas untuk menghasilkan luaran kesehatan maksimal.
3. Effectiveness (Efektivitas) kebijakan harus berbasis bukti (evidence-based) dan mampu mencapai target yang ditetapkan.
4. Sustainability (Keberlanjutan) kebijakan dirancang untuk jangka panjang dengan mempertimbangkan kapasitas fiskal dan institusional.
5. Accountability (Akuntabilitas) adanya mekanisme pertanggungjawaban publik dan transparansi.

Prinsip-prinsip ini sering kali berada dalam ketegangan, misalnya antara efisiensi dan keadilan, sehingga pengambil kebijakan perlu melakukan analisis trade-off secara rasional. Secara teoritis, proses kebijakan kesehatan mengikuti tahapan siklus kebijakan (policy cycle), yaitu:

1. Identifikasi Masalah (Problem Identification)
Tahap awal berupa pengenalan isu kesehatan yang dianggap prioritas, misalnya tingginya angka kematian ibu atau prevalensi stunting. Penetapan masalah dipengaruhi oleh data epidemiologis, advokasi, serta tekanan politik.
2. Perumusan Kebijakan (Policy Formulation)
Pada tahap ini dilakukan analisis alternatif kebijakan, termasuk kajian dampak, analisis biaya-manfaat, dan konsultasi publik. Instrumen kebijakan dapat berupa regulasi, insentif finansial, kampanye edukasi, atau reformasi kelembagaan.
3. Adopsi Kebijakan (Policy Adoption)
4. Alternatif yang dipilih kemudian disahkan melalui mekanisme formal, seperti undang-undang, peraturan pemerintah, atau keputusan menteri.
5. Implementasi (Policy Implementation)



Implementasi melibatkan birokrasi, tenaga kesehatan, dan institusi pelayanan. Tantangan utama pada tahap ini adalah keterbatasan sumber daya, resistensi organisasi, serta koordinasi lintas sektor.

6. Monitoring dan Evaluasi (M&E)

Evaluasi dilakukan untuk menilai efektivitas dan dampak kebijakan. Hasil evaluasi menjadi umpan balik untuk perbaikan atau reformulasi kebijakan. Walaupun siklus kebijakan terlihat linear, pada praktiknya proses ini bersifat dinamis dan sering kali tumpang tindih.

Kebijakan kesehatan tidak dirumuskan dalam ruang hampa. Terdapat berbagai aktor yang terlibat, antara lain pemerintah pusat dan daerah, legislatif, organisasi profesi, akademisi, sektor swasta, lembaga donor, serta masyarakat sipil. Interaksi antar-aktor dipengaruhi oleh distribusi kekuasaan, kepentingan ekonomi, dan nilai ideologis. Pendekatan analisis aktor (stakeholder analysis) penting untuk memetakan tingkat pengaruh dan kepentingan masing-masing pihak. Strategi advokasi dan komunikasi kebijakan harus disesuaikan dengan karakteristik aktor agar implementasi berjalan efektif. Beberapa kerangka analisis yang umum digunakan meliputi:

1. Segitiga Kebijakan (Policy Triangle) mencakup konteks, konten, proses, dan aktor.
2. Evidence-Based Policy menekankan penggunaan hasil penelitian dan data empiris dalam perumusan kebijakan.
3. Health in All Policies (HiAP) mengintegrasikan pertimbangan kesehatan dalam seluruh sektor pembangunan.

Pendekatan ini membantu memastikan bahwa kebijakan tidak hanya responsif terhadap masalah kesehatan, tetapi juga sensitif terhadap determinan sosial kesehatan. Kebijakan kesehatan tidak dapat dilepaskan dari determinan sosial seperti pendidikan, pendapatan, lingkungan, dan gender. Oleh karena itu, intervensi kesehatan harus bersifat lintas sektor. Dalam konteks globalisasi, dinamika seperti perubahan iklim, mobilitas penduduk, serta pandemi global turut memengaruhi arah kebijakan nasional.

Kerja sama internasional, transfer teknologi, serta komitmen terhadap target pembangunan berkelanjutan menjadi bagian integral



dari strategi kebijakan kesehatan modern. Tantangan utama kebijakan kesehatan meliputi keterbatasan anggaran, ketimpangan distribusi tenaga kesehatan, fragmentasi sistem pembiayaan, serta ketidakselarasan antara kebijakan pusat dan daerah. Selain itu, perkembangan teknologi kesehatan yang cepat menuntut adanya regulasi adaptif. Ke depan, penguatan tata kelola berbasis data digital, integrasi sistem informasi kesehatan, serta peningkatan kapasitas analisis kebijakan di kalangan tenaga kesehatan menjadi agenda strategis. Pendidikan dan pelatihan mengenai analisis kebijakan kesehatan perlu diperkuat, khususnya bagi profesi keperawatan dan kesehatan masyarakat.

Konsep dasar kebijakan kesehatan mencakup pemahaman mengenai definisi, tujuan, prinsip, proses, aktor, serta konteks sosial-politik yang memengaruhinya. Kebijakan kesehatan bukan sekadar regulasi administratif, melainkan instrumen strategis untuk mencapai derajat kesehatan optimal dan keadilan sosial. Pendekatan berbasis bukti, kolaborasi lintas sektor, serta tata kelola yang akuntabel merupakan fondasi utama dalam mewujudkan sistem kesehatan yang tangguh dan berkelanjutan.

Definisi dan Ruang Lingkup Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan serangkaian keputusan, regulasi, strategi, dan tindakan yang dirumuskan oleh pemerintah atau pemangku kepentingan lain untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Dalam perspektif tata kelola (governance), kebijakan kesehatan tidak hanya berbentuk peraturan perundang-undangan, tetapi juga mencakup pedoman teknis, program intervensi, mekanisme pembiayaan, serta kerangka evaluasi yang dirancang untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Secara konseptual, kebijakan kesehatan berfungsi sebagai instrumen alokasi sumber daya yang terbatas agar dapat menghasilkan luaran (outputs) dan dampak (outcomes) kesehatan yang optimal, efektif, efisien, dan berkeadilan (Avianta et al., 2025).



Ruang lingkup kebijakan kesehatan sangat luas dan bersifat multidimensional. Pertama, mencakup kebijakan promotif dan preventif, seperti imunisasi, edukasi kesehatan, pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular, serta intervensi gizi masyarakat. Kedua, kebijakan kuratif dan rehabilitatif yang mengatur pelayanan klinis di fasilitas kesehatan primer, sekunder, dan tersier. Ketiga, kebijakan pembiayaan kesehatan, termasuk skema asuransi sosial, mekanisme pembayaran berbasis kapitasi, serta strategi pengendalian biaya (cost containment). Keempat, kebijakan sumber daya kesehatan, seperti perencanaan dan distribusi tenaga kesehatan, termasuk perawat sebagai garda terdepan pelayanan (Ayu & KM, 2025).

Dalam konteks keperawatan, kebijakan kesehatan berpengaruh langsung terhadap standar praktik, rasio perawat-pasien, pengembangan kompetensi, dan perlindungan hukum profesi. Oleh karena itu, literasi kebijakan (policy literacy) menjadi kompetensi penting bagi tenaga keperawatan agar mampu berpartisipasi dalam advokasi dan pengambilan keputusan berbasis bukti (evidence-based policy).

Selain itu, kebijakan kesehatan beroperasi pada berbagai tingkatan: lokal, nasional, regional, dan global. Pada level nasional, kebijakan sering dituangkan dalam rencana strategis kesehatan jangka menengah dan panjang. Pada level global, agenda kesehatan dipengaruhi oleh komitmen internasional seperti Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs), terutama tujuan ketiga yang menekankan kesehatan dan kesejahteraan.

Secara normatif, kebijakan kesehatan harus memenuhi prinsip equity (keadilan), accessibility (aksesibilitas), quality (mutu), dan accountability (akuntabilitas). Implementasinya memerlukan pendekatan interdisipliner karena isu kesehatan seringkali bersinggungan dengan sektor pendidikan, ekonomi, lingkungan, dan sosial budaya. Dengan demikian, kebijakan kesehatan tidak dapat dipahami secara sektoral semata, melainkan sebagai bagian dari sistem sosial yang kompleks (Badi'ah et al., n.d.).

Determinan Sosial Kesehatan



Determinan sosial kesehatan merujuk pada kondisi sosial, ekonomi, politik, dan lingkungan yang memengaruhi status kesehatan individu maupun populasi. Pendekatan ini menekankan bahwa kesehatan tidak hanya ditentukan oleh faktor biologis atau perilaku individu, tetapi juga oleh struktur sosial yang membentuk peluang hidup seseorang.

Faktor-faktor seperti tingkat pendidikan, pendapatan, pekerjaan, kondisi perumahan, akses terhadap air bersih dan sanitasi, serta jaminan sosial memiliki kontribusi signifikan terhadap kesenjangan kesehatan (health inequities). Individu dengan status sosial ekonomi rendah cenderung memiliki risiko lebih tinggi terhadap penyakit kronis, malnutrisi, dan keterbatasan akses layanan kesehatan.

Kerangka konseptual determinan sosial kesehatan biasanya dibagi menjadi determinan struktural dan determinan antara (intermediate determinants). Determinan struktural mencakup kebijakan makroekonomi, sistem politik, dan distribusi kekuasaan. Sementara itu, determinan antara mencakup kondisi material, faktor psikososial, perilaku kesehatan, serta sistem pelayanan kesehatan.

Dalam praktik keperawatan komunitas, pemahaman terhadap determinan sosial sangat penting untuk merancang intervensi yang kontekstual dan sensitif budaya. Pendekatan berbasis komunitas (community-based approach) memungkinkan identifikasi faktor risiko yang spesifik pada populasi tertentu, termasuk kemiskinan, ketidaksetaraan gender, dan marginalisasi sosial (Betan et al., 2023).

Upaya mengatasi determinan sosial kesehatan memerlukan kebijakan lintas sektor (intersectoral collaboration). Strategi seperti health in all policies (HiAP) menekankan integrasi perspektif kesehatan dalam setiap kebijakan publik, termasuk transportasi, perumahan, dan ketenagakerjaan. Dengan demikian, intervensi kesehatan menjadi lebih komprehensif dan berkelanjutan.

Sistem Kesehatan Nasional dan Global

Sistem kesehatan adalah keseluruhan organisasi, institusi, sumber daya, dan aktor yang berfungsi untuk menyediakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pada tingkat nasional, sistem kesehatan



biasanya terdiri atas subsistem pelayanan, pembiayaan, sumber daya manusia, manajemen informasi, dan tata kelola. Sistem kesehatan nasional bertujuan mencapai cakupan kesehatan semesta (universal health coverage/UHC), yaitu memastikan setiap individu memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial. Untuk mencapai tujuan ini, diperlukan desain pembiayaan yang berkelanjutan, sistem rujukan yang efektif, serta penguatan pelayanan primer (Cahyanto, 2025).

Di tingkat global, sistem kesehatan dipengaruhi oleh dinamika transnasional seperti mobilitas penduduk, perdagangan internasional, dan ancaman penyakit menular lintas batas. Organisasi internasional, lembaga donor, dan kemitraan global memainkan peran penting dalam pembiayaan dan pengembangan kapasitas sistem kesehatan di negara berkembang. Isu global seperti pandemi, perubahan iklim, dan resistensi antimikroba menunjukkan bahwa kesehatan bersifat saling terhubung (*interconnected*). Oleh karena itu, penguatan sistem kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab nasional, tetapi juga bagian dari solidaritas global.

Aktor dalam Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan melibatkan berbagai aktor dengan kepentingan dan pengaruh yang berbeda. Pemerintah berperan sebagai regulator dan pengambil keputusan utama. Parlemen berfungsi dalam proses legislasi dan pengawasan anggaran. Tenaga kesehatan, termasuk perawat, berperan sebagai pelaksana kebijakan sekaligus advokat kepentingan pasien. Selain itu, organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat, sektor swasta, dan media massa juga memengaruhi proses kebijakan. Interaksi antar aktor sering kali mencerminkan dinamika kekuasaan dan negosiasi kepentingan. Analisis pemangku kepentingan (*stakeholder analysis*) menjadi alat penting untuk memahami posisi, kepentingan, dan tingkat pengaruh masing-masing aktor. Pendekatan ini membantu merancang strategi advokasi dan komunikasi kebijakan yang lebih efektif.

Kebijakan kesehatan merupakan hasil interaksi kompleks berbagai aktor yang memiliki kepentingan, sumber daya, dan tingkat



pengaruh yang berbeda. Dalam perspektif analisis kebijakan publik, aktor (policy actors) adalah individu, kelompok, atau institusi yang terlibat dalam proses agenda setting, formulasi, adopsi, implementasi, maupun evaluasi kebijakan. Pemahaman terhadap aktor menjadi krusial karena kebijakan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh bukti ilmiah, tetapi juga oleh dinamika kekuasaan, negosiasi, serta konfigurasi kepentingan politik dan ekonomi.

Secara umum, aktor dalam kebijakan kesehatan dapat dikategorikan menjadi aktor negara (state actors) dan aktor non-negara (non-state actors). Aktor negara meliputi lembaga eksekutif, legislatif, dan yudikatif. Sementara itu, aktor non-negara mencakup organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat, sektor swasta, akademisi, media, serta organisasi internasional. Interaksi antaraktor ini membentuk ekosistem kebijakan yang dinamis dan sering kali kontestatif.

Pemerintah merupakan aktor utama dalam kebijakan kesehatan karena memiliki kewenangan regulatif dan kontrol atas alokasi anggaran publik. Pada tingkat eksekutif, kementerian kesehatan berperan dalam merumuskan kebijakan teknis, menyusun standar pelayanan, serta mengoordinasikan implementasi program nasional. Kementerian keuangan memengaruhi kebijakan melalui pengendalian fiskal dan alokasi anggaran. Di tingkat legislatif, parlemen berperan dalam proses legislasi, persetujuan anggaran, serta fungsi pengawasan terhadap pelaksanaan kebijakan.

Peran lembaga yudikatif muncul dalam konteks judicial review atau sengketa kebijakan kesehatan, misalnya terkait hak atas pelayanan kesehatan atau regulasi profesi. Dengan demikian, cabang kekuasaan negara memiliki kontribusi berbeda namun saling melengkapi dalam tata kelola kebijakan kesehatan.

Desentralisasi juga memengaruhi konfigurasi aktor. Pemerintah daerah sering memiliki otonomi dalam implementasi program kesehatan, termasuk pengelolaan fasilitas dan distribusi tenaga kesehatan. Perbedaan kapasitas antarwilayah dapat menghasilkan variasi implementasi kebijakan yang signifikan.

Organisasi profesi seperti asosiasi dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya berperan dalam menetapkan standar praktik,



advokasi kepentingan anggota, serta memberikan masukan teknis terhadap regulasi. Mereka sering menjadi pressure group yang memengaruhi kebijakan melalui lobi, partisipasi dalam komite teknis, atau mobilisasi opini publik.

Tenaga kesehatan sebagai pelaksana kebijakan memiliki pengaruh dalam tahap implementasi. Diskresi profesional (professional discretion) memungkinkan mereka menyesuaikan kebijakan dengan kondisi lapangan. Oleh karena itu, keberhasilan implementasi sangat bergantung pada penerimaan dan komitmen tenaga kesehatan terhadap kebijakan yang dirumuskan.

Sektor swasta, termasuk rumah sakit swasta, perusahaan farmasi, perusahaan asuransi, dan industri alat kesehatan, merupakan aktor penting dalam sistem kesehatan modern. Mereka memiliki sumber daya finansial dan kapasitas inovasi yang signifikan. Namun, keterlibatan sektor swasta juga menimbulkan isu konflik kepentingan, terutama dalam regulasi harga obat, promosi produk kesehatan, dan desain manfaat asuransi.

Industri farmasi, misalnya, memiliki pengaruh kuat dalam kebijakan pengadaan dan daftar obat esensial. Oleh karena itu, transparansi dan regulasi yang ketat diperlukan untuk mencegah dominasi kepentingan komersial atas kepentingan publik.

Akademisi dan lembaga penelitian berperan sebagai produsen bukti ilmiah yang mendukung evidence-informed decision making. Mereka menyediakan data epidemiologi, analisis ekonomi kesehatan, serta evaluasi program. Namun, hubungan antara peneliti dan pembuat kebijakan sering dipengaruhi oleh perbedaan insentif dan waktu respons.

Knowledge broker atau lembaga translasi riset menjadi penghubung antara dunia akademik dan pembuat kebijakan. Policy brief dan forum dialog kebijakan merupakan instrumen untuk menjembatani kesenjangan antara pengetahuan dan praktik.

Lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan kelompok advokasi berperan dalam mengangkat isu kesehatan ke agenda publik, terutama isu yang berkaitan dengan kelompok rentan seperti penderita HIV/AIDS, disabilitas, atau kesehatan reproduksi. Mobilisasi opini publik melalui



kampanye dan media sosial dapat membuka policy window bagi reformasi kebijakan.

Media massa memiliki peran strategis dalam framing isu kesehatan. Cara media membingkai suatu masalah dapat memengaruhi persepsi publik dan tekanan terhadap pembuat kebijakan. Dalam konteks krisis kesehatan, komunikasi media yang akurat dan bertanggung jawab menjadi faktor krusial.

Dalam era globalisasi, organisasi internasional dan lembaga donor memainkan peran signifikan dalam kebijakan kesehatan, terutama di negara berpendapatan rendah dan menengah. Mereka menyediakan pendanaan, asistensi teknis, serta standar normatif global. Namun, ketergantungan pada donor dapat memengaruhi prioritas nasional dan keberlanjutan program.

Analisis aktor tidak hanya mengidentifikasi siapa yang terlibat, tetapi juga bagaimana relasi kekuasaan dan koalisi terbentuk. Konsep policy network dan advocacy coalition menjelaskan bahwa aktor dengan nilai dan kepentingan serupa dapat membentuk koalisi untuk memengaruhi kebijakan. Perubahan kebijakan sering kali terjadi ketika terjadi pergeseran keseimbangan kekuasaan atau munculnya krisis eksternal.

Keragaman aktor dalam kebijakan kesehatan menciptakan peluang kolaborasi sekaligus potensi konflik. Transparansi, partisipasi publik, serta mekanisme akuntabilitas menjadi prasyarat tata kelola yang baik. Pengambil kebijakan perlu memahami peta aktor dan kepentingan untuk merancang strategi komunikasi dan negosiasi yang efektif. Secara keseluruhan, aktor dalam kebijakan kesehatan membentuk sistem interaksi yang kompleks dan multidimensional. Kebijakan yang efektif tidak hanya bergantung pada kualitas desain teknis, tetapi juga pada kemampuan mengelola dinamika aktor dan membangun konsensus. Dengan memahami peran dan pengaruh setiap aktor, proses kebijakan dapat menjadi lebih inklusif, responsif, dan berorientasi pada kepentingan publik.

Siklus Kebijakan



Siklus kebijakan menggambarkan tahapan proses kebijakan mulai dari identifikasi masalah hingga evaluasi. Tahap pertama adalah agenda setting, yaitu proses penentuan isu yang dianggap prioritas publik. Tahap kedua adalah formulation, di mana alternatif kebijakan dirumuskan berdasarkan bukti dan analisis. Tahap ketiga adalah adoption, yaitu pengesahan kebijakan melalui mekanisme formal. Tahap keempat adalah implementation, yakni pelaksanaan kebijakan di lapangan. Tahap terakhir adalah evaluation, yang bertujuan menilai efektivitas, efisiensi, dan dampak kebijakan. Meskipun digambarkan secara linear, dalam praktiknya proses kebijakan bersifat dinamis dan iteratif. Evaluasi dapat menghasilkan umpan balik untuk perbaikan kebijakan berikutnya. Dalam konteks keperawatan, keterlibatan aktif dalam setiap tahap siklus kebijakan dapat memperkuat posisi profesi dalam sistem kesehatan.



BAB 2. Teori dan Model Analisis Kebijakan

Pendahuluan

Teori dan model analisis kebijakan merupakan kerangka konseptual yang digunakan untuk memahami bagaimana suatu kebijakan dirumuskan, diimplementasikan, dan menghasilkan dampak tertentu dalam sistem sosial. Dalam studi kebijakan publik, berbagai model telah dikembangkan untuk menjelaskan dinamika antara perumus kebijakan dan pelaksana di lapangan. Salah satu model yang banyak digunakan dalam analisis implementasi kebijakan adalah Model Smith (1973), yang menekankan interaksi dinamis antara komponen kebijakan dan lingkungan sosial tempat kebijakan tersebut diterapkan. Model ini relevan dalam analisis kebijakan kesehatan karena implementasi kebijakan kesehatan sering kali menghadapi kompleksitas aktor, institusi, dan konteks sosial yang beragam.

Model Smith memandang implementasi kebijakan sebagai proses interaksi antara empat komponen utama, yaitu: *idealized policy* (kebijakan yang diidealkan), *implementing organization* (organisasi pelaksana), *target group* (kelompok sasaran), dan *environmental factors* (faktor lingkungan). Keempat komponen tersebut saling berinteraksi secara simultan dan menghasilkan ketegangan (*tensions*) maupun penyesuaian (*adjustments*) yang menentukan keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan.

Komponen pertama, *idealized policy*, merujuk pada desain kebijakan sebagaimana dirumuskan oleh pembuat kebijakan. Di dalamnya terkandung tujuan, asumsi, nilai, serta instrumen kebijakan yang diharapkan mampu mengubah kondisi tertentu. Dalam kebijakan kesehatan, *idealized policy* dapat berupa regulasi jaminan kesehatan nasional, standar pelayanan minimal, atau kebijakan pengendalian penyakit menular. Namun, desain kebijakan sering kali dibangun atas asumsi rasionalitas dan kepatuhan aktor yang belum tentu sesuai dengan realitas lapangan. Oleh karena itu, kesenjangan antara desain



dan praktik menjadi isu sentral dalam analisis implementasi (Ekasari et al., 2025).

Komponen kedua adalah *implementing organization*, yaitu institusi atau birokrasi yang bertanggung jawab melaksanakan kebijakan. Organisasi pelaksana memiliki struktur, budaya, kapasitas sumber daya, serta mekanisme koordinasi internal yang memengaruhi efektivitas implementasi. Dalam konteks kesehatan, organisasi pelaksana dapat berupa dinas kesehatan, rumah sakit, puskesmas, atau lembaga asuransi kesehatan. Model Smith menekankan bahwa keberhasilan kebijakan tidak hanya ditentukan oleh kualitas desain, tetapi juga oleh kapasitas administratif, kompetensi sumber daya manusia, kepemimpinan, dan sistem pengawasan dalam organisasi pelaksana.

Komponen ketiga adalah *target group*, yaitu individu atau kelompok yang menjadi sasaran kebijakan. Dalam kebijakan kesehatan, kelompok sasaran dapat berupa ibu hamil, anak balita, tenaga kesehatan, atau masyarakat miskin penerima subsidi. Smith menyoroti bahwa kelompok sasaran bukan entitas pasif; mereka memiliki persepsi, kepentingan, dan respons terhadap kebijakan. Tingkat penerimaan, kepatuhan, dan partisipasi kelompok sasaran sangat menentukan capaian kebijakan. Resistensi atau kurangnya pemahaman dari kelompok sasaran dapat menciptakan ketegangan yang menghambat implementasi.

Komponen keempat adalah *environmental factors*, yang mencakup kondisi sosial, politik, ekonomi, dan budaya di mana kebijakan dijalankan. Faktor lingkungan dapat berupa stabilitas politik, dukungan anggaran, norma sosial, serta dinamika kekuasaan lokal. Dalam sistem kesehatan yang terdesentralisasi, variasi kapasitas daerah dan perbedaan prioritas politik dapat memengaruhi konsistensi implementasi kebijakan nasional. Model Smith menekankan bahwa lingkungan bukan sekadar latar belakang, melainkan faktor aktif yang membentuk interaksi antar-komponen kebijakan.

Keunggulan Model Smith terletak pada pendekatannya yang dinamis dan interaktif. Implementasi dipandang sebagai proses negosiasi dan adaptasi yang berkelanjutan, bukan sekadar tahap akhir



dari siklus kebijakan. Ketegangan yang muncul antara desain kebijakan dan realitas organisasi, antara organisasi pelaksana dan kelompok sasaran, atau antara kebijakan dan lingkungan sosial dapat menghasilkan perubahan kebijakan (policy reformulation). Dengan demikian, implementasi bukan proses linear, melainkan proses timbal balik yang dapat memodifikasi kebijakan awal (Elungan & Tjenreng, 2025).

Dalam analisis kebijakan kesehatan, Model Smith dapat digunakan untuk mengidentifikasi titik lemah implementasi. Misalnya, apabila kebijakan memiliki desain yang baik tetapi gagal mencapai target, analisis dapat difokuskan pada kapasitas organisasi pelaksana atau pada tingkat penerimaan kelompok sasaran. Sebaliknya, jika organisasi dan kelompok sasaran menunjukkan komitmen tinggi namun hasil tetap rendah, kemungkinan terdapat faktor lingkungan seperti keterbatasan anggaran atau hambatan regulasi yang mengganggu proses implementasi.

Secara teoretis, Model Smith juga berkaitan dengan pendekatan sistem (systems approach) dalam kebijakan publik. Keempat komponen yang saling berinteraksi membentuk suatu sistem terbuka yang dipengaruhi oleh umpan balik (feedback). Perubahan pada satu komponen akan berdampak pada komponen lain. Oleh karena itu, analisis kebijakan harus mempertimbangkan keterkaitan antar-elemen dan menghindari pendekatan sektoral yang terfragmentasi.

Meskipun demikian, Model Smith tidak lepas dari kritik. Beberapa akademisi menilai bahwa model ini masih bersifat deskriptif dan belum sepenuhnya menjelaskan mekanisme kausal yang spesifik. Selain itu, kompleksitas hubungan antar-komponen sering kali sulit diukur secara empiris. Namun demikian, sebagai kerangka konseptual, Model Smith tetap relevan untuk memahami dinamika implementasi kebijakan, terutama dalam konteks negara berkembang dengan sistem birokrasi yang beragam.

Dalam praktiknya, penerapan Model Smith memerlukan data kualitatif dan kuantitatif untuk menganalisis interaksi antar-komponen. Pendekatan studi kasus, wawancara mendalam, analisis dokumen, serta evaluasi program dapat digunakan untuk memetakan ketegangan dan



penyesuaian yang terjadi selama implementasi. Hasil analisis tersebut dapat menjadi dasar rekomendasi perbaikan kebijakan.

Teori dan model analisis kebijakan, khususnya Model Smith, memberikan perspektif komprehensif mengenai implementasi kebijakan sebagai proses dinamis yang melibatkan desain kebijakan, organisasi pelaksana, kelompok sasaran, dan lingkungan sosial. Dalam kebijakan kesehatan, pemahaman terhadap interaksi keempat komponen tersebut sangat penting untuk memastikan bahwa kebijakan tidak berhenti pada tataran normatif, tetapi mampu menghasilkan dampak nyata terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Model Rasional-Komprehensif

Model rasional-komprehensif merupakan pendekatan klasik dalam analisis kebijakan publik yang berakar pada teori pilihan rasional (rational choice theory) dan ekonomi kesejahteraan. Model ini mengasumsikan bahwa pembuat kebijakan bertindak sebagai aktor rasional yang memiliki tujuan jelas, informasi lengkap, serta kemampuan untuk mengidentifikasi dan membandingkan seluruh alternatif kebijakan sebelum mengambil keputusan yang paling optimal. Dalam konteks kesehatan, model ini sering digunakan dalam perencanaan program nasional, analisis cost-effectiveness, dan penetapan prioritas intervensi berbasis beban penyakit (Fittrani et al., 2025).

Secara konseptual, model rasional-komprehensif mencakup beberapa tahapan sistematis: (1) identifikasi masalah secara jelas dan terukur; (2) penetapan tujuan kebijakan yang spesifik; (3) pengumpulan informasi komprehensif; (4) identifikasi seluruh alternatif kebijakan yang mungkin; (5) analisis konsekuensi dari setiap alternatif; (6) perbandingan biaya dan manfaat; serta (7) pemilihan alternatif yang memaksimalkan manfaat sosial bersih (net social benefit). Dalam kesehatan, pendekatan ini sering diwujudkan melalui analisis ekonomi kesehatan seperti cost-benefit analysis (CBA), cost-effectiveness analysis (CEA), dan cost-utility analysis (CUA).

Kekuatan utama model ini terletak pada rasionalitas sistematis dan transparansi proses pengambilan keputusan. Model ini sangat



relevan dalam pengambilan keputusan makro seperti alokasi anggaran kesehatan, penetapan paket manfaat jaminan kesehatan, atau evaluasi teknologi kesehatan (health technology assessment/HTA). Dengan pendekatan berbasis bukti (evidence-based policy), model rasional-komprehensif membantu memastikan bahwa keputusan didasarkan pada data epidemiologis, analisis statistik, dan pertimbangan ekonomi yang terukur.

Namun, model ini juga memiliki keterbatasan. Asumsi mengenai informasi sempurna dan kapasitas analitis tanpa batas sering kali tidak realistis dalam praktik kebijakan kesehatan yang kompleks. Keterbatasan data, tekanan politik, konflik kepentingan, serta ketidakpastian epidemiologis membuat pengambilan keputusan jarang sepenuhnya rasional. Herbert Simon mengkritik pendekatan ini melalui konsep *bounded rationality*, yang menyatakan bahwa aktor kebijakan cenderung memilih alternatif yang memuaskan (*satisficing*) daripada yang optimal.

Dalam konteks kesehatan di negara berkembang, model rasional-komprehensif sering menghadapi tantangan berupa keterbatasan sistem informasi kesehatan, disparitas regional, serta ketimpangan kapasitas sumber daya manusia. Oleh karena itu, meskipun model ini ideal sebagai kerangka normatif, implementasinya memerlukan adaptasi terhadap realitas institusional dan sosial.

Model Incremental

Model incremental dikembangkan sebagai kritik terhadap model rasional-komprehensif. Charles E. Lindblom memperkenalkan konsep “*muddling through*” untuk menggambarkan bagaimana kebijakan publik sebenarnya dibuat melalui perubahan bertahap (*incremental change*) dibandingkan reformasi besar yang menyeluruh. Dalam konteks kebijakan kesehatan, model ini menjelaskan mengapa reformasi sistem kesehatan sering berlangsung secara evolusioner, bukan revolusioner.

Model incremental berangkat dari asumsi bahwa pembuat kebijakan memiliki keterbatasan informasi, waktu, dan kapasitas analitis. Oleh karena itu, mereka cenderung memodifikasi kebijakan yang sudah ada daripada merancang alternatif baru secara



komprehensif. Perubahan kebijakan dilakukan dalam skala kecil untuk meminimalkan risiko politik dan administratif (Ginting et al., 2025).

Dalam sistem kesehatan, pendekatan incremental terlihat pada revisi bertahap paket manfaat asuransi kesehatan, penyesuaian tarif layanan, atau perluasan cakupan program secara gradual. Model ini realistis karena mempertimbangkan dinamika politik, negosiasi antar aktor, dan keterbatasan fiskal.

Kelebihan model incremental adalah fleksibilitas dan stabilitas politik. Perubahan bertahap mengurangi resistensi dan memungkinkan pembelajaran kebijakan (policy learning). Namun, pendekatan ini juga dapat memperlambat reformasi struktural yang dibutuhkan, terutama dalam menghadapi krisis kesehatan atau ketimpangan sistemik.

Model incremental merupakan pendekatan dalam analisis kebijakan publik yang menekankan bahwa perubahan kebijakan terjadi secara bertahap (incremental), bukan melalui reformasi besar yang komprehensif. Model ini diperkenalkan oleh Charles E. Lindblom melalui konsep "muddling through", yang menggambarkan bahwa pembuat kebijakan jarang memiliki informasi lengkap, waktu yang cukup, atau kapasitas analitis untuk mengevaluasi seluruh alternatif kebijakan secara rasional. Oleh karena itu, kebijakan biasanya berkembang melalui modifikasi kecil terhadap kebijakan yang sudah ada (Hardi dr. Wahyudi, 2026).

Dalam konteks kebijakan kesehatan, model incremental sangat relevan karena sistem kesehatan bersifat kompleks, melibatkan banyak aktor, dan dipengaruhi oleh keterbatasan fiskal serta dinamika politik. Perubahan besar dalam sistem kesehatan sering kali menimbulkan resistensi dari pemangku kepentingan seperti tenaga kesehatan, organisasi profesi, industri farmasi, maupun masyarakat. Oleh sebab itu, pendekatan bertahap sering dipilih untuk meminimalkan konflik dan risiko kegagalan implementasi.

Secara konseptual, model incremental memiliki beberapa karakteristik utama. Pertama, fokus pada sejumlah kecil alternatif kebijakan yang secara marginal berbeda dari kebijakan sebelumnya. Kedua, analisis kebijakan dilakukan secara terbatas pada konsekuensi langsung dan jangka pendek. Ketiga, keputusan didasarkan pada



konsensus minimal yang dapat diterima oleh mayoritas aktor. Pendekatan ini lebih realistis dibandingkan model rasional-komprehensif yang mengasumsikan adanya informasi sempurna dan rasionalitas penuh.

Dalam praktik kesehatan, model incremental terlihat pada penyesuaian tarif layanan rumah sakit, revisi bertahap paket manfaat asuransi kesehatan, atau perluasan cakupan program kesehatan secara gradual. Misalnya, kebijakan jaminan kesehatan nasional di banyak negara berkembang sering mengalami perubahan bertahap dalam besaran iuran, mekanisme pembayaran provider, atau kriteria kepesertaan. Reformasi dilakukan sedikit demi sedikit untuk menjaga stabilitas politik dan fiskal.

Keunggulan model incremental terletak pada fleksibilitas dan stabilitasnya. Perubahan kecil memungkinkan evaluasi dan pembelajaran kebijakan (policy learning) sebelum melangkah ke tahap berikutnya. Pendekatan ini juga mengurangi risiko kesalahan besar yang dapat terjadi akibat reformasi radikal tanpa uji coba memadai. Namun demikian, model incremental juga memiliki keterbatasan. Perubahan bertahap dapat memperlambat reformasi struktural yang sebenarnya dibutuhkan, terutama dalam menghadapi krisis kesehatan atau ketimpangan sistemik. Pendekatan ini cenderung mempertahankan status quo dan mungkin tidak cukup responsif terhadap perubahan lingkungan yang cepat, seperti pandemi atau transformasi digital.

Secara keseluruhan, model incremental memberikan kerangka realistis untuk memahami bagaimana kebijakan kesehatan berkembang dalam praktik. Meskipun tidak ideal secara normatif, pendekatan ini mencerminkan dinamika politik dan administratif yang nyata. Kombinasi antara pendekatan incremental dan visi strategis jangka panjang diperlukan agar sistem kesehatan dapat beradaptasi secara berkelanjutan tanpa kehilangan arah reformasi yang fundamental.

Advocacy Coalition Framework

Advocacy Coalition Framework (ACF) dikembangkan oleh Paul Sabatier dan Hank Jenkins-Smith untuk menjelaskan dinamika kebijakan dalam jangka panjang. Model ini menekankan peran koalisi



aktor yang memiliki sistem keyakinan (belief system) serupa dalam memengaruhi proses kebijakan. ACF berasumsi bahwa kebijakan publik terjadi dalam subsistem kebijakan (policy subsystem) yang terdiri dari berbagai aktor: birokrat, politisi, akademisi, LSM, dan kelompok kepentingan. Aktor-aktor ini membentuk koalisi berdasarkan kesamaan nilai inti (deep core beliefs), keyakinan kebijakan (policy core beliefs), dan preferensi instrumental (secondary beliefs).

Perubahan kebijakan terjadi melalui pembelajaran kebijakan (policy-oriented learning) atau akibat peristiwa eksternal seperti krisis ekonomi dan perubahan politik. Dalam kebijakan kesehatan, ACF membantu menjelaskan perdebatan panjang mengenai pembiayaan kesehatan, pengendalian tembakau, atau vaksinasi. Keunggulan ACF adalah kemampuannya menjelaskan konflik ideologis dan dinamika jangka panjang. Namun, model ini relatif kompleks dan memerlukan analisis mendalam terhadap jaringan aktor dan struktur kekuasaan.

Health Policy Triangle (Walt & Gilson)

Health Policy Triangle dikembangkan oleh Gill Walt dan Lucy Gilson sebagai kerangka analisis kebijakan kesehatan yang komprehensif. Model ini menekankan empat komponen utama: konteks (context), konten (content), proses (process), dan aktor (actors).

Konteks mencakup faktor politik, ekonomi, sosial, dan budaya yang memengaruhi kebijakan. Konten merujuk pada substansi kebijakan itu sendiri. Proses menggambarkan tahapan formulasi hingga evaluasi. Aktor mencakup individu dan institusi yang terlibat. Keunggulan model ini adalah pendekatan holistik yang mengintegrasikan analisis struktural dan prosesual. Dalam penelitian kebijakan kesehatan, Health Policy Triangle sering digunakan untuk menganalisis implementasi program nasional dan reformasi sistem kesehatan.

Health Policy Triangle merupakan kerangka analisis kebijakan kesehatan yang dikembangkan oleh Gill Walt dan Lucy Gilson pada tahun 1994. Model ini lahir sebagai respons terhadap kecenderungan analisis kebijakan yang terlalu berfokus pada isi kebijakan (policy content) tanpa memperhatikan dinamika aktor, proses, dan konteks yang memengaruhinya. Dalam sistem kesehatan yang kompleks dan sarat



kepentingan, Health Policy Triangle menawarkan pendekatan yang lebih komprehensif dengan menekankan empat komponen utama: content (isi kebijakan), context (konteks), process (proses), dan actors (aktor). Keempat elemen tersebut saling berinteraksi dan menentukan bagaimana kebijakan dirumuskan, diimplementasikan, dan dievaluasi.

Content (Isi Kebijakan)

Content merujuk pada substansi atau materi kebijakan itu sendiri. Ini mencakup tujuan kebijakan, strategi intervensi, regulasi, mekanisme pembiayaan, serta instrumen implementasi. Dalam kebijakan kesehatan, content dapat berupa paket manfaat jaminan kesehatan, regulasi tenaga kesehatan, kebijakan pengendalian penyakit, atau standar pelayanan.

Analisis terhadap content tidak hanya menilai apa yang tertulis dalam dokumen kebijakan, tetapi juga bagaimana kebijakan tersebut dirancang untuk mencapai tujuan tertentu. Misalnya, dalam kebijakan Universal Health Coverage (UHC), content mencakup desain sistem pembiayaan, mekanisme risk pooling, serta metode pembayaran provider. Pertanyaan analitis yang relevan meliputi: Apakah kebijakan tersebut berbasis bukti? Apakah desainnya efisien dan berkeadilan? Apakah terdapat potensi konsekuensi yang tidak diinginkan?

Namun, Walt dan Gilson menekankan bahwa content tidak dapat dipahami secara terpisah dari aktor dan konteks. Isi kebijakan sering kali mencerminkan kompromi politik dan negosiasi antaraktor, bukan semata-mata hasil analisis teknokratis.

Context (Konteks)

Context mencakup faktor struktural, sosial, politik, ekonomi, dan budaya yang memengaruhi kebijakan. Konteks dapat dibedakan menjadi konteks internal (misalnya struktur sistem kesehatan, kapasitas fiskal, stabilitas politik) dan konteks eksternal (misalnya globalisasi, pengaruh donor internasional, atau krisis global).

Dalam kebijakan kesehatan, konteks ekonomi seperti keterbatasan anggaran sangat memengaruhi pilihan desain kebijakan. Demikian pula, konteks politik misalnya pergantian pemerintahan atau tekanan kelompok kepentingan dapat membuka atau menutup "policy



window” untuk reformasi. Sebagai contoh, krisis pandemi COVID-19 menciptakan konteks darurat yang mempercepat adopsi kebijakan telehealth dan vaksinasi massal. Dalam situasi normal, perubahan tersebut mungkin menghadapi resistensi yang lebih besar. Dengan demikian, konteks berperan sebagai faktor determinan yang membentuk peluang dan batasan kebijakan.

Process (Proses Kebijakan)

Process merujuk pada tahapan atau dinamika bagaimana kebijakan dibuat dan dijalankan. Ini mencakup agenda setting, formulasi, adopsi, implementasi, serta evaluasi. Health Policy Triangle melihat proses sebagai arena interaksi politik, bukan sekadar prosedur administratif.

Dalam tahap agenda setting, suatu isu kesehatan dapat masuk ke prioritas nasional karena tekanan publik, bukti ilmiah baru, atau advokasi kelompok tertentu. Tahap formulasi melibatkan negosiasi desain kebijakan dan penyusunan regulasi. Implementasi kemudian menjadi tahap kritis di mana kebijakan diterjemahkan ke dalam praktik lapangan.

Analisis proses penting untuk memahami mengapa kebijakan yang dirancang dengan baik dapat gagal dalam implementasi. Faktor seperti kapasitas birokrasi, resistensi tenaga kesehatan, atau lemahnya sistem monitoring dapat memengaruhi hasil akhir kebijakan.

Actors (Aktor Kebijakan)

Actors mencakup individu, kelompok, dan institusi yang terlibat atau terdampak oleh kebijakan. Ini termasuk pemerintah, parlemen, tenaga kesehatan, organisasi profesi, sektor swasta, LSM, media, serta organisasi internasional.

Setiap aktor memiliki kepentingan, sumber daya, dan tingkat pengaruh yang berbeda. Analisis aktor membantu memahami distribusi kekuasaan dan potensi konflik dalam proses kebijakan. Misalnya, industri farmasi mungkin memiliki kepentingan dalam regulasi harga obat, sementara organisasi profesi memperjuangkan kepentingan anggotanya.



Walt dan Gilson menekankan bahwa kebijakan kesehatan tidak pernah netral secara politik. Interaksi antaraktor sering kali menentukan arah dan hasil kebijakan.

Kekuatan dan Relevansi Model

Keunggulan utama Health Policy Triangle adalah pendekatannya yang holistik. Model ini mengintegrasikan dimensi teknis dan politik, sehingga lebih realistis dalam menjelaskan dinamika kebijakan kesehatan. Kerangka ini sangat berguna dalam penelitian kualitatif kebijakan, terutama untuk menganalisis reformasi sistem kesehatan, implementasi program nasional, atau pengaruh organisasi global. Model ini juga fleksibel dan dapat dikombinasikan dengan teori lain seperti Advocacy Coalition Framework atau analisis political economy.

Keterbatasan Model

Meskipun komprehensif, Health Policy Triangle bersifat deskriptif dan tidak selalu memberikan panduan normatif tentang bagaimana kebijakan seharusnya dirancang. Model ini juga memerlukan analisis mendalam terhadap aktor dan konteks, yang sering kali membutuhkan data kualitatif ekstensif. Health Policy Triangle (Walt & Gilson) memberikan kerangka analitis yang kuat untuk memahami kebijakan kesehatan sebagai hasil interaksi antara isi kebijakan, konteks struktural, proses politik, dan aktor yang terlibat. Dengan mempertimbangkan keempat dimensi ini secara simultan, analisis kebijakan menjadi lebih komprehensif, kritis, dan kontekstual. Dalam era reformasi sistem kesehatan dan tantangan global yang kompleks, pendekatan ini tetap relevan sebagai alat untuk mengevaluasi dan merancang kebijakan kesehatan yang efektif dan berkeadilan.

Policy Analysis Tools dalam Konteks Kesehatan

Policy analysis tools dalam kesehatan mencakup berbagai metode kuantitatif dan kualitatif untuk mengevaluasi kebijakan. Alat yang umum digunakan meliputi analisis biaya-manfaat, analisis pemangku kepentingan, analisis dampak kesehatan (Health Impact Assessment/HIA), serta evaluasi program berbasis indikator kinerja. Health Technology Assessment (HTA) menjadi instrumen penting dalam



menentukan adopsi teknologi medis baru. Selain itu, pendekatan mixed-methods sering digunakan untuk memahami dimensi sosial dan politik implementasi kebijakan.

Pemilihan alat analisis harus disesuaikan dengan tujuan kebijakan, ketersediaan data, serta konteks sistem kesehatan. Integrasi berbagai alat analisis memungkinkan pengambilan keputusan yang lebih komprehensif, transparan, dan akuntabel.

Policy analysis tools dalam konteks kesehatan merupakan seperangkat metode dan instrumen analitis yang digunakan untuk menilai, membandingkan, dan merekomendasikan alternatif kebijakan secara sistematis. Mengingat kompleksitas sistem kesehatan—yang melibatkan keterbatasan sumber daya, ketidakpastian klinis, serta dinamika politik penggunaan alat analisis yang tepat menjadi krusial untuk mendukung pengambilan keputusan yang rasional, transparan, dan akuntabel. Secara umum, policy analysis tools dalam kesehatan dapat diklasifikasikan ke dalam pendekatan ekonomi, epidemiologis, manajerial, dan politik. Dalam ranah ekonomi kesehatan, alat yang paling sering digunakan adalah cost-effectiveness analysis (CEA), cost-utility analysis (CUA), dan cost-benefit analysis (CBA). CEA membandingkan biaya dan hasil intervensi kesehatan dalam satuan klinis (misalnya cost per life-year gained), sementara CUA menggunakan ukuran utilitas seperti Quality-Adjusted Life Years (QALY) atau Disability-Adjusted Life Years (DALY). CBA mengonversi manfaat kesehatan ke dalam nilai moneter untuk menilai kelayakan investasi kebijakan.

Selain analisis ekonomi, Health Impact Assessment (HIA) digunakan untuk menilai dampak kesehatan dari kebijakan di sektor non-kesehatan, seperti transportasi atau lingkungan. HIA mendukung pendekatan Health in All Policies dengan memastikan bahwa keputusan lintas sektor mempertimbangkan konsekuensi kesehatan populasi. Stakeholder analysis merupakan alat penting dalam memahami distribusi kekuasaan, kepentingan, dan pengaruh para aktor kebijakan. Dengan memetakan aktor yang mendukung atau menentang suatu kebijakan, pembuat kebijakan dapat merancang strategi komunikasi dan



advokasi yang lebih efektif. Alat ini sangat relevan dalam reformasi sistem kesehatan yang sering menghadapi resistensi politik.

Policy modeling dan simulasi juga semakin banyak digunakan untuk memproyeksikan dampak kebijakan jangka panjang. Model epidemiologi atau model aktuarial pembiayaan kesehatan membantu memprediksi implikasi fiskal dan kesehatan dari suatu intervensi. Dalam konteks jaminan kesehatan nasional, misalnya, simulasi dapat digunakan untuk memperkirakan keberlanjutan dana berdasarkan berbagai skenario iuran dan utilisasi layanan. Dalam tahap evaluasi kebijakan, logical framework (logframe) dan indikator kinerja berbasis hasil (results-based indicators) digunakan untuk menilai efektivitas dan efisiensi program. Monitoring & Evaluation (M&E) menyediakan umpan balik berbasis data untuk perbaikan kebijakan secara berkelanjutan.

Penting untuk dicatat bahwa tidak ada satu alat analisis yang mampu menjawab seluruh dimensi kebijakan kesehatan. Pemilihan alat harus disesuaikan dengan tujuan analisis, ketersediaan data, serta konteks sosial-politik. Kombinasi pendekatan kuantitatif dan kualitatif sering kali diperlukan untuk menghasilkan analisis yang komprehensif. Secara keseluruhan, policy analysis tools dalam konteks kesehatan berfungsi sebagai instrumen strategis untuk meningkatkan kualitas keputusan publik. Dengan memanfaatkan alat analisis secara sistematis, pembuat kebijakan dapat menyeimbangkan efisiensi ekonomi, efektivitas klinis, dan prinsip keadilan sosial dalam perumusan kebijakan kesehatan.



BAB 3. Sistem Kesehatan dan Reformasi Global

Pendahuluan

Sistem kesehatan merupakan suatu tatanan yang terdiri atas organisasi, sumber daya, regulasi, dan aktor yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif. Dalam konteks global, sistem kesehatan terus mengalami reformasi sebagai respons terhadap perubahan epidemiologi, tekanan fiskal, globalisasi ekonomi, perkembangan teknologi medis, serta dinamika politik internasional. Reformasi sistem kesehatan tidak hanya menyangkut perubahan kebijakan pembiayaan atau restrukturisasi kelembagaan, tetapi juga menyentuh aspek tata kelola, akuntabilitas, dan keadilan sosial. Untuk memahami kompleksitas tersebut, Model Smith dapat digunakan sebagai kerangka analitis yang menyoroti interaksi antara desain kebijakan reformasi, organisasi pelaksana, kelompok sasaran, dan faktor lingkungan global maupun nasional.

Reformasi sistem kesehatan secara global sering dipicu oleh tantangan pembiayaan dan ketimpangan akses layanan. Banyak negara menghadapi peningkatan beban penyakit tidak menular, penuaan populasi, serta kenaikan biaya teknologi kesehatan. Kondisi ini mendorong pemerintah melakukan reformasi seperti perluasan cakupan jaminan kesehatan universal (Universal Health Coverage), desentralisasi pelayanan, penguatan layanan primer, serta reformasi sistem pembayaran berbasis kinerja. Dalam kerangka Model Smith, kebijakan reformasi tersebut merupakan *idealized policy*, yaitu rancangan normatif yang disusun dengan tujuan meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan *equity* dalam sistem kesehatan.

Idealized policy dalam reformasi global biasanya dirumuskan berdasarkan prinsip *evidence-based policy* dan rekomendasi lembaga internasional. Desain kebijakan sering menekankan integrasi pelayanan, penguatan sistem rujukan, serta penggunaan teknologi informasi



kesehatan. Namun, sebagaimana dijelaskan dalam Model Smith, kebijakan yang diidealkan tidak selalu selaras dengan realitas implementasi. Asumsi rasionalitas dan kesiapan institusi sering kali tidak mempertimbangkan variasi kapasitas administratif antarwilayah atau resistensi aktor lokal terhadap perubahan sistem.

Komponen kedua dalam Model Smith, yaitu *implementing organization*, memegang peran krusial dalam keberhasilan reformasi sistem kesehatan. Reformasi global menuntut transformasi birokrasi kesehatan, peningkatan kompetensi tenaga kesehatan, serta perubahan budaya organisasi. Misalnya, penerapan sistem pembiayaan berbasis kapitasi atau *diagnosis-related groups (DRGs)* memerlukan sistem informasi yang akurat dan sumber daya manusia yang terlatih. Jika organisasi pelaksana tidak memiliki kapasitas manajerial dan teknis yang memadai, maka kebijakan reformasi berpotensi mengalami distorsi implementasi. Ketegangan antara tuntutan kebijakan dan kemampuan organisasi menjadi salah satu faktor utama kegagalan reformasi.

Komponen ketiga, *target group*, dalam konteks sistem kesehatan global mencakup masyarakat sebagai pengguna layanan, tenaga kesehatan sebagai pelaksana teknis, serta sektor swasta sebagai mitra strategis. Reformasi kesehatan sering kali mengubah pola insentif dan hubungan kerja antaraktor. Sebagai contoh, perubahan sistem pembayaran dapat memengaruhi motivasi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan. Jika kelompok sasaran merasa dirugikan atau tidak dilibatkan dalam proses reformasi, resistensi dapat muncul dalam bentuk penolakan kebijakan, praktik informal, atau rendahnya kepatuhan terhadap regulasi baru. Model Smith menekankan bahwa respons *target group* merupakan variabel kunci yang menentukan keberhasilan implementasi.

Komponen keempat adalah *environmental factors*, yang dalam reformasi global mencakup dinamika ekonomi makro, stabilitas politik, tekanan lembaga internasional, serta norma sosial dan budaya masyarakat. Krisis ekonomi global, misalnya, dapat membatasi ruang fiskal pemerintah untuk membiayai reformasi kesehatan. Demikian pula, perubahan rezim politik dapat menggeser prioritas kebijakan dan



memengaruhi kontinuitas reformasi. Faktor lingkungan global seperti pandemi, perubahan iklim, dan mobilitas penduduk lintas negara juga membentuk kebutuhan adaptasi sistem kesehatan. Dalam perspektif Model Smith, lingkungan bukan sekadar konteks pasif, melainkan faktor aktif yang dapat memperkuat atau melemahkan implementasi kebijakan.

Interaksi antara keempat komponen tersebut menghasilkan dinamika ketegangan dan penyesuaian. Reformasi sistem kesehatan sering kali mengalami modifikasi selama proses implementasi sebagai respons terhadap hambatan administratif, tekanan politik, atau umpan balik masyarakat. Dengan demikian, reformasi bukan peristiwa tunggal, melainkan proses berkelanjutan yang melibatkan negosiasi antaraktor. Model Smith membantu menjelaskan mengapa reformasi yang secara konseptual kuat dapat menghasilkan capaian yang berbeda di berbagai negara (Hariani et al., 2025).

Dalam praktik global, reformasi menuju cakupan kesehatan semesta menuntut integrasi antara pembiayaan, pelayanan, dan tata kelola. Negara-negara dengan kapasitas institusional tinggi cenderung lebih berhasil dalam mengimplementasikan reformasi karena mampu menyelaraskan desain kebijakan dengan kapasitas organisasi dan dukungan lingkungan. Sebaliknya, negara dengan sistem birokrasi terfragmentasi menghadapi tantangan koordinasi dan konsistensi kebijakan. Oleh karena itu, analisis berbasis Model Smith penting untuk mengidentifikasi titik kritis dalam implementasi reformasi.

Selain itu, reformasi global juga menekankan pendekatan *Health in All Policies* dan penguatan determinan sosial kesehatan. Artinya, sistem kesehatan tidak dapat berdiri sendiri tanpa dukungan sektor pendidikan, lingkungan, ketenagakerjaan, dan perlindungan sosial. Interseksi antar-sektor memperluas kompleksitas lingkungan kebijakan dan meningkatkan kebutuhan koordinasi lintas lembaga. Dalam kerangka Smith, perluasan aktor dan sektor memperbesar potensi ketegangan sekaligus membuka peluang kolaborasi.

Tantangan utama reformasi sistem kesehatan global meliputi keberlanjutan pembiayaan, pemerataan distribusi tenaga kesehatan, pengendalian biaya teknologi medis, serta penguatan sistem informasi.



Transformasi digital menjadi agenda strategis dalam memperkuat efisiensi dan transparansi. Namun, adopsi teknologi juga memerlukan kesiapan organisasi dan penerimaan masyarakat. Ketidaksiapan pada salah satu komponen dapat menciptakan kesenjangan antara tujuan reformasi dan hasil aktual (Jasmin Ambars et al., 2025).

Secara keseluruhan, sistem kesehatan dan reformasi global dapat dipahami sebagai proses transformasi yang kompleks dan multidimensional. Melalui perspektif Model Smith, analisis reformasi menekankan pentingnya keselarasan antara desain kebijakan, kapasitas organisasi pelaksana, respons kelompok sasaran, dan kondisi lingkungan. Reformasi yang berhasil bukan hanya ditentukan oleh kualitas perumusan kebijakan, tetapi juga oleh kemampuan adaptasi sistem terhadap dinamika sosial, ekonomi, dan politik. Dengan pendekatan analitis yang komprehensif, pembuat kebijakan dapat merancang strategi reformasi yang lebih realistis, responsif, dan berkelanjutan dalam menghadapi tantangan kesehatan global yang terus berkembang.

Komponen Sistem Kesehatan (*WHO Framework*)

Kerangka sistem kesehatan yang dikembangkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dikenal luas sebagai WHO Health System Framework atau pendekatan enam building blocks. Kerangka ini dirancang untuk membantu negara menilai dan memperkuat sistem kesehatannya secara komprehensif dan terintegrasi. Enam komponen utama tersebut meliputi: (1) service delivery, (2) health workforce, (3) health information systems, (4) access to essential medicines, (5) health financing, dan (6) leadership and governance. Keenam elemen ini saling berinteraksi dan menentukan kinerja sistem kesehatan dalam mencapai tujuan utama: meningkatkan derajat kesehatan, responsivitas, perlindungan finansial, dan efisiensi (Juwita, 2024).

Service delivery merujuk pada penyediaan layanan kesehatan yang efektif, aman, bermutu, dan berorientasi pada kebutuhan populasi. Layanan ini mencakup spektrum promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, hingga paliatif. Sistem rujukan yang terintegrasi dan penguatan pelayanan kesehatan primer menjadi fondasi penting dalam



meningkatkan akses dan kesinambungan perawatan (continuity of care). Negara dengan sistem pelayanan primer yang kuat umumnya menunjukkan indikator kesehatan yang lebih baik serta biaya yang lebih terkendali.

Health workforce mencakup seluruh tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan, termasuk dokter, perawat, bidan, apoteker, tenaga kesehatan masyarakat, dan tenaga penunjang lainnya. Tantangan utama dalam komponen ini adalah distribusi yang tidak merata, kekurangan tenaga di daerah terpencil, serta mismatch antara kompetensi dan kebutuhan layanan. Perencanaan sumber daya manusia kesehatan harus berbasis kebutuhan epidemiologis dan proyeksi demografis.

Health information systems (HIS) berfungsi sebagai tulang punggung pengambilan keputusan berbasis bukti. Sistem informasi yang kuat menyediakan data epidemiologi, cakupan layanan, mutu pelayanan, serta informasi pembiayaan. Transformasi digital, termasuk rekam medis elektronik dan interoperabilitas data, semakin menjadi prioritas untuk meningkatkan akurasi dan ketepatan waktu informasi.

Access to essential medicines memastikan ketersediaan, keterjangkauan, dan kualitas obat-obatan serta teknologi kesehatan esensial. Regulasi farmasi, sistem logistik, dan mekanisme pengadaan yang transparan menjadi determinan utama dalam menjaga keberlanjutan pasokan. Health financing mencakup mekanisme pengumpulan dana (revenue collection), pengelolaan risiko (risk pooling), dan pembelian layanan (purchasing). Desain pembiayaan yang efektif harus mampu mengurangi pembayaran langsung (out-of-pocket) dan mencegah beban finansial katastrofik. Leadership and governance menekankan pentingnya regulasi, koordinasi lintas sektor, akuntabilitas, dan partisipasi publik. Tata kelola yang baik memastikan seluruh building blocks berjalan sinergis dan berorientasi pada tujuan sistem kesehatan.

Universal Health Coverage (UHC)

Universal Health Coverage (UHC) merupakan konsep bahwa semua individu dan komunitas menerima layanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial. UHC menjadi target utama dalam Sustainable Development Goals (SDG 3.8). UHC tidak hanya



berbicara tentang perluasan cakupan asuransi, tetapi juga mencakup kualitas layanan dan perlindungan risiko finansial.

Terdapat tiga dimensi utama dalam kerangka UHC: cakupan populasi (who is covered), cakupan layanan (which services are covered), dan cakupan biaya (what proportion of cost is covered). Ketiga dimensi ini sering digambarkan dalam bentuk “UHC cube”. Ekspansi UHC dapat dilakukan melalui perluasan populasi peserta, penambahan manfaat layanan, atau peningkatan subsidi pembiayaan. Implementasi UHC memerlukan sistem pembiayaan berbasis solidaritas sosial. Skema asuransi sosial kesehatan menjadi instrumen utama di banyak negara. Namun, keberhasilan UHC sangat bergantung pada kapasitas fiskal, tata kelola, serta penguatan pelayanan primer.

Tantangan dalam implementasi UHC meliputi defisit pembiayaan, ketimpangan geografis, dan mutu pelayanan yang belum merata. Selain itu, transisi epidemiologi menuju penyakit tidak menular meningkatkan beban biaya jangka panjang.

Reformasi Pembiayaan Kesehatan

Reformasi pembiayaan kesehatan bertujuan meningkatkan efisiensi, keadilan, dan keberlanjutan sistem. Reformasi biasanya mencakup restrukturisasi mekanisme pengumpulan dana, integrasi skema asuransi, serta perubahan sistem pembayaran provider seperti kapitasi atau diagnosis-related groups (DRGs). Strategi reformasi meliputi peningkatan basis pajak kesehatan, penguatan pooling dana, dan pembelian strategis (strategic purchasing). Pembelian strategis memungkinkan pembayar menentukan insentif berbasis kinerja untuk meningkatkan mutu layanan. Namun, reformasi pembiayaan sering menghadapi resistensi politik dan tantangan administratif. Transparansi dan komunikasi publik menjadi faktor penting dalam menjaga legitimasi reformasi.

Perbandingan Sistem Kesehatan (Negara Berkembang vs Maju)

Sistem kesehatan di negara maju umumnya memiliki pembiayaan publik yang lebih besar, infrastruktur yang lebih mapan, dan kapasitas teknologi tinggi. Negara berkembang sering menghadapi keterbatasan fiskal, ketergantungan pada donor, serta disparitas akses layanan. Negara maju cenderung memiliki mekanisme pooling risiko yang lebih



luas dan perlindungan finansial lebih kuat. Sebaliknya, di banyak negara berkembang, pembayaran langsung masih tinggi sehingga meningkatkan risiko kemiskinan akibat biaya kesehatan.

Namun, negara berkembang memiliki peluang melakukan leapfrogging melalui inovasi digital dan pendekatan berbasis komunitas. Penguatan pelayanan primer menjadi strategi utama dalam mengejar ketertinggalan.

Perbandingan sistem kesehatan antara negara berkembang dan negara maju merupakan kajian penting dalam kebijakan kesehatan global karena mencerminkan perbedaan kapasitas fiskal, tata kelola, struktur pembiayaan, serta determinan sosial yang memengaruhi derajat kesehatan populasi. Sistem kesehatan pada dasarnya dirancang untuk mencapai tiga tujuan utama: peningkatan status kesehatan, responsivitas terhadap kebutuhan masyarakat, dan perlindungan finansial. Namun, kemampuan mencapai tujuan tersebut sangat dipengaruhi oleh konteks ekonomi dan institusional masing-masing negara.

Dari sisi pembiayaan, negara maju umumnya memiliki proporsi pengeluaran kesehatan terhadap Produk Domestik Bruto (PDB) yang lebih tinggi dibandingkan negara berkembang. Sumber pembiayaan di negara maju didominasi oleh mekanisme publik melalui pajak umum atau asuransi sosial wajib. Model seperti Beveridge (berbasis pajak) dan Bismarck (berbasis asuransi sosial) memungkinkan pooling risiko yang luas dan mengurangi pembayaran langsung (out-of-pocket). Konsekuensinya, risiko pengeluaran kesehatan katastrofik relatif rendah.

Sebaliknya, di banyak negara berkembang, pembiayaan kesehatan masih sangat bergantung pada pembayaran langsung oleh rumah tangga. Tingginya proporsi out-of-pocket meningkatkan risiko kemiskinan akibat biaya kesehatan. Keterbatasan fiskal dan basis pajak yang sempit membatasi kapasitas pemerintah untuk memperluas cakupan jaminan kesehatan. Selain itu, sektor informal yang besar menyulitkan implementasi skema asuransi sosial berbasis kontribusi.

Dalam aspek pelayanan kesehatan, negara maju umumnya memiliki infrastruktur kesehatan yang lebih merata, fasilitas kesehatan dengan teknologi canggih, serta sistem rujukan yang terintegrasi. Pelayanan kesehatan primer diperkuat sebagai gatekeeper untuk



mengendalikan biaya dan memastikan kontinuitas pelayanan. Standar mutu dan akreditasi juga diterapkan secara ketat untuk menjaga keselamatan pasien.

Sebaliknya, negara berkembang sering menghadapi ketimpangan geografis dalam distribusi fasilitas kesehatan. Wilayah pedesaan dan terpencil cenderung kekurangan tenaga kesehatan dan sarana medis. Sistem rujukan sering tidak berjalan optimal, sehingga terjadi overutilization di rumah sakit tersier dan underutilization di fasilitas primer. Kesenjangan mutu layanan juga menjadi tantangan serius.

Dari sisi sumber daya manusia kesehatan, negara maju memiliki rasio dokter dan perawat per populasi yang lebih tinggi. Sistem pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan relatif mapan, serta didukung oleh regulasi profesional yang kuat. Sebaliknya, negara berkembang sering mengalami brain drain, yaitu migrasi tenaga kesehatan ke negara maju akibat perbedaan remunerasi dan kondisi kerja.

Dalam hal sistem informasi kesehatan, negara maju telah mengintegrasikan teknologi digital seperti electronic health records (EHR), telemedicine, dan big data analytics untuk meningkatkan efisiensi dan akurasi pengambilan keputusan. Negara berkembang masih berjuang membangun sistem informasi yang terintegrasi dan reliabel, meskipun beberapa negara mulai melakukan leapfrogging melalui inovasi digital berbasis mobile health.

Transisi epidemiologi juga menunjukkan perbedaan karakteristik. Negara maju didominasi oleh penyakit tidak menular seperti penyakit kardiovaskular, kanker, dan diabetes. Sementara itu, negara berkembang menghadapi beban ganda penyakit (double burden), yaitu kombinasi penyakit menular dan tidak menular. Hal ini menimbulkan tekanan tambahan terhadap sistem kesehatan yang sudah terbatas.

Namun, negara berkembang tidak selalu berada dalam posisi inferior. Beberapa negara berkembang berhasil mengembangkan model inovatif berbasis komunitas dan pendekatan promotif-preventif yang efektif dengan biaya relatif rendah. Program kesehatan masyarakat berbasis kader dan intervensi primer dapat menjadi contoh efisiensi sistem dalam kondisi sumber daya terbatas.



Dalam konteks tata kelola, negara maju cenderung memiliki institusi yang lebih stabil, transparansi anggaran, dan mekanisme akuntabilitas yang kuat. Negara berkembang sering menghadapi tantangan korupsi, fragmentasi kebijakan, dan kapasitas manajerial yang terbatas. Reformasi sistem kesehatan di negara berkembang sering kali dipengaruhi oleh lembaga donor dan organisasi internasional.

Secara keseluruhan, perbandingan sistem kesehatan antara negara berkembang dan maju menunjukkan kesenjangan struktural dalam pembiayaan, infrastruktur, sumber daya manusia, dan tata kelola. Namun, perbedaan tersebut juga membuka peluang pembelajaran lintas negara (*cross-country learning*). Negara berkembang dapat mengadaptasi praktik terbaik dari negara maju dengan mempertimbangkan konteks lokal, sementara negara maju dapat belajar dari inovasi efisien dan berbasis komunitas yang berkembang di negara berpendapatan rendah dan menengah.

Pendekatan komparatif ini menegaskan bahwa tidak ada satu model sistem kesehatan yang sepenuhnya ideal. Desain sistem kesehatan harus disesuaikan dengan kapasitas fiskal, struktur sosial, dan prioritas epidemiologis masing-masing negara. Prinsip utama yang harus dijaga adalah keadilan, efisiensi, keberlanjutan, dan perlindungan finansial bagi seluruh populasi.

Peran Organisasi Global seperti World Health Organization dan World Bank

Organisasi global memainkan peran signifikan dalam tata kelola kesehatan global. WHO berfungsi sebagai otoritas normatif yang menetapkan standar teknis, pedoman klinis, dan kerangka kebijakan. WHO juga memfasilitasi koordinasi respons terhadap krisis kesehatan global.

World Bank berperan dalam pembiayaan dan dukungan teknis reformasi sistem kesehatan, terutama di negara berpendapatan rendah dan menengah. Melalui pinjaman dan hibah, World Bank mendorong penguatan pembiayaan kesehatan dan perlindungan sosial. Kolaborasi antara organisasi global, pemerintah nasional, dan mitra pembangunan membentuk arsitektur kesehatan global yang kompleks. Tantangan utama mencakup koordinasi, akuntabilitas, dan keberlanjutan pendanaan jangka panjang.



Dalam tata kelola kesehatan global, organisasi internasional memainkan peran strategis dalam membentuk agenda, standar, serta arah reformasi sistem kesehatan di berbagai negara. Dua aktor paling berpengaruh dalam arsitektur kesehatan global adalah World Health Organization (WHO) dan World Bank. Keduanya memiliki mandat, mekanisme kerja, dan instrumen intervensi yang berbeda, tetapi saling melengkapi dalam mendorong pencapaian tujuan pembangunan kesehatan global, termasuk Universal Health Coverage (UHC) dan Sustainable Development Goals (SDGs).

World Health Organization (WHO) merupakan badan khusus Perserikatan Bangsa-Bangsa yang memiliki mandat normatif dan teknis dalam bidang kesehatan. Fungsi utama WHO adalah menetapkan standar internasional, menyusun pedoman klinis dan kebijakan kesehatan, serta memberikan asistensi teknis kepada negara anggota. WHO berperan sebagai otoritas global dalam surveilans penyakit, pengendalian wabah, serta koordinasi respons terhadap kedaruratan kesehatan masyarakat, sebagaimana terlihat dalam penanganan pandemi COVID-19 dan wabah penyakit menular lainnya.

Selain fungsi normatif, WHO juga mengembangkan kerangka konseptual sistem kesehatan, seperti WHO Health System Framework (six building blocks), yang menjadi rujukan dalam penguatan sistem kesehatan nasional. WHO memfasilitasi pertukaran pengetahuan antarnegara, mendukung capacity building, serta membantu negara dalam menyusun kebijakan berbasis bukti (evidence-informed policy). Dalam konteks regulasi farmasi dan vaksin, WHO menetapkan daftar obat esensial (Essential Medicines List) dan melakukan prequalification terhadap produk kesehatan untuk menjamin mutu dan keamanan.

Sementara itu, World Bank berperan terutama dalam aspek pembiayaan dan reformasi struktural sistem kesehatan. Sebagai lembaga keuangan internasional, World Bank menyediakan pinjaman, hibah, serta dukungan teknis kepada negara berpendapatan rendah dan menengah untuk memperkuat sistem kesehatan dan perlindungan sosial. Fokus intervensi World Bank sering kali terkait dengan reformasi pembiayaan kesehatan, penguatan manajemen publik, serta efisiensi pengeluaran kesehatan.

World Bank juga memiliki pengaruh signifikan dalam mendorong kebijakan berbasis ekonomi kesehatan, termasuk penerapan strategic



purchasing, perluasan risk pooling, serta desain skema asuransi sosial kesehatan. Melalui analisis ekonomi dan studi komparatif lintas negara, World Bank membantu pemerintah merancang kebijakan yang berorientasi pada keberlanjutan fiskal dan perlindungan finansial masyarakat.

Kolaborasi antara WHO dan World Bank semakin terlihat dalam inisiatif global untuk mencapai UHC. WHO menyediakan kerangka normatif dan indikator kesehatan, sementara World Bank mendukung aspek pembiayaan dan reformasi kelembagaan. Kemitraan ini mencerminkan pendekatan multidimensional dalam tata kelola kesehatan global.

Namun, peran organisasi global juga menghadapi tantangan, termasuk isu kedaulatan nasional, ketergantungan pada donor, serta potensi dominasi agenda global terhadap prioritas lokal. Oleh karena itu, efektivitas intervensi organisasi global sangat bergantung pada keselarasan dengan konteks nasional dan kapasitas institusional negara penerima.

Secara keseluruhan, WHO dan World Bank memainkan peran komplementer dalam membentuk kebijakan kesehatan global: WHO sebagai otoritas normatif dan teknis, serta World Bank sebagai katalis pembiayaan dan reformasi sistem. Sinergi keduanya menjadi faktor penting dalam memperkuat sistem kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan populasi secara berkelanjutan.



BAB 4. Kebijakan Keperawatan dalam Sistem Kesehatan

Pendahuluan

Kebijakan keperawatan dalam sistem kesehatan merupakan bagian integral dari kebijakan kesehatan nasional yang mengatur peran, fungsi, distribusi, pendidikan, praktik profesional, serta pengembangan karier perawat dalam rangka menjamin mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Dalam sistem kesehatan modern, perawat bukan hanya pelaksana tindakan klinis, tetapi juga agen perubahan yang berperan dalam promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, hingga paliatif. Oleh karena itu, kebijakan keperawatan harus dirancang secara komprehensif dengan mempertimbangkan kebutuhan populasi, dinamika epidemiologi, perkembangan teknologi kesehatan, serta tuntutan profesionalisme dan akuntabilitas publik. Kebijakan ini mencakup regulasi praktik keperawatan, standar kompetensi, sistem pendidikan dan pelatihan, mekanisme registrasi dan lisensi, distribusi tenaga, serta sistem remunerasi dan perlindungan hukum. Dalam konteks sistem kesehatan yang berorientasi pada cakupan kesehatan semesta, penguatan kebijakan keperawatan menjadi strategis karena perawat merupakan tenaga kesehatan dengan jumlah terbesar dan memiliki kontak langsung paling intens dengan pasien dan komunitas.

Secara konseptual, kebijakan keperawatan bertujuan memastikan tersedianya tenaga perawat yang kompeten, merata, dan profesional sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan. Perencanaan kebutuhan tenaga keperawatan harus berbasis analisis beban kerja, profil penyakit, rasio tenaga terhadap populasi, serta proyeksi demografi jangka panjang. Ketidakseimbangan distribusi perawat antara wilayah perkotaan dan pedesaan sering menjadi tantangan serius yang memengaruhi akses layanan kesehatan. Oleh karena itu, kebijakan distribusi dan retensi tenaga keperawatan perlu didukung oleh insentif



finansial, pengembangan karier, serta kondisi kerja yang layak. Selain itu, sistem pendidikan keperawatan harus menjamin kesesuaian antara kurikulum dan kebutuhan praktik, termasuk penguatan kompetensi klinis, manajerial, kepemimpinan, dan kemampuan komunikasi interprofesional.

Dalam kerangka sistem kesehatan, kebijakan keperawatan juga berkaitan erat dengan tata kelola profesi. Regulasi praktik keperawatan diperlukan untuk melindungi masyarakat dari praktik yang tidak kompeten sekaligus memberikan kepastian hukum bagi perawat dalam menjalankan tugasnya. Standar praktik dan kode etik menjadi landasan moral dan profesional dalam pelayanan. Mekanisme registrasi dan lisensi berfungsi sebagai instrumen kontrol mutu serta akuntabilitas. Di sisi lain, kebijakan ini harus mendukung otonomi profesional perawat agar mampu mengambil keputusan klinis secara mandiri sesuai lingkup praktiknya. Penguatan praktik keperawatan berbasis bukti (*evidence-based nursing*) menjadi komponen penting dalam meningkatkan kualitas layanan dan keselamatan pasien (Kamaruddin, 2025).

Perkembangan sistem kesehatan global yang menekankan penguatan layanan primer dan pendekatan berbasis komunitas semakin menempatkan perawat sebagai aktor sentral. Kebijakan keperawatan perlu mengakomodasi pengembangan peran perawat komunitas, perawat keluarga, dan *advanced practice nurse* yang memiliki kompetensi lebih luas dalam diagnosis terbatas, manajemen penyakit kronis, dan edukasi kesehatan. Pengakuan formal terhadap peran lanjutan ini memerlukan regulasi yang jelas agar tidak terjadi tumpang tindih kewenangan dengan profesi lain. Kolaborasi interprofesional harus didorong melalui kebijakan yang menekankan koordinasi tim kesehatan demi kesinambungan pelayanan.

Aspek pembiayaan juga menjadi elemen penting dalam kebijakan keperawatan. Sistem remunerasi yang adil dan berbasis kinerja dapat meningkatkan motivasi serta retensi tenaga perawat. Kebijakan insentif perlu mempertimbangkan kompleksitas tugas, risiko kerja, serta beban tanggung jawab profesional. Selain itu, investasi dalam pengembangan kapasitas perawat melalui pendidikan berkelanjutan dan pelatihan spesialisasi harus menjadi prioritas anggaran kesehatan. Tanpa



dukungan pembiayaan yang memadai, kebijakan keperawatan berpotensi tidak efektif dalam meningkatkan mutu layanan.

Transformasi digital dalam sistem kesehatan turut memengaruhi kebijakan keperawatan. Integrasi sistem informasi kesehatan, rekam medis elektronik, serta telehealth memerlukan peningkatan literasi digital perawat. Kebijakan pendidikan dan pelatihan harus responsif terhadap perkembangan teknologi agar perawat mampu beradaptasi dengan model pelayanan berbasis digital. Di sisi lain, regulasi mengenai keamanan data dan etika penggunaan teknologi harus diperkuat untuk melindungi privasi pasien (Kholdun et al., 2025).

Kebijakan keperawatan juga tidak terlepas dari dinamika sosial dan politik. Advokasi profesi menjadi penting untuk memastikan aspirasi perawat terakomodasi dalam perumusan kebijakan kesehatan nasional. Keterlibatan organisasi profesi dan akademisi dalam proses legislasi dan perencanaan strategis dapat memperkuat posisi perawat dalam sistem kesehatan. Selain itu, isu migrasi tenaga keperawatan secara internasional memerlukan kebijakan yang melindungi hak perawat sekaligus menjaga keberlanjutan ketersediaan tenaga di dalam negeri.

Dalam perspektif mutu dan keselamatan pasien, kebijakan keperawatan harus menekankan penerapan standar keselamatan, pengendalian infeksi, manajemen risiko klinis, serta budaya pelaporan insiden tanpa menyalahkan individu. Lingkungan kerja yang aman dan suportif berkontribusi terhadap kinerja optimal perawat dan menurunkan risiko kelelahan kerja maupun burnout. Oleh karena itu, kebijakan manajemen sumber daya manusia dalam keperawatan harus memperhatikan kesejahteraan psikososial tenaga perawat (Lubis, 2025).

Secara keseluruhan, kebijakan keperawatan dalam sistem kesehatan merupakan instrumen strategis untuk menjamin kualitas, aksesibilitas, dan keberlanjutan pelayanan kesehatan. Kebijakan yang efektif harus bersifat komprehensif, berbasis data, responsif terhadap perubahan epidemiologi dan teknologi, serta mendukung profesionalisme perawat. Integrasi kebijakan keperawatan dengan kebijakan kesehatan nasional akan memperkuat sistem kesehatan



secara keseluruhan. Dengan perencanaan yang matang, tata kelola yang transparan, serta dukungan pembiayaan dan regulasi yang memadai, perawat dapat berperan optimal sebagai garda terdepan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Regulasi Profesi Keperawatan

Regulasi profesi keperawatan merupakan instrumen hukum dan kebijakan publik yang bertujuan menjamin mutu pelayanan, keselamatan pasien, serta perlindungan bagi tenaga perawat dalam menjalankan praktik profesional. Dalam kerangka governance sektor kesehatan, regulasi profesi berfungsi menetapkan standar kompetensi, mekanisme registrasi dan lisensi, ruang lingkup praktik (scope of practice), serta sistem pengawasan dan disiplin profesi. Regulasi ini menjadi fondasi legitimasi sosial profesi keperawatan sekaligus mekanisme akuntabilitas publik.

Secara konseptual, regulasi profesi kesehatan dapat dibedakan menjadi regulasi negara (state regulation) dan regulasi mandiri profesi (self-regulation). State regulation diwujudkan melalui undang-undang, peraturan pemerintah, dan kebijakan kementerian kesehatan yang mengatur pendidikan, registrasi, dan praktik keperawatan. Self-regulation dilakukan melalui organisasi profesi yang menetapkan kode etik, standar kompetensi, serta mekanisme pembinaan dan penegakan disiplin. Model hibrida antara keduanya banyak diterapkan untuk menjaga keseimbangan antara otonomi profesional dan perlindungan masyarakat (Maranatha et al., 2025).

Komponen utama regulasi profesi meliputi: (1) pendidikan dan akreditasi institusi pendidikan; (2) uji kompetensi nasional; (3) registrasi dan lisensi praktik; (4) continuing professional development (CPD); serta (5) mekanisme penegakan disiplin. Pendidikan yang terstandar memastikan kesetaraan kompetensi lulusan. Uji kompetensi menjadi instrumen validasi kemampuan klinis dan etik sebelum pemberian izin praktik. Registrasi dan lisensi memastikan bahwa hanya individu yang memenuhi syarat yang dapat memberikan pelayanan keperawatan.



Ruang lingkup praktik (scope of practice) merupakan elemen krusial dalam regulasi karena menentukan batas kewenangan perawat, termasuk tindakan mandiri dan kolaboratif. Kejelasan scope of practice mencegah tumpang tindih kewenangan antarprofesi serta meminimalkan risiko litigasi. Dalam konteks reformasi sistem kesehatan, perluasan scope of practice sering menjadi strategi untuk meningkatkan akses layanan, terutama di daerah dengan kekurangan tenaga medis.

Regulasi juga berperan dalam mobilitas tenaga keperawatan lintas negara. Harmonisasi standar pendidikan dan kompetensi memfasilitasi pengakuan kualifikasi internasional, namun sekaligus menimbulkan tantangan brain drain dari negara berkembang ke negara maju. Oleh karena itu, kebijakan regulasi perlu mempertimbangkan aspek retensi tenaga dan keseimbangan distribusi. Secara keseluruhan, regulasi profesi keperawatan bukan hanya instrumen administratif, tetapi mekanisme strategis untuk menjaga mutu, etika, dan keberlanjutan profesi dalam sistem kesehatan yang kompleks.

Standar Praktik dan Etika

Standar praktik keperawatan merupakan pedoman normatif yang mengatur bagaimana asuhan keperawatan diberikan secara profesional, aman, dan berbasis bukti. Standar ini biasanya mencakup proses keperawatan (assessment, diagnosis, planning, implementation, evaluation), dokumentasi klinis, keselamatan pasien, komunikasi terapeutik, serta kolaborasi interprofesional. Standar praktik berfungsi sebagai benchmark mutu dan alat evaluasi kinerja.

Etika keperawatan, di sisi lain, berakar pada prinsip bioetika seperti autonomy, beneficence, non-maleficence, dan justice. Kode etik profesi mengatur tanggung jawab perawat terhadap pasien, kolega, profesi, dan masyarakat. Isu etik kontemporer meliputi informed consent, kerahasiaan data pasien, end-of-life care, serta konflik kepentingan. Integrasi standar praktik dan etika memastikan bahwa pelayanan tidak hanya efektif secara klinis, tetapi juga bermartabat dan menghormati hak pasien. Penegakan standar dilakukan melalui audit klinis, akreditasi fasilitas, serta mekanisme disiplin profesi.



Nurse Staffing Policy

Nurse staffing policy merujuk pada kebijakan yang mengatur jumlah dan komposisi perawat dalam suatu unit pelayanan kesehatan. Rasio perawat-pasien menjadi indikator penting dalam menjamin keselamatan dan mutu layanan. Penelitian menunjukkan bahwa rasio yang tidak memadai berkorelasi dengan peningkatan mortalitas, kesalahan medis, dan burnout tenaga kesehatan. Kebijakan staffing harus mempertimbangkan kompleksitas kasus, acuity level pasien, serta beban kerja non-klinis. Model penentuan kebutuhan tenaga berbasis acuity lebih akurat dibandingkan pendekatan rasio tetap. Selain kuantitas, komposisi keterampilan (skill mix) antara perawat profesional dan tenaga pendukung juga memengaruhi kualitas layanan.

Investasi pada staffing yang memadai berdampak pada peningkatan kepuasan pasien dan retensi tenaga. Namun, keterbatasan anggaran sering menjadi hambatan implementasi kebijakan staffing optimal.

Nurse staffing policy merupakan kebijakan yang mengatur jumlah, distribusi, dan komposisi tenaga perawat dalam suatu fasilitas atau sistem pelayanan kesehatan. Kebijakan ini memiliki implikasi langsung terhadap mutu pelayanan, keselamatan pasien, beban kerja tenaga kesehatan, serta keberlanjutan sistem kesehatan. Dalam konteks governance kesehatan, nurse staffing tidak hanya isu manajerial, tetapi juga isu kebijakan publik yang berkaitan dengan regulasi, pembiayaan, dan perlindungan tenaga kerja.

Secara konseptual, nurse staffing mencakup tiga dimensi utama: kuantitas (jumlah perawat), kualitas (kompetensi dan tingkat pendidikan), serta skill mix (komposisi antara perawat profesional dan tenaga pendukung). Rasio perawat-pasien (nurse-to-patient ratio) sering digunakan sebagai indikator utama dalam kebijakan staffing. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa rasio yang tidak memadai berkorelasi dengan peningkatan angka mortalitas, kejadian infeksi nosokomial, kesalahan medikasi, serta penurunan kepuasan pasien.

Pendekatan tradisional dalam penentuan staffing menggunakan rasio tetap berdasarkan jumlah tempat tidur atau pasien. Namun, pendekatan ini sering tidak mempertimbangkan tingkat kompleksitas



kasus (patient acuity). Model staffing berbasis acuity lebih responsif karena memperhitungkan kebutuhan perawatan individual pasien, termasuk intensitas monitoring dan intervensi klinis yang diperlukan.

Selain keselamatan pasien, kebijakan staffing juga berdampak pada kesejahteraan perawat. Beban kerja berlebih meningkatkan risiko burnout, kelelahan emosional, dan turnover tenaga keperawatan. Tingginya tingkat turnover tidak hanya merugikan institusi secara finansial, tetapi juga mengganggu kontinuitas pelayanan. Oleh karena itu, investasi dalam staffing yang memadai dapat dipandang sebagai strategi cost-effective jangka panjang.

Dari perspektif kebijakan publik, nurse staffing sering menjadi isu advokasi organisasi profesi. Beberapa negara telah mengadopsi regulasi rasio minimum perawat-pasien untuk menjamin standar keselamatan. Namun, implementasi regulasi ini menghadapi tantangan berupa keterbatasan anggaran, kekurangan tenaga, dan disparitas distribusi antara wilayah perkotaan dan pedesaan.

Kebijakan staffing juga berkaitan erat dengan perencanaan sumber daya manusia kesehatan (health workforce planning). Proyeksi kebutuhan tenaga harus mempertimbangkan tren demografi, beban penyakit, serta perkembangan teknologi kesehatan. Tanpa perencanaan yang komprehensif, sistem kesehatan berisiko mengalami ketidakseimbangan antara permintaan dan pasokan tenaga perawat.

Dalam era transformasi digital dan perubahan pola penyakit, nurse staffing policy perlu adaptif terhadap model pelayanan baru seperti telehealth dan perawatan berbasis komunitas. Perubahan peran perawat, termasuk perluasan kewenangan praktik, juga harus tercermin dalam desain staffing.

Secara keseluruhan, nurse staffing policy merupakan komponen strategis dalam sistem kesehatan yang berorientasi pada keselamatan pasien, mutu pelayanan, dan keberlanjutan tenaga kerja. Kebijakan yang berbasis bukti, mempertimbangkan kompleksitas klinis, serta didukung pembiayaan memadai akan memperkuat kontribusi perawat dalam pencapaian tujuan kesehatan nasional.



Advanced Practice Nurse (APN)

Advanced Practice Nurse (APN) adalah perawat dengan pendidikan tingkat lanjut (minimal magister) dan kompetensi klinis tinggi yang memungkinkan praktik otonom dalam lingkup tertentu. Peran APN meliputi nurse practitioner, clinical nurse specialist, nurse anesthetist, dan nurse midwife.

APN berkontribusi dalam peningkatan akses layanan primer, manajemen penyakit kronis, serta efisiensi sistem kesehatan. Bukti menunjukkan bahwa layanan APN memiliki kualitas setara dengan dokter dalam konteks tertentu. Regulasi yang jelas mengenai kewenangan dan reimbursement menjadi faktor kunci keberhasilan integrasi APN.

Advanced Practice Nurse (APN) adalah perawat dengan pendidikan tingkat lanjut—umumnya minimal magister—yang memiliki kompetensi klinis mendalam, kemampuan pengambilan keputusan kompleks, serta otonomi praktik yang lebih luas dibandingkan perawat profesional umum. Konsep APN berkembang sebagai respons terhadap kebutuhan sistem kesehatan akan peningkatan akses layanan, manajemen penyakit kronis, serta efisiensi biaya dalam konteks keterbatasan tenaga medis.

Secara internasional, kategori APN mencakup beberapa peran utama seperti Nurse Practitioner (NP), Clinical Nurse Specialist (CNS), Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA), dan Nurse Midwife. Meskipun nomenklatur dan regulasi berbeda antarnegara, karakteristik inti APN meliputi praktik berbasis bukti, kompetensi diagnostik dan terapeutik lanjutan, serta peran dalam koordinasi perawatan pasien.

Dalam pelayanan primer, Nurse Practitioner sering berperan sebagai penyedia layanan lini pertama (primary care provider), termasuk melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, penegakan diagnosis, serta pemberian terapi farmakologis sesuai kewenangan regulatif. Berbagai studi menunjukkan bahwa kualitas pelayanan APN dalam konteks tertentu setara dengan dokter, khususnya dalam manajemen penyakit kronis seperti hipertensi dan diabetes.

Dari perspektif sistem kesehatan, integrasi APN berkontribusi pada peningkatan akses di daerah terpencil atau underserved areas.



APN juga mendukung model pelayanan berbasis tim interprofesional, di mana perawat lanjutan berkolaborasi dengan dokter dan tenaga kesehatan lain untuk memberikan perawatan komprehensif.

Namun, implementasi peran APN sangat bergantung pada kerangka regulasi yang jelas, terutama terkait scope of practice, kewenangan preskripsi obat, serta mekanisme reimbursement. Di beberapa negara, pembatasan regulasi menghambat optimalisasi kontribusi APN. Oleh karena itu, reformasi regulatif sering menjadi bagian dari strategi penguatan workforce kesehatan.

Selain peran klinis, APN juga berkontribusi dalam pendidikan, penelitian, dan kepemimpinan kebijakan. Kompetensi analitik dan kemampuan translasi riset ke praktik menjadikan APN sebagai agen perubahan dalam peningkatan mutu layanan. Peran ini semakin penting dalam era penyakit tidak menular dan penuaan populasi yang membutuhkan pendekatan manajemen jangka panjang.

Tantangan pengembangan APN meliputi standar pendidikan yang belum seragam, resistensi antarprofesi, serta kebutuhan investasi dalam pelatihan lanjutan. Perencanaan sumber daya manusia kesehatan harus mempertimbangkan integrasi APN sebagai bagian dari strategi jangka panjang untuk mencapai Universal Health Coverage. Secara keseluruhan, Advanced Practice Nurse merupakan inovasi strategis dalam sistem kesehatan modern. Dengan regulasi yang mendukung dan pendidikan berkualitas tinggi, APN dapat meningkatkan akses, mutu, dan efisiensi pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

Peran International Council of Nurses dalam Kebijakan Global

International Council of Nurses (ICN) merupakan federasi global organisasi perawat nasional yang berperan dalam advokasi kebijakan, pengembangan standar profesional, dan representasi kepentingan perawat di tingkat internasional. ICN terlibat dalam forum global seperti World Health Assembly dan berkolaborasi dengan organisasi internasional dalam isu workforce, keselamatan pasien, dan penguatan sistem kesehatan.

ICN mengembangkan kode etik internasional, pedoman kompetensi, serta laporan global tentang kondisi tenaga keperawatan.



Peran advokasi ICN memperkuat posisi perawat sebagai aktor kunci dalam pencapaian Universal Health Coverage dan agenda kesehatan global.

Secara keseluruhan, governance profesi keperawatan memerlukan sinergi antara regulasi nasional, standar praktik, kebijakan staffing, pengembangan peran lanjutan, dan advokasi global untuk memastikan kontribusi optimal profesi dalam sistem kesehatan.



BAB 5. Kebijakan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan

Pendahuluan

Kebijakan pembiayaan dan jaminan kesehatan merupakan pilar utama dalam sistem kesehatan yang menentukan sejauh mana masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan tanpa mengalami beban finansial yang memberatkan. Pembiayaan kesehatan tidak sekadar berkaitan dengan pengumpulan dana, tetapi juga menyangkut mekanisme alokasi, distribusi risiko, efisiensi penggunaan sumber daya, serta perlindungan finansial bagi individu dan rumah tangga. Dalam kerangka sistem kesehatan modern, kebijakan pembiayaan dirancang untuk mencapai tiga tujuan utama, yaitu meningkatkan cakupan layanan, menjamin perlindungan terhadap risiko finansial, dan memastikan keberlanjutan sistem secara fiskal. Oleh karena itu, kebijakan pembiayaan dan jaminan kesehatan harus disusun secara sistematis dengan mempertimbangkan kondisi ekonomi makro, kapasitas fiskal negara, struktur demografi, serta profil epidemiologi masyarakat.

Secara konseptual, pembiayaan kesehatan mencakup tiga fungsi utama, yaitu revenue collection (pengumpulan dana), pooling of funds (pengelolaan dan penggabungan risiko), serta purchasing (pembelian layanan kesehatan). Pengumpulan dana dapat berasal dari pajak umum, iuran asuransi sosial, premi asuransi swasta, maupun pembayaran langsung oleh masyarakat (out-of-pocket). Dalam sistem yang berorientasi pada keadilan sosial, sumber pembiayaan lebih banyak bertumpu pada pajak dan iuran wajib untuk memastikan prinsip solidaritas, di mana individu sehat membantu membiayai yang sakit dan kelompok berpendapatan tinggi membantu kelompok berpendapatan rendah. Mekanisme pooling berperan mengurangi risiko finansial individu dengan menyebarkan beban biaya kesehatan ke dalam kelompok besar peserta. Sementara itu, fungsi purchasing menentukan bagaimana dana yang terkumpul dibayarkan kepada penyedia layanan melalui metode seperti fee-for-service, kapitasi, atau pembayaran berbasis paket layanan.

Jaminan kesehatan merupakan instrumen kebijakan yang dirancang untuk memastikan setiap individu memperoleh akses



terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa menghadapi kesulitan ekonomi. Konsep jaminan kesehatan universal menekankan bahwa cakupan harus mencakup seluruh populasi, menyediakan manfaat layanan yang komprehensif, serta memberikan perlindungan finansial yang memadai. Implementasi jaminan kesehatan memerlukan regulasi yang jelas mengenai kepesertaan, paket manfaat, mekanisme pembayaran, serta tata kelola lembaga pengelola dana. Tanpa regulasi yang kuat, sistem jaminan kesehatan berisiko mengalami defisit keuangan, ketimpangan akses, atau moral hazard baik dari sisi peserta maupun penyedia layanan.

Salah satu tantangan utama dalam kebijakan pembiayaan kesehatan adalah tingginya proporsi pengeluaran langsung masyarakat. Pembayaran out-of-pocket yang besar dapat menyebabkan catastrophic health expenditure dan mendorong rumah tangga jatuh ke dalam kemiskinan. Oleh karena itu, reformasi pembiayaan sering diarahkan pada perluasan cakupan asuransi sosial dan penguatan subsidi bagi kelompok rentan. Kebijakan subsidi silang menjadi strategi penting dalam menjamin keadilan, di mana kontribusi peserta disesuaikan dengan kemampuan membayar, sementara manfaat layanan diberikan berdasarkan kebutuhan medis.

Efisiensi juga menjadi perhatian utama dalam kebijakan pembiayaan. Sumber daya kesehatan yang terbatas menuntut adanya mekanisme pengendalian biaya dan peningkatan produktivitas layanan. Reformasi sistem pembayaran seperti kapitasi dan pembayaran berbasis diagnosis bertujuan mengendalikan eskalasi biaya sekaligus mendorong penyedia layanan meningkatkan mutu dan efisiensi. Namun, setiap metode pembayaran memiliki implikasi insentif yang berbeda. Fee-for-service dapat mendorong overutilization, sedangkan kapitasi berpotensi menyebabkan under-provision jika tidak diawasi secara ketat. Oleh karena itu, desain kebijakan pembayaran harus mempertimbangkan keseimbangan antara kontrol biaya dan kualitas pelayanan.

Keberlanjutan fiskal menjadi aspek krusial dalam kebijakan jaminan kesehatan. Peningkatan beban penyakit kronis dan penuaan populasi menyebabkan kebutuhan pembiayaan terus meningkat. Tanpa perencanaan aktuarial dan manajemen risiko yang baik, sistem jaminan kesehatan dapat mengalami defisit struktural. Pemerintah perlu melakukan evaluasi berkala terhadap besaran iuran, paket manfaat, serta efisiensi operasional lembaga pengelola. Transparansi dan



akuntabilitas dalam pengelolaan dana publik menjadi prasyarat utama untuk menjaga kepercayaan masyarakat.

Selain itu, kebijakan pembiayaan dan jaminan kesehatan harus terintegrasi dengan upaya promotif dan preventif. Investasi pada pencegahan penyakit dan penguatan layanan primer terbukti lebih cost-effective dibandingkan pembiayaan layanan kuratif yang mahal. Dengan mengarahkan pembiayaan pada intervensi berbasis bukti dan penguatan sistem rujukan, beban biaya jangka panjang dapat ditekan. Pendekatan strategic purchasing menjadi penting untuk memastikan bahwa dana yang tersedia dibelanjakan pada layanan yang memberikan nilai kesehatan tertinggi bagi populasi.

Aspek tata kelola juga menentukan efektivitas kebijakan pembiayaan. Koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah, lembaga asuransi, fasilitas kesehatan, serta sektor swasta harus berjalan harmonis. Sistem informasi keuangan dan klaim yang terintegrasi memungkinkan pengawasan yang lebih akurat terhadap penggunaan dana. Penguatan mekanisme audit dan pengendalian fraud menjadi bagian integral dalam menjaga integritas sistem jaminan kesehatan.

Dalam konteks global, banyak negara bergerak menuju sistem jaminan kesehatan universal sebagai bagian dari agenda pembangunan berkelanjutan. Namun, pendekatan yang diambil bervariasi sesuai dengan konteks sosial, ekonomi, dan politik masing-masing negara. Tidak ada model tunggal yang dapat diterapkan secara seragam. Kebijakan pembiayaan harus adaptif terhadap perubahan kondisi ekonomi dan kebutuhan kesehatan masyarakat.

Secara keseluruhan, kebijakan pembiayaan dan jaminan kesehatan merupakan fondasi dalam mewujudkan sistem kesehatan yang adil, efisien, dan berkelanjutan. Desain kebijakan harus menyeimbangkan prinsip solidaritas, efisiensi ekonomi, dan keberlanjutan fiskal. Dengan pengelolaan dana yang transparan, mekanisme pooling yang kuat, serta sistem pembayaran yang tepat, jaminan kesehatan dapat menjadi instrumen efektif dalam melindungi masyarakat dari risiko finansial akibat penyakit sekaligus meningkatkan derajat kesehatan populasi secara menyeluruh.

Health Financing Models

Model pembiayaan kesehatan merupakan fondasi utama dalam desain sistem kesehatan karena menentukan bagaimana sumber daya dikumpulkan, dikelola, dan dialokasikan untuk menyediakan layanan



kesehatan. Secara konseptual, pembiayaan kesehatan mencakup tiga fungsi utama: revenue collection (pengumpulan dana), risk pooling (pengelolaan risiko), dan purchasing (pembelian layanan). Efektivitas model pembiayaan sangat menentukan tingkat perlindungan finansial, akses pelayanan, serta keberlanjutan fiskal sistem kesehatan (Mendrofa et al., 2025).

Secara klasik, terdapat beberapa model pembiayaan kesehatan utama. Pertama, model Beveridge, yang didanai melalui pajak umum dan dikelola oleh pemerintah. Dalam model ini, negara berperan sebagai pembayar sekaligus penyedia layanan kesehatan. Kedua, model Bismarck yang berbasis asuransi sosial wajib dengan kontribusi dari pekerja dan pemberi kerja, serta dikelola oleh lembaga asuransi non-profit. Ketiga, model National Health Insurance (NHI), yang menggabungkan pembiayaan publik dengan mekanisme satu pembayar (*single payer*). Keempat, model berbasis asuransi swasta dan pembayaran langsung (*out-of-pocket*), yang umum ditemukan di negara dengan sistem pasar bebas (Nurfa'izah et al., 2025).

Model berbasis pajak memiliki keunggulan dalam menciptakan solidaritas sosial dan cakupan populasi yang luas. Namun, ketergantungan pada penerimaan pajak membuat sistem rentan terhadap fluktuasi ekonomi. Model asuransi sosial memberikan keterkaitan langsung antara kontribusi dan manfaat, tetapi menghadapi tantangan dalam menjangkau sektor informal. Sementara itu, sistem berbasis asuransi swasta cenderung menghasilkan segmentasi risiko dan ketimpangan akses.

Dalam praktiknya, sebagian besar negara menerapkan model campuran (*mixed model*) untuk menyesuaikan dengan konteks sosial dan ekonomi masing-masing. Tantangan utama dalam desain model pembiayaan adalah menyeimbangkan keberlanjutan fiskal, efisiensi alokasi, dan keadilan distribusi.

Strategic Purchasing

Strategic purchasing merupakan pendekatan pembelian layanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan efisiensi dan kualitas melalui penggunaan insentif yang tepat. Berbeda dengan passive purchasing yang sekadar membayar klaim, strategic purchasing melibatkan keputusan aktif mengenai layanan apa yang dibeli, dari siapa, dan dengan mekanisme pembayaran apa.

Elemen kunci strategic purchasing meliputi penetapan paket manfaat berbasis bukti, kontrak dengan penyedia layanan, serta mekanisme pembayaran berbasis kinerja. Metode pembayaran seperti



kapitasi, fee-for-service, global budget, dan diagnosis-related groups (DRGs) memiliki implikasi insentif yang berbeda terhadap perilaku provider. Strategic purchasing juga membutuhkan sistem informasi yang kuat untuk memantau kinerja dan mutu pelayanan. Tanpa data yang akurat, sulit memastikan bahwa pembayaran mencerminkan kualitas dan efisiensi (Pohan, n.d.).

Strategic purchasing merupakan pendekatan pembelian layanan kesehatan yang bertujuan memastikan bahwa dana yang tersedia digunakan secara optimal untuk mencapai hasil kesehatan yang maksimal. Dalam kerangka pembiayaan kesehatan, terdapat tiga fungsi utama: pengumpulan dana (revenue collection), pengelolaan risiko (risk pooling), dan pembelian layanan (purchasing). Strategic purchasing berfokus pada fungsi ketiga, yaitu bagaimana pembayar baik pemerintah, asuransi sosial, maupun lembaga penjamin secara aktif menentukan layanan apa yang dibeli, dari siapa layanan tersebut diperoleh, dan bagaimana cara membayarnya.

Berbeda dengan passive purchasing yang sekadar membayar klaim atau mengganti biaya berdasarkan tagihan yang diajukan penyedia layanan, strategic purchasing melibatkan keputusan yang berbasis bukti, analisis kebutuhan populasi, dan evaluasi kinerja penyedia. Pendekatan ini menekankan penggunaan insentif untuk mendorong efisiensi, kualitas, dan pemerataan layanan.

Terdapat beberapa pertanyaan kunci dalam strategic purchasing. Pertama, *what to buy*: layanan apa yang termasuk dalam paket manfaat? Penetapan paket manfaat harus mempertimbangkan beban penyakit, efektivitas klinis, dan analisis cost-effectiveness. Health Technology Assessment (HTA) sering digunakan untuk menilai apakah suatu intervensi layak dibiayai.

Kedua, *from whom to buy*: dari penyedia mana layanan dibeli? Pembayar dapat melakukan seleksi dan kontraktualisasi dengan fasilitas yang memenuhi standar mutu tertentu. Mekanisme akreditasi dan evaluasi kinerja menjadi dasar dalam memilih provider.

Ketiga, *how to pay*: bagaimana mekanisme pembayaran dilakukan? Metode pembayaran provider sangat memengaruhi perilaku penyedia layanan. Sistem fee-for-service cenderung mendorong peningkatan volume layanan, namun berisiko menimbulkan overutilization. Kapitasi memberikan pembayaran tetap per peserta dan mendorong efisiensi, tetapi dapat menimbulkan risiko underprovision jika tidak disertai pengawasan mutu. Diagnosis-Related Groups (DRGs) memberikan pembayaran berbasis kelompok diagnosis dan mendorong



efisiensi rawat inap. Kombinasi metode pembayaran sering digunakan untuk menyeimbangkan insentif.

Strategic purchasing juga berkaitan dengan pembelian berbasis kinerja (performance-based purchasing). Dalam model ini, sebagian pembayaran dikaitkan dengan pencapaian indikator mutu atau outcome kesehatan. Pendekatan ini mendorong provider meningkatkan kualitas pelayanan, bukan sekadar kuantitas (Pramono et al., 2025).

Implementasi strategic purchasing memerlukan sistem informasi kesehatan yang kuat untuk memantau utilisasi, mutu layanan, dan pengeluaran. Tanpa data yang akurat, sulit mengevaluasi kinerja penyedia dan merancang insentif yang tepat. Selain itu, kapasitas manajerial dan tata kelola yang transparan menjadi prasyarat keberhasilan. Tantangan dalam strategic purchasing meliputi resistensi penyedia terhadap perubahan mekanisme pembayaran, potensi manipulasi klaim, serta keterbatasan kapasitas analitik lembaga pembayar. Dalam konteks negara berkembang, kelemahan sistem informasi dan pengawasan dapat menghambat efektivitas kebijakan.

Secara keseluruhan, strategic purchasing merupakan instrumen penting dalam reformasi pembiayaan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi, kualitas, dan keadilan. Dengan desain yang berbasis bukti dan tata kelola yang kuat, pendekatan ini dapat berkontribusi signifikan terhadap pencapaian Universal Health Coverage dan keberlanjutan sistem kesehatan.

Asuransi Sosial Kesehatan

Asuransi sosial kesehatan merupakan mekanisme pembiayaan berbasis solidaritas di mana kontribusi dikumpulkan secara wajib dari populasi tertentu dan dikelola dalam satu atau beberapa dana risiko. Prinsip utama sistem ini adalah risk sharing dan cross-subsidization antara kelompok sehat dan sakit, kaya dan miskin.

Keunggulan asuransi sosial terletak pada kemampuannya memperluas perlindungan finansial dan mengurangi out-of-pocket expenditure. Namun, implementasinya menghadapi tantangan dalam pengumpulan iuran dari sektor informal serta pengendalian biaya pelayanan. Keberhasilan asuransi sosial sangat bergantung pada kapasitas manajerial, transparansi tata kelola, serta integrasi sistem informasi.



Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan reformasi besar dalam sistem pembiayaan kesehatan Indonesia yang bertujuan mencapai Universal Health Coverage. JKN mengintegrasikan berbagai skema asuransi sebelumnya ke dalam satu sistem nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. JKN menerapkan prinsip asuransi sosial dengan iuran wajib dan subsidi bagi kelompok miskin. Sistem pembayaran provider menggunakan kapitasi untuk pelayanan primer dan INA-CBGs untuk rumah sakit. Tantangan JKN meliputi defisit keuangan, kepatuhan pembayaran iuran, serta pengendalian fraud. Reformasi berkelanjutan diperlukan untuk menjaga keberlanjutan sistem.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan reformasi sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia yang diluncurkan pada tahun 2014 sebagai bagian dari implementasi Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuan utama JKN adalah mencapai Universal Health Coverage (UHC), yaitu memastikan seluruh penduduk memperoleh akses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial. Program ini dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai lembaga publik non-profit yang bertanggung jawab atas pengelolaan dana dan pembelian layanan kesehatan.

Secara konseptual, JKN mengadopsi prinsip asuransi sosial dengan mekanisme risk pooling dan gotong royong. Peserta terdiri atas Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang iurannya dibayarkan pemerintah bagi kelompok miskin dan rentan, serta peserta non-PBI yang membayar iuran secara mandiri atau melalui pemberi kerja. Prinsip solidaritas menjadi fondasi utama, di mana peserta sehat mensubsidi peserta yang sakit, dan kelompok berpendapatan tinggi berkontribusi lebih besar dibandingkan kelompok berpendapatan rendah.

Dari sisi desain pembiayaan, JKN menerapkan sistem kapitasi untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan sistem Indonesia Case-Based Groups (INA-CBGs) untuk pelayanan rumah sakit. Kapitasi memberikan pembayaran tetap per peserta terdaftar kepada fasilitas primer, sehingga mendorong efisiensi dan penguatan pelayanan promotif-preventif. Sementara itu, INA-CBGs mengelompokkan diagnosis dan prosedur ke dalam kategori pembayaran tetap, bertujuan mengendalikan biaya rawat inap.

JKN membawa dampak signifikan terhadap peningkatan akses pelayanan kesehatan. Cakupan kepesertaan meningkat pesat dan utilisasi layanan, baik di tingkat primer maupun rumah sakit, mengalami kenaikan. Program ini juga berkontribusi pada penurunan pengeluaran



kesehatan langsung (out-of-pocket) dan perlindungan terhadap risiko pengeluaran katastrofik. Namun demikian, implementasi JKN menghadapi sejumlah tantangan. Salah satu isu utama adalah defisit pembiayaan yang terjadi akibat ketidakseimbangan antara pendapatan iuran dan beban klaim. Tingginya utilisasi layanan, moral hazard, serta ketidakpatuhan pembayaran iuran pada segmen peserta mandiri menjadi faktor yang memengaruhi keberlanjutan fiskal. Reformasi iuran dan penguatan manajemen risiko menjadi agenda penting dalam menjaga stabilitas dana.

Selain tantangan finansial, terdapat pula isu mutu pelayanan dan ketimpangan distribusi fasilitas kesehatan. Wilayah dengan infrastruktur dan tenaga kesehatan terbatas menghadapi kesulitan dalam memenuhi standar pelayanan, sehingga menimbulkan disparitas akses. Penguatan sistem rujukan dan peningkatan kapasitas layanan primer menjadi strategi kunci untuk meningkatkan efektivitas JKN.

Dari perspektif tata kelola, transparansi dan akuntabilitas pengelolaan dana menjadi aspek krusial. Integrasi sistem informasi, pencegahan fraud, serta monitoring dan evaluasi berkelanjutan diperlukan untuk memastikan efisiensi dan integritas sistem. Kolaborasi antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, dan masyarakat juga menentukan keberhasilan implementasi.

Secara keseluruhan, JKN merupakan tonggak penting dalam reformasi sistem kesehatan Indonesia. Meskipun menghadapi tantangan keberlanjutan dan mutu pelayanan, kebijakan ini mencerminkan komitmen negara terhadap perlindungan sosial dan keadilan dalam akses kesehatan. Penguatan pembiayaan, tata kelola, dan pelayanan primer akan menjadi faktor penentu dalam memastikan bahwa JKN dapat berkelanjutan dan berkontribusi optimal terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Efisiensi dan Equity dalam Pembiayaan

Efisiensi dalam pembiayaan kesehatan merujuk pada penggunaan sumber daya secara optimal untuk menghasilkan luaran kesehatan maksimal. Equity berkaitan dengan distribusi beban pembiayaan dan manfaat secara adil. Pendekatan kebijakan harus menyeimbangkan efisiensi teknis dan alokatif dengan prinsip keadilan sosial. Tanpa perhatian terhadap equity, sistem pembiayaan berisiko memperlebar kesenjangan kesehatan. Evaluasi kebijakan pembiayaan memerlukan indikator seperti catastrophic health expenditure, progressivity index, dan cost-effectiveness ratio. Integrasi efisiensi dan



equity menjadi kunci keberhasilan reformasi pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan.

Efisiensi dan equity (keadilan) merupakan dua prinsip fundamental dalam desain dan evaluasi pembiayaan kesehatan. Keduanya sering kali dipandang sebagai tujuan normatif yang harus dicapai secara simultan, namun dalam praktik kebijakan, keduanya dapat berada dalam ketegangan (trade-off). Sistem pembiayaan yang sangat efisien belum tentu adil, dan sebaliknya, sistem yang sangat berorientasi pada pemerataan belum tentu optimal secara ekonomi. Oleh karena itu, analisis kebijakan pembiayaan kesehatan harus mempertimbangkan keseimbangan antara efisiensi alokatif, efisiensi teknis, dan keadilan distribusi.

Efisiensi dalam konteks pembiayaan kesehatan merujuk pada penggunaan sumber daya yang terbatas untuk menghasilkan hasil kesehatan (health outcomes) yang maksimal. Secara ekonomi, terdapat dua dimensi utama efisiensi: efisiensi teknis dan efisiensi alokatif. Efisiensi teknis terjadi ketika suatu sistem menghasilkan output kesehatan tertentu dengan biaya serendah mungkin, atau menghasilkan output maksimal dengan sumber daya yang tersedia. Misalnya, penggunaan mekanisme pembayaran berbasis paket (case-based payment) dapat mengurangi inefisiensi akibat layanan yang tidak perlu (overutilization).

Efisiensi alokatif berkaitan dengan distribusi sumber daya ke intervensi yang memberikan manfaat kesehatan terbesar relatif terhadap biayanya. Alat seperti cost-effectiveness analysis (CEA) dan cost-utility analysis (CUA) digunakan untuk menentukan prioritas pembiayaan. Konsep seperti Quality-Adjusted Life Years (QALY) atau Disability-Adjusted Life Years (DALY) membantu pembuat kebijakan membandingkan nilai relatif berbagai intervensi.

Namun, pencapaian efisiensi tidak hanya bergantung pada metode pembayaran provider, tetapi juga pada desain risk pooling, sistem informasi kesehatan, serta tata kelola pembiayaan. Fragmentasi dana dan lemahnya koordinasi antar pembayar dapat menimbulkan duplikasi layanan dan pemborosan sumber daya. Equity dalam pembiayaan kesehatan merujuk pada prinsip bahwa kontribusi terhadap pembiayaan dan akses terhadap manfaat kesehatan harus didistribusikan secara adil. Dalam literatur kebijakan kesehatan, equity sering dibedakan menjadi horizontal equity dan vertical equity.

Horizontal equity berarti individu dengan kebutuhan kesehatan yang sama harus memperoleh perlakuan yang sama, tanpa diskriminasi



berdasarkan status sosial, ekonomi, atau geografis. Vertical equity berarti individu dengan kemampuan membayar lebih tinggi seharusnya memberikan kontribusi lebih besar terhadap pembiayaan sistem. Salah satu indikator penting equity adalah tingkat pengeluaran kesehatan langsung (out-of-pocket expenditure). Proporsi pembayaran langsung yang tinggi sering dikaitkan dengan risiko pengeluaran kesehatan katastrofik dan kemiskinan akibat biaya kesehatan. Oleh karena itu, sistem asuransi sosial dengan mekanisme pooling yang luas dianggap lebih adil dibandingkan sistem berbasis pembayaran langsung.

Pengukuran equity dalam pembiayaan sering menggunakan indeks progresivitas, seperti Kakwani Index, untuk menilai apakah sistem pembiayaan bersifat progresif (kontribusi meningkat seiring peningkatan pendapatan) atau regresif. Dalam praktik kebijakan, efisiensi dan equity dapat berada dalam ketegangan. Intervensi yang sangat cost-effective mungkin tidak menjangkau kelompok paling rentan jika akses geografis terbatas. Sebaliknya, program yang ditujukan untuk kelompok terpencil mungkin memerlukan biaya lebih tinggi per unit manfaat, sehingga tampak kurang efisien secara ekonomi.

Kebijakan pembiayaan yang ideal harus berupaya meminimalkan trade-off ini melalui pendekatan yang integratif. Misalnya, subsidi silang (cross-subsidization) dalam sistem asuransi sosial memungkinkan pembiayaan layanan esensial bagi kelompok miskin tanpa mengorbankan keberlanjutan fiskal secara keseluruhan. Beberapa strategi dapat digunakan untuk meningkatkan efisiensi dan equity secara bersamaan. Pertama, penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai gatekeeper dapat mengurangi biaya layanan tersier yang mahal, sekaligus meningkatkan akses dasar bagi populasi luas.

Kedua, penerapan strategic purchasing memungkinkan pembayar mengontrak provider berdasarkan kinerja dan mutu, sehingga mendorong efisiensi teknis sekaligus memastikan pemerataan layanan. Ketiga, perluasan risk pooling melalui integrasi skema asuransi dan peningkatan kepatuhan iuran dapat memperkuat solidaritas sosial dan mengurangi fragmentasi pembiayaan. Keempat, penggunaan data dan analitik untuk mengidentifikasi ketimpangan akses memungkinkan alokasi sumber daya yang lebih tepat sasaran.

Efisiensi dan equity tidak boleh dipandang sebagai tujuan yang saling eksklusif, melainkan sebagai prinsip komplementer dalam desain pembiayaan kesehatan. Sistem pembiayaan yang berkelanjutan harus memastikan bahwa setiap unit pengeluaran menghasilkan manfaat kesehatan maksimal sekaligus melindungi kelompok rentan dari beban



finansial yang tidak proporsional. Dalam era Universal Health Coverage, integrasi kedua prinsip ini menjadi indikator utama keberhasilan reformasi pembiayaan. Tanpa efisiensi, sistem akan menghadapi tekanan fiskal; tanpa equity, sistem akan kehilangan legitimasi sosial. Oleh karena itu, keseimbangan antara efisiensi dan keadilan merupakan inti dari kebijakan pembiayaan kesehatan yang berorientasi pada keberlanjutan dan kesejahteraan masyarakat.



BAB 6. Kebijakan Kesehatan Berbasis Bukti *(Evidence-Based Policy)*

Pendahuluan

Kebijakan kesehatan berbasis bukti (evidence-based policy) merupakan pendekatan dalam perumusan, implementasi, dan evaluasi kebijakan yang menempatkan hasil penelitian ilmiah, data empiris, serta analisis sistematis sebagai landasan utama pengambilan keputusan. Dalam perspektif sistem kesehatan, kebijakan berbasis bukti tidak hanya dimaknai sebagai penggunaan hasil penelitian klinis, tetapi juga mencakup integrasi data epidemiologi, analisis ekonomi kesehatan, evaluasi program, serta pertimbangan konteks sosial dan politik. Pendekatan ini berkembang sebagai respons terhadap kebutuhan akan kebijakan yang lebih rasional, transparan, dan akuntabel di tengah keterbatasan sumber daya dan kompleksitas masalah kesehatan modern. Dengan demikian, evidence-based policy menjadi instrumen strategis untuk memastikan bahwa intervensi kesehatan memberikan manfaat optimal bagi populasi.

Dalam kerangka sistem kesehatan, kebijakan berbasis bukti berkontribusi pada penguatan tiga tujuan utama sistem kesehatan, yaitu peningkatan status kesehatan, perlindungan finansial, dan responsivitas pelayanan. Setiap keputusan mengenai alokasi anggaran, penetapan paket manfaat, pengembangan layanan primer, atau adopsi teknologi kesehatan harus didasarkan pada analisis bukti yang komprehensif. Bukti tersebut dapat berasal dari uji klinis, studi kohort, survei kesehatan nasional, analisis beban penyakit, maupun evaluasi cost-effectiveness. Integrasi berbagai jenis bukti memungkinkan pembuat kebijakan menilai efektivitas intervensi, dampak jangka panjang, serta implikasi fiskal secara lebih objektif.



Konseptualisasi kebijakan berbasis bukti dalam sistem kesehatan mencakup beberapa komponen penting. Pertama, produksi bukti melalui penelitian yang berkualitas dan relevan dengan kebutuhan kebijakan. Sistem penelitian kesehatan harus mampu menghasilkan data yang valid, reliabel, dan tepat waktu. Kedua, translasi bukti ke dalam bentuk yang dapat dipahami oleh pengambil keputusan. Proses ini memerlukan mekanisme knowledge translation, seperti policy brief, ringkasan eksekutif, dan dialog kebijakan antara peneliti dan pembuat kebijakan. Ketiga, penggunaan bukti dalam proses pengambilan keputusan yang mempertimbangkan konteks politik, sosial, dan budaya. Bukti ilmiah tidak berdiri sendiri, melainkan harus dipadukan dengan nilai, preferensi masyarakat, serta pertimbangan etis.

Dalam praktiknya, evidence-based policy juga berkaitan erat dengan pendekatan Health Technology Assessment (HTA), yaitu penilaian sistematis terhadap manfaat klinis, keamanan, dan efisiensi biaya suatu teknologi atau intervensi kesehatan. HTA membantu pemerintah menentukan prioritas pembiayaan dan memastikan bahwa teknologi yang diadopsi memberikan nilai kesehatan tertinggi. Selain itu, analisis ekonomi seperti cost-effectiveness analysis dan cost-benefit analysis menjadi instrumen penting dalam menentukan pilihan kebijakan di tengah keterbatasan anggaran (Purwayanto et al., 2025).

Namun, implementasi kebijakan berbasis bukti menghadapi berbagai tantangan. Salah satu hambatan utama adalah kesenjangan antara peneliti dan pembuat kebijakan. Penelitian sering kali bersifat akademik dan tidak secara langsung menjawab kebutuhan praktis pengambil keputusan. Sebaliknya, proses politik dalam perumusan kebijakan dapat dipengaruhi oleh kepentingan tertentu yang tidak selalu selaras dengan bukti ilmiah. Oleh karena itu, diperlukan tata kelola yang mendorong transparansi, partisipasi publik, dan akuntabilitas dalam penggunaan bukti (Rachim, 2025).

Dalam perspektif sistem kesehatan yang kompleks dan adaptif, evidence-based policy harus dipandang sebagai proses berkelanjutan. Data monitoring dan evaluasi program menjadi sumber umpan balik untuk menilai efektivitas kebijakan yang telah diimplementasikan. Sistem informasi kesehatan yang terintegrasi memungkinkan



pengumpulan data secara real time dan analisis tren epidemiologi secara akurat. Dengan dukungan teknologi digital, pengambilan keputusan dapat dilakukan secara lebih cepat dan responsif terhadap perubahan situasi, seperti wabah penyakit atau krisis kesehatan masyarakat.

Aspek etika juga menjadi bagian penting dalam kebijakan berbasis bukti. Penggunaan data harus menjunjung tinggi prinsip kerahasiaan, keamanan informasi, dan keadilan. Selain itu, prioritas intervensi berbasis bukti harus mempertimbangkan dampak terhadap kelompok rentan agar tidak memperlebar kesenjangan kesehatan. Pendekatan equity-focused evidence memastikan bahwa kebijakan tidak hanya efektif secara statistik, tetapi juga adil secara sosial (Rahmawati & Mokodompit, 2026).

Kebijakan kesehatan berbasis bukti juga memperkuat legitimasi pemerintah dalam mengelola sistem kesehatan. Keputusan yang didukung data empiris cenderung lebih dapat diterima oleh publik dan pemangku kepentingan. Hal ini penting dalam konteks reformasi kesehatan yang sering kali melibatkan perubahan struktur pembiayaan atau regulasi pelayanan. Transparansi dalam penyajian bukti dan alasan kebijakan dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat serta meminimalkan resistensi terhadap perubahan.

Meskipun demikian, evidence-based policy bukan berarti kebijakan sepenuhnya teknokratis dan bebas nilai. Bukti ilmiah memberikan dasar rasional, tetapi keputusan akhir tetap berada dalam ranah politik dan etika. Oleh karena itu, integrasi antara analisis ilmiah dan pertimbangan normatif menjadi kunci dalam perumusan kebijakan yang komprehensif. Keseimbangan antara efisiensi ekonomi, efektivitas klinis, dan keadilan sosial harus menjadi orientasi utama.

Secara keseluruhan, kebijakan kesehatan berbasis bukti merupakan pendekatan konseptual yang memperkuat kapasitas sistem kesehatan dalam menghadapi tantangan kompleks. Dengan memadukan produksi penelitian yang berkualitas, mekanisme translasi pengetahuan, serta tata kelola yang transparan, evidence-based policy mampu meningkatkan kualitas keputusan publik dan memastikan bahwa sumber daya kesehatan digunakan secara optimal. Dalam sistem



kesehatan yang dinamis, pendekatan ini tidak hanya meningkatkan efektivitas intervensi, tetapi juga mendukung keberlanjutan dan keadilan dalam pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat.

Evidence-Informed Decision Making (EIDM)

Evidence-Informed Decision Making (EIDM) merupakan pendekatan dalam kebijakan kesehatan yang menekankan penggunaan bukti ilmiah terbaik yang tersedia sebagai dasar dalam perumusan, implementasi, dan evaluasi kebijakan. Berbeda dengan konsep evidence-based medicine yang berfokus pada praktik klinis individual, EIDM beroperasi pada tingkat populasi dan sistem, serta mempertimbangkan interaksi antara bukti ilmiah, konteks politik, nilai sosial, dan pertimbangan ekonomi. Secara konseptual, EIDM bertumpu pada integrasi tiga komponen utama: (1) bukti ilmiah yang valid dan reliabel; (2) keahlian profesional dan manajerial; serta (3) preferensi dan nilai masyarakat. Dalam konteks kebijakan kesehatan, bukti dapat berasal dari uji klinis terkontrol, studi epidemiologi, analisis ekonomi kesehatan, systematic review, hingga data rutin sistem informasi kesehatan. Namun, bukti ilmiah saja tidak cukup; pengambilan keputusan juga dipengaruhi oleh faktor politik, ideologi, dan kepentingan pemangku kepentingan. Proses EIDM umumnya mencakup identifikasi masalah kebijakan, pencarian dan sintesis bukti, penilaian kualitas bukti, adaptasi terhadap konteks lokal, serta komunikasi hasil kepada pengambil keputusan. Metode seperti GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) sering digunakan untuk menilai kualitas bukti dan kekuatan rekomendasi.

Implementasi EIDM menghadapi sejumlah tantangan, termasuk keterbatasan kapasitas analisis di tingkat birokrasi, kesenjangan antara peneliti dan pembuat kebijakan, serta tekanan waktu dalam proses politik. Untuk mengatasi kesenjangan ini, banyak negara mengembangkan knowledge translation platforms atau policy brief berbasis riset untuk memfasilitasi dialog antara akademisi dan pengambil keputusan. Secara normatif, EIDM meningkatkan transparansi, akuntabilitas, dan legitimasi kebijakan. Namun, pendekatan ini tetap harus sensitif terhadap konteks sosial dan nilai



masyarakat agar tidak terjebak dalam teknokratisme yang mengabaikan dimensi politik.

Health Technology Assessment (HTA)

Health Technology Assessment (HTA) adalah proses multidisipliner yang sistematis untuk mengevaluasi nilai klinis, ekonomi, sosial, dan etika dari suatu teknologi kesehatan. Teknologi kesehatan mencakup obat, alat medis, prosedur klinis, serta intervensi promotif dan preventif. HTA berfungsi sebagai instrumen penting dalam pengambilan keputusan terkait adopsi, pembiayaan, dan penggantian teknologi dalam sistem kesehatan. HTA biasanya mencakup analisis efektivitas klinis, keamanan, cost-effectiveness, serta dampak anggaran (budget impact analysis). Metode seperti incremental cost-effectiveness ratio (ICER) digunakan untuk membandingkan nilai relatif teknologi baru terhadap standar terapi yang ada. Keputusan pembiayaan sering mempertimbangkan ambang batas willingness-to-pay yang mencerminkan kapasitas fiskal suatu negara.

Selain aspek ekonomi, HTA juga mempertimbangkan dimensi etika dan keadilan distribusi. Teknologi yang sangat mahal tetapi menyelamatkan nyawa dalam jumlah kecil dapat menimbulkan dilema alokasi sumber daya. Oleh karena itu, proses HTA sering melibatkan komite multidisipliner dan konsultasi publik. Keberhasilan HTA bergantung pada ketersediaan data lokal, kapasitas analisis, serta transparansi proses pengambilan keputusan. Di banyak negara, HTA menjadi bagian integral dari reformasi pembiayaan kesehatan dan pencapaian Universal Health Coverage.

Health Technology Assessment (HTA) merupakan proses multidisipliner dan sistematis yang digunakan untuk mengevaluasi nilai klinis, ekonomi, sosial, organisasi, dan etika dari suatu teknologi kesehatan. Istilah “teknologi kesehatan” tidak hanya mencakup obat-obatan dan alat medis, tetapi juga prosedur klinis, metode diagnostik, program skrining, hingga intervensi promotif dan preventif. Dalam konteks pembiayaan kesehatan modern, HTA berfungsi sebagai instrumen utama untuk mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti terkait adopsi, pembiayaan, dan penggantian teknologi dalam sistem kesehatan.

Secara konseptual, HTA bertujuan menjawab tiga pertanyaan mendasar: Apakah teknologi tersebut efektif dan aman? Apakah teknologi tersebut memberikan nilai yang sepadan dengan biaya yang dikeluarkan? Dan apakah penggunaannya konsisten dengan prinsip



keadilan dan prioritas kesehatan masyarakat? Dengan demikian, HTA tidak hanya berfokus pada aspek klinis, tetapi juga mempertimbangkan implikasi ekonomi dan etika.

Komponen utama dalam HTA meliputi evaluasi efektivitas klinis (clinical effectiveness), analisis keamanan (safety assessment), analisis ekonomi kesehatan, dan penilaian dampak anggaran (budget impact analysis). Evaluasi efektivitas klinis biasanya didasarkan pada bukti dari uji klinis terkontrol, meta-analisis, atau systematic review. Penilaian ini memastikan bahwa teknologi memberikan manfaat yang signifikan dibandingkan standar terapi yang sudah ada.

Analisis ekonomi dalam HTA umumnya menggunakan metode cost-effectiveness analysis (CEA) atau cost-utility analysis (CUA). Salah satu indikator penting adalah Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER), yang menghitung tambahan biaya per unit manfaat tambahan yang diperoleh dibandingkan intervensi alternatif. Ukuran manfaat sering dinyatakan dalam Quality-Adjusted Life Years (QALY) atau Disability-Adjusted Life Years (DALY). Hasil ICER kemudian dibandingkan dengan ambang batas willingness-to-pay untuk menentukan apakah suatu teknologi layak dibiayai.

Selain itu, budget impact analysis digunakan untuk memperkirakan implikasi fiskal adopsi teknologi dalam jangka pendek dan menengah. Meskipun suatu teknologi dinilai cost-effective, dampak anggaran yang besar dapat menjadi hambatan implementasi dalam sistem dengan keterbatasan sumber daya.

Dimensi etika dan sosial juga menjadi bagian penting dalam HTA. Misalnya, teknologi yang sangat mahal untuk penyakit langka dapat menimbulkan dilema distribusi sumber daya. Dalam situasi ini, pembuat kebijakan harus mempertimbangkan keseimbangan antara efisiensi dan equity. Oleh karena itu, proses HTA sering melibatkan komite multidisipliner yang terdiri dari klinisi, ekonom kesehatan, pakar etika, serta perwakilan masyarakat.

Keberhasilan implementasi HTA bergantung pada kapasitas institusional, ketersediaan data lokal, serta transparansi proses pengambilan keputusan. Banyak negara membentuk lembaga khusus HTA untuk memastikan evaluasi dilakukan secara independen dan berbasis metodologi standar. Integrasi HTA dalam sistem jaminan kesehatan membantu memastikan bahwa sumber daya publik dialokasikan pada intervensi yang memberikan nilai kesehatan terbesar.



Namun, HTA juga menghadapi tantangan, termasuk keterbatasan data real-world, potensi konflik kepentingan dengan industri, serta tekanan politik dalam keputusan pembiayaan. Selain itu, perkembangan teknologi yang cepat menuntut proses evaluasi yang adaptif dan responsif.

Secara keseluruhan, Health Technology Assessment merupakan alat strategis dalam tata kelola pembiayaan kesehatan. Dengan pendekatan berbasis bukti dan analisis multidimensional, HTA membantu pembuat kebijakan menyeimbangkan inovasi teknologi dengan keberlanjutan fiskal dan prinsip keadilan sosial, sehingga mendukung pencapaian sistem kesehatan yang efisien dan berorientasi pada nilai.

Translasi Riset ke Kebijakan

Translasi riset ke kebijakan (research-to-policy translation) merupakan proses mengubah temuan ilmiah menjadi rekomendasi kebijakan yang dapat diimplementasikan. Kesenjangan antara produksi pengetahuan dan penggunaan dalam kebijakan dikenal sebagai “know-do gap”. Upaya menjembatani kesenjangan ini memerlukan strategi komunikasi, kemitraan, dan institusionalisasi mekanisme dialog. Model translasi riset mencakup pendekatan linear (dari riset ke kebijakan), interaktif (kolaborasi peneliti dan pembuat kebijakan), serta model co-production of knowledge. Policy brief, stakeholder dialogue, dan rapid response mechanism merupakan instrumen yang sering digunakan.

Faktor keberhasilan translasi riset meliputi relevansi isu dengan agenda politik, kualitas dan kredibilitas peneliti, serta kejelasan pesan kebijakan. Peneliti perlu menyajikan temuan dalam format yang ringkas, jelas, dan kontekstual.

Translasi riset ke kebijakan (research-to-policy translation) merupakan proses sistematis untuk mengubah temuan ilmiah menjadi rekomendasi dan tindakan kebijakan yang dapat diimplementasikan. Dalam konteks kesehatan, translasi riset menjadi krusial karena keputusan publik berdampak langsung pada populasi luas, alokasi sumber daya, serta keberlanjutan sistem kesehatan. Meskipun produksi penelitian kesehatan terus meningkat, kesenjangan antara pengetahuan dan praktik yang dikenal sebagai know-do gap masih menjadi tantangan utama dalam banyak sistem kesehatan.

Secara konseptual, translasi riset tidak bersifat linear. Model tradisional menggambarkan alur dari penelitian dasar, uji klinis, hingga implementasi kebijakan. Namun, pendekatan modern menekankan



proses yang lebih interaktif dan iteratif, melibatkan kolaborasi antara peneliti, pembuat kebijakan, praktisi, dan masyarakat. Model *knowledge-to-action* (KTA), misalnya, menggambarkan siklus dinamis yang mencakup produksi pengetahuan, adaptasi terhadap konteks lokal, implementasi, evaluasi, dan pembelajaran berkelanjutan.

Dalam praktik kebijakan kesehatan, translasi riset dimulai dengan identifikasi masalah prioritas. Penelitian yang relevan dengan agenda kebijakan memiliki peluang lebih besar untuk diadopsi. Oleh karena itu, keselarasan antara agenda penelitian dan kebutuhan kebijakan menjadi faktor kunci. Pendekatan co-production of knowledge, di mana peneliti dan pembuat kebijakan berkolaborasi sejak tahap perencanaan riset, dapat meningkatkan relevansi dan utilisasi hasil penelitian.

Instrumen penting dalam translasi riset adalah policy brief. Dokumen ini menyajikan temuan ilmiah secara ringkas, jelas, dan berorientasi pada rekomendasi kebijakan. Berbeda dengan artikel ilmiah yang bersifat teknis, policy brief dirancang agar mudah dipahami oleh pengambil keputusan yang memiliki keterbatasan waktu. Selain itu, dialog kebijakan (policy dialogue) dan forum multi-pemangku kepentingan memungkinkan pertukaran perspektif antara ilmuwan dan pembuat kebijakan.

Faktor kontekstual sangat memengaruhi keberhasilan translasi riset. Dinamika politik, siklus anggaran, serta prioritas pemerintah dapat membuka atau menutup policy window. Teori *multiple streams* menjelaskan bahwa perubahan kebijakan terjadi ketika masalah, solusi, dan momentum politik bertemu pada waktu yang tepat. Oleh karena itu, strategi translasi harus adaptif terhadap konteks politik dan sosial.

Selain aspek komunikasi, kapasitas institusional juga menentukan efektivitas translasi riset. Lembaga knowledge broker atau pusat kebijakan berbasis bukti berperan sebagai perantara antara dunia akademik dan pembuat kebijakan. Mereka membantu melakukan sintesis bukti, menilai kualitas penelitian, serta menyesuaikan rekomendasi dengan kondisi lokal. Tanpa mekanisme institusional yang kuat, hasil penelitian berisiko hanya menjadi publikasi akademik tanpa dampak kebijakan nyata.

Tantangan utama dalam translasi riset meliputi perbedaan insentif antara akademisi dan pembuat kebijakan. Akademisi sering berfokus pada publikasi dan reputasi ilmiah, sementara pembuat kebijakan menghadapi tekanan waktu dan pertimbangan politik. Selain itu, kompleksitas metodologi penelitian dapat menyulitkan pemahaman



oleh non-akademisi. Oleh karena itu, keterampilan komunikasi ilmiah menjadi kompetensi penting bagi peneliti kesehatan.

Dalam era digital, teknologi informasi membuka peluang baru untuk mempercepat translasi riset. Platform data terbuka, dashboard interaktif, dan ringkasan eksekutif berbasis visualisasi meningkatkan aksesibilitas bukti ilmiah. Namun, kualitas dan validitas informasi tetap harus dijaga untuk menghindari disinformasi.

Secara keseluruhan, translasi riset ke kebijakan merupakan komponen esensial dalam sistem kesehatan berbasis bukti. Proses ini menuntut kolaborasi, komunikasi efektif, serta pemahaman terhadap dinamika politik dan institusional. Dengan memperkuat mekanisme translasi, sistem kesehatan dapat memastikan bahwa keputusan publik tidak hanya didasarkan pada pertimbangan politik atau ekonomi semata, tetapi juga pada bukti ilmiah yang kredibel dan relevan. Upaya sistematis dalam menjembatani kesenjangan antara penelitian dan kebijakan akan berkontribusi pada peningkatan kualitas layanan, efisiensi pembiayaan, dan pencapaian tujuan kesehatan masyarakat secara berkelanjutan.

Monitoring & Evaluation (M&E)

Monitoring and Evaluation (M&E) merupakan komponen esensial dalam siklus kebijakan kesehatan untuk memastikan bahwa program dan intervensi mencapai tujuan yang ditetapkan. Monitoring berfokus pada pengumpulan data rutin untuk memantau kemajuan implementasi, sedangkan evaluasi menilai efektivitas, efisiensi, relevansi, dan dampak kebijakan. Kerangka logika (logical framework) sering digunakan dalam M&E untuk menghubungkan input, proses, output, outcome, dan impact. Indikator kinerja harus spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan berbatas waktu (SMART). Evaluasi dapat bersifat formatif (selama implementasi) atau sumatif (setelah program selesai). Metode evaluasi meliputi pendekatan kuantitatif seperti quasi-experimental design dan analisis statistik, serta pendekatan kualitatif untuk memahami konteks dan persepsi pemangku kepentingan.

M&E yang efektif memerlukan sistem informasi yang kuat, kapasitas analitis, serta budaya organisasi yang mendukung pembelajaran kebijakan. Tanpa mekanisme umpan balik yang jelas, kebijakan berisiko stagnan dan tidak responsif terhadap perubahan kebutuhan masyarakat. Integrasi EIDM, HTA, translasi riset, dan M&E membentuk ekosistem kebijakan berbasis bukti yang komprehensif,



mendukung sistem kesehatan yang adaptif, efisien, dan berorientasi pada hasil.

Monitoring and Evaluation (M&E) merupakan komponen kunci dalam siklus kebijakan kesehatan yang bertujuan memastikan bahwa program dan intervensi berjalan sesuai rencana serta mencapai hasil yang diharapkan. Dalam konteks tata kelola sistem kesehatan, M&E tidak hanya berfungsi sebagai alat pengawasan administratif, tetapi juga sebagai instrumen pembelajaran kebijakan (policy learning) dan peningkatan akuntabilitas publik.

Monitoring adalah proses pengumpulan dan analisis data secara rutin untuk menilai kemajuan implementasi suatu program. Monitoring berfokus pada input, proses, dan output, seperti jumlah tenaga kesehatan yang direkrut, cakupan layanan, atau distribusi obat esensial. Sistem monitoring yang efektif memungkinkan deteksi dini terhadap deviasi dari rencana dan memberikan dasar untuk tindakan korektif.

Evaluation, di sisi lain, merupakan penilaian yang lebih komprehensif terhadap efektivitas, efisiensi, relevansi, keberlanjutan, dan dampak suatu kebijakan atau program. Evaluasi biasanya dilakukan pada titik waktu tertentu, baik di tengah implementasi (evaluasi formatif) maupun setelah program selesai (evaluasi sumatif). Evaluasi membantu menjawab pertanyaan apakah kebijakan tersebut mencapai tujuan yang ditetapkan dan memberikan nilai yang sepadan dengan sumber daya yang digunakan.

Kerangka logika (logical framework atau logframe) sering digunakan dalam desain M&E. Kerangka ini menghubungkan input, aktivitas, output, outcome, dan impact dalam suatu alur sebab-akibat yang sistematis. Indikator kinerja harus memenuhi prinsip SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound) agar dapat memberikan informasi yang akurat dan dapat ditindaklanjuti.

Metodologi evaluasi dapat bersifat kuantitatif, kualitatif, atau campuran (mixed methods). Pendekatan kuantitatif seperti quasi-experimental design, analisis before-after, atau difference-in-differences sering digunakan untuk menilai dampak program terhadap indikator kesehatan. Pendekatan kualitatif, seperti wawancara mendalam dan focus group discussion, membantu memahami konteks implementasi, persepsi pemangku kepentingan, serta faktor penghambat dan pendukung.

Dalam sistem kesehatan modern, integrasi M&E dengan sistem informasi kesehatan menjadi semakin penting. Digitalisasi data memungkinkan pemantauan real-time terhadap indikator kinerja dan



memfasilitasi pengambilan keputusan berbasis bukti. Dashboard analitik dan visualisasi data membantu manajer kesehatan dalam mengidentifikasi tren dan pola. Namun, implementasi M&E menghadapi berbagai tantangan. Keterbatasan kapasitas analitik, kualitas data yang rendah, serta fragmentasi sistem informasi dapat menghambat efektivitas M&E. Selain itu, budaya organisasi yang kurang mendukung pembelajaran dapat menyebabkan hasil evaluasi tidak dimanfaatkan secara optimal.

Secara keseluruhan, Monitoring & Evaluation merupakan pilar penting dalam memastikan kebijakan kesehatan berjalan efektif dan akuntabel. Dengan sistem M&E yang kuat, pembuat kebijakan dapat melakukan penyesuaian berbasis data, meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya, serta memastikan bahwa intervensi kesehatan benar-benar memberikan dampak positif bagi masyarakat. Integrasi M&E dalam setiap tahap siklus kebijakan akan memperkuat ketahanan dan adaptabilitas sistem kesehatan dalam menghadapi tantangan yang terus berkembang.



BAB 7. Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak

Pendahuluan

Kebijakan kesehatan ibu dan anak merupakan komponen fundamental dalam sistem kesehatan karena secara langsung berkaitan dengan kualitas generasi masa depan dan indikator utama pembangunan kesehatan suatu negara. Dalam pendekatan konseptual sistem kesehatan, kebijakan ini tidak hanya dipahami sebagai program pelayanan klinis bagi ibu hamil dan anak, tetapi sebagai rangkaian intervensi terintegrasi yang mencakup pembiayaan, penyediaan tenaga kesehatan, tata kelola, sistem informasi, serta regulasi lintas sektor yang memengaruhi determinan kesehatan ibu dan anak. Angka kematian ibu (AKI), angka kematian bayi (AKB), status gizi, serta cakupan imunisasi menjadi indikator kinerja yang mencerminkan efektivitas kebijakan dan kapasitas sistem kesehatan secara keseluruhan.

Dalam kerangka sistem kesehatan, kebijakan kesehatan ibu dan anak harus menjamin akses universal terhadap pelayanan esensial yang berkualitas. Pelayanan tersebut mencakup antenatal care yang komprehensif, persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, pelayanan obstetri dan neonatal emergensi, perawatan pascapersalinan, pemantauan tumbuh kembang anak, imunisasi, serta intervensi gizi. Keberhasilan kebijakan sangat bergantung pada integrasi layanan primer dan rujukan, ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai, serta sistem transportasi dan komunikasi yang efektif untuk penanganan kasus kegawatdaruratan. Dengan demikian, kebijakan kesehatan ibu dan anak menuntut penguatan fungsi pelayanan, pembiayaan, dan tata kelola secara simultan.

Pembiayaan menjadi elemen strategis dalam menjamin keberlanjutan program kesehatan ibu dan anak. Tanpa mekanisme pembiayaan yang melindungi keluarga dari beban biaya persalinan dan



perawatan neonatal, akses layanan dapat terhambat, terutama bagi kelompok rentan. Oleh karena itu, kebijakan jaminan kesehatan harus memasukkan paket manfaat maternal dan neonatal sebagai prioritas. Pendekatan subsidi silang dan pembebasan biaya bagi kelompok miskin menjadi instrumen untuk memastikan prinsip keadilan. Selain itu, alokasi anggaran perlu diarahkan pada intervensi yang terbukti cost-effective, seperti pelayanan antenatal berkualitas dan penanganan komplikasi obstetri secara cepat.

Sumber daya manusia kesehatan juga merupakan faktor kunci dalam kebijakan ini. Distribusi bidan, perawat, dan dokter spesialis obstetri serta pediatri harus merata hingga wilayah terpencil. Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan perlu berbasis beban kerja dan profil epidemiologi daerah. Kebijakan retensi tenaga kesehatan melalui insentif, pengembangan karier, dan peningkatan kompetensi menjadi bagian integral dari penguatan sistem. Tanpa tenaga yang kompeten dan termotivasi, kebijakan yang dirancang secara normatif tidak akan menghasilkan dampak optimal.

Selain aspek pelayanan dan pembiayaan, kebijakan kesehatan ibu dan anak harus mempertimbangkan determinan sosial kesehatan. Faktor pendidikan ibu, status ekonomi keluarga, sanitasi lingkungan, serta praktik budaya memengaruhi hasil kesehatan maternal dan neonatal. Oleh karena itu, pendekatan multisektoral menjadi kebutuhan. Kolaborasi dengan sektor pendidikan untuk meningkatkan literasi kesehatan, sektor sosial untuk perlindungan keluarga miskin, serta sektor infrastruktur untuk penyediaan air bersih dan sanitasi merupakan bagian dari strategi komprehensif. Integrasi kebijakan lintas sektor memperkuat respons sistem terhadap kompleksitas masalah kesehatan ibu dan anak.

Pendekatan promotif dan preventif menjadi prioritas dalam kerangka sistem kesehatan yang berorientasi pada pencegahan. Edukasi kesehatan reproduksi, perencanaan keluarga, pencegahan pernikahan usia dini, serta pemantauan status gizi ibu hamil merupakan intervensi yang berdampak jangka panjang. Investasi pada 1000 hari pertama kehidupan terbukti menentukan perkembangan kognitif dan fisik anak. Oleh karena itu, kebijakan kesehatan ibu dan anak tidak dapat



dipisahkan dari strategi penurunan stunting dan perbaikan gizi masyarakat.

Sistem informasi kesehatan berperan penting dalam monitoring dan evaluasi kebijakan. Data yang akurat mengenai cakupan layanan, penyebab kematian ibu dan bayi, serta faktor risiko memungkinkan perencanaan berbasis bukti. Audit maternal dan perinatal menjadi instrumen untuk mengidentifikasi kelemahan sistem dan mencegah kejadian serupa di masa depan. Dengan dukungan teknologi digital, pelaporan dapat dilakukan secara lebih cepat dan terintegrasi, meningkatkan respons kebijakan terhadap permasalahan yang muncul.

Tata kelola dan regulasi juga menentukan efektivitas kebijakan kesehatan ibu dan anak. Standar pelayanan minimal, protokol klinis, serta mekanisme akreditasi fasilitas kesehatan harus ditegakkan secara konsisten. Pengawasan mutu dan keselamatan pasien menjadi bagian dari akuntabilitas publik. Selain itu, partisipasi masyarakat melalui kader kesehatan dan organisasi komunitas dapat memperluas jangkauan intervensi hingga tingkat rumah tangga.

Dalam konteks global, kebijakan kesehatan ibu dan anak sejalan dengan target pembangunan berkelanjutan yang menekankan penurunan kematian maternal dan neonatal. Namun, setiap negara memiliki tantangan spesifik yang memerlukan adaptasi kebijakan sesuai konteks lokal. Ketimpangan geografis, keterbatasan fiskal, serta norma sosial tertentu dapat memengaruhi efektivitas implementasi. Oleh karena itu, fleksibilitas dan sensitivitas budaya menjadi prinsip penting dalam perumusan kebijakan.

Secara keseluruhan, kebijakan kesehatan ibu dan anak dalam pendekatan konseptual sistem kesehatan merupakan strategi komprehensif yang mengintegrasikan pembiayaan, pelayanan, sumber daya manusia, tata kelola, dan determinan sosial. Keberhasilan kebijakan tidak hanya diukur dari penurunan angka kematian, tetapi juga dari peningkatan kualitas hidup ibu dan anak secara berkelanjutan. Dengan penguatan sistem yang menyeluruh dan kolaborasi lintas sektor, kebijakan kesehatan ibu dan anak dapat menjadi fondasi kuat bagi pembangunan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat di masa depan.



Kebijakan Penurunan Stunting

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak akibat kekurangan gizi kronis, terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yang berdampak pada gangguan perkembangan kognitif, peningkatan risiko penyakit tidak menular di masa dewasa, serta penurunan produktivitas ekonomi jangka panjang. Oleh karena itu, kebijakan penurunan stunting menjadi prioritas strategis dalam agenda pembangunan kesehatan dan sumber daya manusia. Pendekatan kebijakan yang efektif harus bersifat multisektoral, berbasis bukti, dan berorientasi pada siklus kehidupan (Rivai, 2024).

Secara konseptual, determinan stunting tidak hanya terkait asupan gizi, tetapi juga sanitasi, akses air bersih, pendidikan ibu, status sosial ekonomi, ketahanan pangan, serta akses pelayanan kesehatan ibu dan anak. Oleh karena itu, kebijakan penurunan stunting memerlukan integrasi intervensi spesifik gizi (*nutrition-specific interventions*) dan intervensi sensitif gizi (*nutrition-sensitive interventions*). Intervensi spesifik mencakup suplementasi zat besi dan asam folat pada ibu hamil, promosi ASI eksklusif, imunisasi, serta tata laksana gizi buruk. Sementara itu, intervensi sensitif mencakup perbaikan sanitasi, perlindungan sosial, pendidikan perempuan, dan penguatan ketahanan pangan rumah tangga (Sakina et al., 2025).

Strategi kebijakan biasanya difokuskan pada periode 1.000 HPK karena fase ini merupakan jendela kesempatan emas untuk mencegah gangguan pertumbuhan permanen. Pemerintah perlu memastikan cakupan layanan antenatal care berkualitas, persalinan di fasilitas kesehatan, serta pemantauan tumbuh kembang balita melalui pelayanan kesehatan primer. Penguatan sistem surveilans gizi dan integrasi data lintas sektor menjadi kunci dalam identifikasi wilayah prioritas dan alokasi sumber daya yang tepat.

Pendekatan governance dalam kebijakan stunting menekankan koordinasi lintas kementerian, pemerintah daerah, serta kemitraan dengan sektor swasta dan masyarakat sipil. Mekanisme konvergensi intervensi di tingkat desa atau komunitas bertujuan memastikan bahwa berbagai program sosial dan kesehatan menjangkau keluarga sasaran secara simultan. Tantangan utama implementasi meliputi fragmentasi program, keterbatasan kapasitas sumber daya manusia, serta disparitas antarwilayah.



Evaluasi kebijakan stunting memerlukan indikator komprehensif yang mencakup prevalensi stunting, cakupan intervensi gizi, kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta indikator determinan sosial. Pendekatan Monitoring & Evaluation (M&E) yang kuat membantu memastikan keberlanjutan dan efektivitas intervensi.

Maternal and Child Health Policy

Kebijakan kesehatan ibu dan anak (Maternal and Child Health/MCH) berfokus pada penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB), peningkatan status gizi, serta optimalisasi tumbuh kembang anak. Kebijakan ini mencerminkan komitmen terhadap hak kesehatan reproduksi dan perlindungan generasi masa depan. Komponen utama kebijakan MCH meliputi pelayanan antenatal yang komprehensif, persalinan yang aman dengan tenaga kesehatan terlatih, perawatan pascapersalinan, imunisasi, manajemen penyakit anak, serta program keluarga berencana. Pendekatan continuum of care menekankan kesinambungan pelayanan dari masa prakonsepsi hingga anak usia lima tahun (Salman et al., 2024).

Dalam kerangka sistem kesehatan, keberhasilan kebijakan MCH sangat dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas kesehatan primer, tenaga kesehatan terlatih, sistem rujukan efektif, serta pembiayaan yang memadai. Intervensi berbasis komunitas, seperti kelas ibu hamil dan posyandu, berperan penting dalam meningkatkan literasi kesehatan dan partisipasi masyarakat. Kebijakan MCH juga harus responsif terhadap determinan sosial, termasuk kemiskinan, pendidikan perempuan, dan norma budaya. Penguatan pemberdayaan perempuan dan akses terhadap pendidikan menjadi strategi jangka panjang untuk meningkatkan hasil kesehatan ibu dan anak.

Integrasi Layanan Primer

Integrasi layanan primer merupakan strategi untuk meningkatkan efisiensi, kualitas, dan aksesibilitas pelayanan kesehatan melalui koordinasi antarprogram dan profesi. Layanan primer berfungsi sebagai pintu masuk sistem kesehatan dan memiliki peran sentral dalam pencegahan, deteksi dini, serta manajemen penyakit kronis.

Pendekatan integrasi mencakup integrasi horizontal (antarprogram di tingkat primer) dan integrasi vertikal (antara layanan



primer dan rujukan). Contoh integrasi horizontal adalah penggabungan layanan gizi, imunisasi, dan kesehatan reproduksi dalam satu kunjungan. Integrasi vertikal memastikan kesinambungan pelayanan melalui sistem rujukan yang efektif (Salsabila et al., 2025).

Keunggulan integrasi meliputi pengurangan duplikasi layanan, efisiensi biaya, dan peningkatan pengalaman pasien. Namun, implementasinya memerlukan reformasi manajemen, pelatihan tenaga kesehatan, serta sistem informasi terintegrasi.

Peran Perawat Komunitas

Perawat komunitas memiliki peran strategis dalam implementasi kebijakan kesehatan masyarakat, termasuk penurunan stunting dan penguatan MCH. Sebagai tenaga kesehatan yang berada dekat dengan masyarakat, perawat komunitas berperan dalam edukasi kesehatan, skrining dini, pemantauan tumbuh kembang, serta advokasi kesehatan. Perawat komunitas juga berfungsi sebagai penghubung antara sistem kesehatan formal dan masyarakat, memastikan bahwa keluarga memahami dan memanfaatkan layanan yang tersedia. Pendekatan promotif dan preventif menjadi fokus utama praktik keperawatan komunitas.

Penguatan kapasitas perawat komunitas melalui pelatihan berkelanjutan, dukungan supervisi, serta kebijakan staffing yang memadai akan meningkatkan efektivitas intervensi kesehatan masyarakat. Dalam konteks reformasi sistem kesehatan, investasi pada perawat komunitas merupakan strategi cost-effective untuk meningkatkan derajat kesehatan pop



BAB 8. Kepemimpinan dan Advokasi Keperawatan

Pendahuluan

Kepemimpinan dan advokasi keperawatan merupakan dua pilar strategis dalam penguatan sistem kesehatan dan pengembangan profesi keperawatan. Dalam pendekatan konseptual sistem kesehatan, kepemimpinan tidak hanya dipahami sebagai fungsi manajerial dalam organisasi pelayanan, tetapi sebagai kapasitas untuk memengaruhi kebijakan, mengarahkan perubahan sistem, serta memastikan pelayanan kesehatan berjalan efektif, efisien, dan berkeadilan. Perawat sebagai tenaga kesehatan dengan proporsi terbesar dalam sistem memiliki posisi unik untuk memainkan peran kepemimpinan pada level klinis, manajerial, komunitas, hingga kebijakan publik. Oleh karena itu, penguatan kepemimpinan dan advokasi keperawatan menjadi elemen kunci dalam mencapai tujuan sistem kesehatan, yaitu peningkatan status kesehatan, perlindungan finansial, dan responsivitas pelayanan.

Dalam sistem kesehatan, kepemimpinan keperawatan berkontribusi pada tata kelola (governance) dan penguatan sumber daya manusia kesehatan. Kepemimpinan yang efektif mampu menciptakan budaya mutu dan keselamatan pasien, meningkatkan koordinasi tim interprofesional, serta mendorong penggunaan praktik berbasis bukti. Pada tingkat pelayanan, perawat pemimpin bertanggung jawab memastikan standar asuhan keperawatan diterapkan secara konsisten, mengelola beban kerja, serta memfasilitasi pengembangan kompetensi staf. Kepemimpinan klinis juga mencakup kemampuan mengambil keputusan cepat dan tepat dalam situasi kompleks, terutama pada pelayanan kegawatdaruratan dan manajemen penyakit kronis.

Secara konseptual, kepemimpinan keperawatan dapat dipahami melalui pendekatan transformasional, di mana pemimpin berperan



menginspirasi, memotivasi, dan memberdayakan anggota tim untuk mencapai tujuan bersama. Dalam konteks sistem kesehatan yang dinamis, gaya kepemimpinan transformasional relevan karena mendorong inovasi dan adaptasi terhadap perubahan kebijakan, teknologi, serta kebutuhan masyarakat. Pemimpin keperawatan tidak hanya fokus pada pencapaian target administratif, tetapi juga pada pengembangan nilai profesionalisme, empati, dan integritas.

Advokasi keperawatan merupakan ekspresi konkret dari kepemimpinan dalam memperjuangkan kepentingan pasien, komunitas, dan profesi. Advokasi pada level klinis berarti memastikan hak pasien terpenuhi, termasuk hak atas informasi, keamanan, dan pelayanan bermutu. Pada level organisasi dan kebijakan, advokasi melibatkan partisipasi aktif dalam proses perumusan kebijakan kesehatan, penyusunan regulasi praktik, serta pengembangan standar profesi. Perawat yang memiliki kapasitas advokasi mampu menyuarakan isu-isu seperti ketimpangan akses layanan, beban kerja yang tidak proporsional, serta kebutuhan peningkatan pendidikan dan remunerasi yang adil.

Dalam kerangka sistem kesehatan, advokasi keperawatan berperan dalam memperkuat fungsi responsivitas sistem terhadap kebutuhan masyarakat. Perawat yang bekerja dekat dengan komunitas memiliki pemahaman mendalam tentang determinan sosial kesehatan, seperti kemiskinan, pendidikan, dan lingkungan. Informasi ini menjadi sumber penting dalam memberikan masukan kebijakan yang berbasis realitas lapangan. Dengan demikian, advokasi keperawatan menjembatani kesenjangan antara kebijakan normatif dan kebutuhan aktual masyarakat.

Penguatan kepemimpinan dan advokasi keperawatan memerlukan dukungan kebijakan pendidikan dan pengembangan profesional berkelanjutan. Kurikulum pendidikan keperawatan perlu memasukkan materi kepemimpinan, manajemen kesehatan, komunikasi kebijakan, dan analisis sistem kesehatan. Pelatihan lanjutan dan mentoring juga penting untuk membangun kapasitas perawat dalam mengambil peran strategis. Tanpa investasi pada pengembangan



kepemimpinan, perawat berisiko terjebak dalam peran teknis semata dan kurang terlibat dalam pengambilan keputusan strategis.

Tantangan dalam pengembangan kepemimpinan keperawatan meliputi hierarki profesional yang kaku, keterbatasan akses terhadap posisi pengambil keputusan, serta kurangnya representasi perawat dalam forum kebijakan tingkat tinggi. Untuk mengatasi hambatan ini, diperlukan penguatan organisasi profesi dan jejaring kolaboratif lintas sektor. Partisipasi aktif dalam dialog kebijakan, penelitian kebijakan, dan forum konsultasi publik akan meningkatkan visibilitas dan pengaruh profesi keperawatan dalam sistem kesehatan.

Transformasi digital dalam sistem kesehatan juga membuka peluang baru bagi kepemimpinan dan advokasi keperawatan. Pemanfaatan data dan sistem informasi memungkinkan perawat mengidentifikasi tren kesehatan, mengevaluasi mutu layanan, serta menyusun rekomendasi berbasis bukti. Selain itu, platform komunikasi digital dapat digunakan untuk kampanye advokasi dan edukasi masyarakat secara lebih luas. Namun, adaptasi terhadap teknologi memerlukan peningkatan literasi digital dan dukungan kebijakan yang memadai (Santoso et al., 2024).

Secara etis, kepemimpinan dan advokasi keperawatan berakar pada komitmen terhadap keadilan, keselamatan, dan martabat manusia. Prinsip etik keperawatan menjadi landasan moral dalam memperjuangkan kebijakan yang pro-pasien dan pro-komunitas. Dalam situasi krisis kesehatan, seperti wabah penyakit atau bencana, perawat pemimpin berperan penting dalam koordinasi respons, distribusi sumber daya, dan perlindungan tenaga kesehatan di garis depan.

Secara keseluruhan, kepemimpinan dan advokasi keperawatan dalam pendekatan konseptual sistem kesehatan merupakan kekuatan strategis untuk mendorong perubahan positif dan keberlanjutan pelayanan. Dengan kepemimpinan yang visioner, berbasis nilai, dan didukung kompetensi manajerial serta analitis, perawat dapat berkontribusi signifikan dalam perumusan kebijakan, penguatan tata kelola, dan peningkatan mutu pelayanan. Advokasi yang efektif memastikan bahwa suara pasien dan komunitas terwakili dalam proses kebijakan. Integrasi antara kepemimpinan profesional dan advokasi



kebijakan akan memperkuat posisi keperawatan sebagai aktor utama dalam pembangunan sistem kesehatan yang adil, tangguh, dan berorientasi pada kesejahteraan masyarakat.

Policy Leadership dalam Keperawatan

Policy leadership dalam keperawatan merujuk pada kapasitas dan peran strategis perawat dalam memengaruhi, merumuskan, dan mengimplementasikan kebijakan kesehatan pada berbagai tingkat—lokal, nasional, hingga global. Dalam konteks sistem kesehatan yang semakin kompleks, perawat tidak lagi hanya berfungsi sebagai pelaksana kebijakan (policy implementer), tetapi juga sebagai aktor kebijakan (policy actor) yang memiliki legitimasi profesional, kedekatan dengan masyarakat, serta pengalaman klinis yang kaya untuk memberikan perspektif berbasis praktik (practice-informed perspective).

Secara konseptual, kepemimpinan kebijakan (policy leadership) dalam keperawatan mencakup kemampuan analisis kebijakan, komunikasi strategis, negosiasi, dan manajemen perubahan. Model kepemimpinan transformasional sering dikaitkan dengan peran perawat dalam mendorong reformasi sistem kesehatan, karena menekankan visi, pemberdayaan tim, dan inovasi berbasis nilai profesional. Selain itu, distributed leadership menjadi relevan dalam konteks organisasi pelayanan kesehatan, di mana kepemimpinan tidak hanya berada pada posisi formal, tetapi tersebar dalam tim interprofesional (Sastrawan, 2025).

Policy leadership menuntut pemahaman terhadap siklus kebijakan (agenda setting, formulation, adoption, implementation, evaluation). Perawat yang memiliki literasi kebijakan mampu mengidentifikasi masalah kesehatan berbasis data lapangan, mengartikulasikan kebutuhan pasien dalam bahasa kebijakan, serta berpartisipasi dalam forum pengambilan keputusan. Dalam isu seperti keselamatan pasien, rasio perawat-pasien, dan kesehatan ibu-anak, kepemimpinan perawat terbukti berkontribusi pada perubahan regulasi dan peningkatan standar pelayanan.

Pengembangan policy leadership memerlukan investasi dalam pendidikan tinggi, pelatihan manajemen kesehatan, serta akses terhadap jejaring profesional. Program magister dan doktor keperawatan dengan konsentrasi kebijakan kesehatan menjadi sarana



strategis untuk memperkuat kapasitas analitik dan advokasi. Selain itu, mentoring dan partisipasi dalam organisasi profesi memperluas eksposur terhadap dinamika politik dan tata kelola.

Tantangan utama policy leadership dalam keperawatan meliputi hierarki profesional, dominasi profesi medis dalam struktur pengambilan keputusan, serta kurangnya representasi perawat dalam posisi strategis pemerintahan. Oleh karena itu, strategi penguatan kepemimpinan harus mencakup reformasi kelembagaan dan peningkatan representasi perawat dalam komite kebijakan (Sastrawan & Rahmah, 2026).

Secara keseluruhan, policy leadership dalam keperawatan merupakan prasyarat untuk memastikan bahwa kebijakan kesehatan mencerminkan realitas praktik klinis dan kebutuhan masyarakat. Tanpa keterlibatan aktif perawat dalam proses kebijakan, terdapat risiko bahwa keputusan strategis tidak sepenuhnya responsif terhadap konteks pelayanan di lapangan.

Strategi Advokasi Kebijakan

Advokasi kebijakan adalah proses sistematis untuk memengaruhi pembuat keputusan guna menghasilkan perubahan regulasi, alokasi sumber daya, atau prioritas program. Dalam konteks keperawatan, advokasi kebijakan bertujuan memperkuat posisi profesi, meningkatkan mutu pelayanan, serta melindungi hak pasien dan tenaga kesehatan.

Strategi advokasi kebijakan dimulai dengan analisis pemangku kepentingan (stakeholder analysis) untuk mengidentifikasi aktor kunci, kepentingan, serta tingkat pengaruh mereka. Pemetaan ini membantu merumuskan strategi komunikasi yang tepat, baik melalui pendekatan persuasif, kolaboratif, maupun negosiasi.

Evidence-based advocacy menjadi prinsip utama dalam advokasi modern. Penggunaan data epidemiologi, hasil penelitian, dan analisis ekonomi kesehatan meningkatkan kredibilitas argumen. Policy brief yang ringkas dan berbasis bukti merupakan instrumen efektif dalam menyampaikan rekomendasi kepada pembuat kebijakan (Sulaiman, 2021a).

Selain pendekatan teknokratis, advokasi juga melibatkan mobilisasi publik dan media. Kampanye kesadaran, koalisi lintas organisasi, serta partisipasi dalam konsultasi publik memperluas dukungan terhadap isu yang diangkat. Dalam isu nurse staffing atau



perlindungan tenaga kesehatan, dukungan masyarakat sering menjadi faktor penentu keberhasilan.

Keberhasilan advokasi dipengaruhi oleh timing politik (policy window), kapasitas komunikasi, serta kemampuan membangun koalisi. Oleh karena itu, advokasi kebijakan memerlukan kombinasi kompetensi teknis dan kecerdasan politik.

Political Competence for Nurses

Political competence merujuk pada kemampuan individu untuk memahami dan berinteraksi secara efektif dalam lingkungan politik dan kebijakan. Bagi perawat, kompetensi politik mencakup pemahaman struktur pemerintahan, proses legislasi, dinamika kekuasaan, serta strategi negosiasi. Kompetensi politik terdiri dari beberapa dimensi: political knowledge (pengetahuan tentang sistem politik), political skills (kemampuan komunikasi dan negosiasi), political efficacy (keyakinan bahwa individu dapat memengaruhi kebijakan), serta political engagement (partisipasi aktif dalam proses politik). Tanpa kompetensi ini, perawat cenderung terpinggirkan dalam proses pengambilan keputusan.

Pengembangan political competence dapat dilakukan melalui pendidikan formal, pelatihan advokasi, serta pengalaman partisipasi dalam forum kebijakan. Keterlibatan dalam organisasi profesi dan asosiasi keperawatan nasional maupun internasional juga meningkatkan eksposur terhadap dinamika kebijakan.

Kolaborasi Lintas Sektor

Kolaborasi lintas sektor merupakan pendekatan strategis dalam kebijakan kesehatan untuk mengatasi determinan sosial kesehatan yang kompleks. Konsep Health in All Policies (HiAP) menekankan bahwa kesehatan dipengaruhi oleh kebijakan di sektor pendidikan, lingkungan, transportasi, dan ekonomi. Dalam praktiknya, kolaborasi lintas sektor memerlukan mekanisme koordinasi formal, kesepakatan bersama, serta indikator kinerja terintegrasi. Perawat, terutama di komunitas, berperan sebagai fasilitator kolaborasi antara sektor kesehatan dan sektor sosial.

Keunggulan kolaborasi lintas sektor terletak pada pendekatan komprehensif dan efisiensi penggunaan sumber daya. Namun, tantangan meliputi perbedaan mandat institusi, konflik kepentingan, serta koordinasi birokrasi yang kompleks. Secara keseluruhan, kepemimpinan kebijakan, advokasi, kompetensi politik, dan kolaborasi



lintas sektor merupakan pilar strategis dalam memperkuat peran perawat sebagai agen perubahan dalam sistem kesehatan.

BAB 9. Kebijakan Kesehatan Digital dan Inovasi

Pendahuluan

Kebijakan kesehatan digital dan inovasi merupakan respons strategis terhadap transformasi teknologi yang mengubah lanskap sistem kesehatan secara global. Dalam pendekatan konseptual sistem kesehatan, digitalisasi tidak sekadar dipahami sebagai adopsi perangkat teknologi, tetapi sebagai proses integrasi sistem informasi, tata kelola data, model pelayanan, serta penguatan kapasitas sumber daya manusia untuk meningkatkan akses, mutu, efisiensi, dan keberlanjutan pelayanan kesehatan. Transformasi digital mencakup rekam medis elektronik, telemedicine, big data kesehatan, kecerdasan buatan, aplikasi kesehatan mobile, serta interoperabilitas sistem informasi antar fasilitas. Oleh karena itu, kebijakan kesehatan digital harus dirancang secara komprehensif dengan mempertimbangkan dimensi regulasi, etika, pembiayaan, kesiapan organisasi, serta kompetensi tenaga kesehatan, termasuk perawat sebagai aktor utama pelayanan.

Dalam kerangka sistem kesehatan, kebijakan kesehatan digital berkontribusi pada penguatan seluruh komponen sistem, mulai dari tata kelola, pembiayaan, pelayanan, hingga sistem informasi. Digitalisasi memungkinkan pengumpulan data secara real time untuk mendukung perencanaan berbasis bukti dan monitoring kinerja layanan. Rekam medis elektronik meningkatkan kontinuitas asuhan dan mengurangi kesalahan medis akibat fragmentasi informasi. Telehealth memperluas jangkauan layanan ke wilayah terpencil dan meningkatkan akses bagi kelompok rentan. Dengan demikian, kebijakan kesehatan digital berperan dalam memperbaiki equity dan responsivitas sistem kesehatan.



Namun, implementasi inovasi digital memerlukan regulasi yang jelas dan adaptif. Kebijakan harus mengatur standar interoperabilitas, perlindungan data pribadi, keamanan siber, serta mekanisme akreditasi teknologi kesehatan digital. Tanpa regulasi yang kuat, risiko kebocoran data, penyalahgunaan informasi, dan ketidakmerataan akses teknologi dapat meningkat. Selain itu, kebijakan pembiayaan perlu memastikan bahwa investasi pada teknologi digital bersifat cost-effective dan memberikan nilai tambah terhadap hasil kesehatan. Evaluasi teknologi melalui pendekatan penilaian teknologi kesehatan menjadi penting sebelum adopsi luas dilakukan.

Dalam konteks keperawatan, transformasi digital mengubah pola praktik dan peran profesional. Perawat kini tidak hanya memberikan asuhan langsung, tetapi juga mengelola dokumentasi elektronik, memanfaatkan sistem pendukung keputusan klinis, serta berpartisipasi dalam layanan telekeperawatan. Kebijakan kesehatan digital harus memasukkan penguatan literasi digital dalam pendidikan dan pelatihan keperawatan. Kurikulum perlu mencakup kompetensi informatika keperawatan, analisis data, dan etika penggunaan teknologi. Tanpa kesiapan sumber daya manusia, digitalisasi berisiko menambah beban kerja dan menciptakan resistensi terhadap perubahan.

Inovasi digital juga membuka peluang peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Sistem peringatan dini berbasis algoritma dapat membantu perawat mendeteksi risiko komplikasi secara lebih cepat. Aplikasi pemantauan jarak jauh memungkinkan tindak lanjut pasien dengan penyakit kronis tanpa harus datang ke fasilitas kesehatan secara rutin. Hal ini tidak hanya meningkatkan efisiensi sistem, tetapi juga memperkuat pendekatan patient-centered care. Namun demikian, penggunaan teknologi harus tetap mempertahankan aspek humanistik dalam asuhan keperawatan, karena hubungan terapeutik antara perawat dan pasien tidak dapat sepenuhnya digantikan oleh sistem digital.

Kebijakan kesehatan digital juga berkaitan erat dengan aspek pembiayaan dan keberlanjutan sistem. Investasi awal untuk infrastruktur teknologi, pelatihan, dan pemeliharaan sistem sering kali



cukup besar. Oleh karena itu, pemerintah perlu merancang model pembiayaan yang berkelanjutan, termasuk kemitraan dengan sektor swasta dan inovasi pembiayaan berbasis hasil. Pengukuran dampak digitalisasi terhadap efisiensi biaya dan peningkatan kualitas layanan harus dilakukan secara sistematis untuk memastikan bahwa inovasi benar-benar memberikan manfaat jangka panjang.

Selain itu, transformasi digital harus mempertimbangkan kesenjangan digital (digital divide) yang dapat memperlebar ketimpangan akses kesehatan. Wilayah dengan infrastruktur internet terbatas atau masyarakat dengan literasi digital rendah berisiko tertinggal dalam pemanfaatan layanan kesehatan digital. Oleh karena itu, kebijakan harus disertai strategi pemerataan infrastruktur dan edukasi masyarakat agar inovasi tidak hanya dinikmati oleh kelompok tertentu. Prinsip keadilan sosial harus menjadi landasan dalam perumusan kebijakan kesehatan digital.

Dalam perspektif tata kelola, kepemimpinan yang visioner sangat diperlukan untuk mendorong transformasi digital. Pemimpin sistem kesehatan dan pemimpin keperawatan harus mampu mengelola perubahan organisasi, membangun budaya inovasi, serta memastikan partisipasi seluruh pemangku kepentingan. Proses perubahan digital sering kali menimbulkan resistensi akibat kekhawatiran terhadap peningkatan beban kerja atau penggantian peran manusia oleh teknologi. Oleh karena itu, komunikasi yang transparan, pelibatan tenaga kesehatan dalam perencanaan, serta pendekatan manajemen perubahan menjadi faktor kunci keberhasilan implementasi.

Secara etis, kebijakan kesehatan digital harus menjamin bahwa penggunaan teknologi tetap menghormati privasi, keamanan, dan hak pasien. Prinsip kerahasiaan dan informed consent perlu ditegakkan dalam setiap proses pengumpulan dan penggunaan data. Selain itu, algoritma dan sistem kecerdasan buatan harus diawasi untuk mencegah bias yang dapat merugikan kelompok tertentu. Pengawasan dan audit berkala menjadi bagian penting dalam menjaga integritas sistem.

Secara keseluruhan, kebijakan kesehatan digital dan inovasi dalam pendekatan konseptual sistem kesehatan dan keperawatan merupakan strategi transformasional yang bertujuan meningkatkan



efisiensi, mutu, dan akses pelayanan. Integrasi teknologi harus diiringi dengan penguatan regulasi, pembiayaan berkelanjutan, peningkatan kapasitas sumber daya manusia, serta komitmen terhadap prinsip keadilan dan etika. Dalam konteks keperawatan, digitalisasi bukan ancaman terhadap peran profesional, melainkan peluang untuk memperluas kontribusi dalam pelayanan berbasis data dan inovasi. Dengan tata kelola yang tepat dan kepemimpinan yang adaptif, kebijakan kesehatan digital dapat menjadi fondasi bagi sistem kesehatan yang tangguh, inklusif, dan berorientasi masa depan.

Telehealth Policy

Telehealth policy merujuk pada seperangkat regulasi, pedoman, dan strategi yang mengatur penggunaan teknologi informasi dan komunikasi untuk menyediakan layanan kesehatan jarak jauh. Telehealth mencakup telemedicine klinis, telekonsultasi, teleradiologi, telemonitoring penyakit kronis, serta edukasi kesehatan berbasis digital. Transformasi digital dalam sistem kesehatan mempercepat adopsi telehealth, terutama sejak pandemi COVID-19, ketika pembatasan mobilitas menuntut inovasi dalam penyediaan layanan (Sulaiman, 2021b).

Secara kebijakan, telehealth harus diatur dalam beberapa dimensi utama: lisensi dan kewenangan praktik, mekanisme pembiayaan dan reimbursement, standar mutu layanan, perlindungan data, serta integrasi dengan sistem rujukan. Regulasi lisensi menjadi isu sentral karena telehealth memungkinkan praktik lintas wilayah bahkan lintas negara. Beberapa negara menerapkan sistem lisensi nasional tunggal, sementara yang lain masih berbasis yurisdiksi regional. Dari aspek pembiayaan, kebijakan harus menentukan apakah layanan telehealth mendapatkan penggantian biaya yang setara dengan layanan tatap muka (payment parity). Tanpa insentif pembiayaan yang jelas, adopsi telehealth oleh fasilitas kesehatan dapat terhambat. Sistem asuransi sosial dan swasta perlu menyesuaikan paket manfaat agar mencakup konsultasi jarak jauh dan pemantauan digital (Sulaiman, 2022).



Standar mutu dan keselamatan pasien dalam telehealth meliputi protokol komunikasi klinis, validasi identitas pasien, dokumentasi, serta sistem triase yang tepat. Telehealth tidak boleh menurunkan kualitas pelayanan atau meningkatkan risiko misdiagnosis akibat keterbatasan pemeriksaan fisik.

Telehealth juga memiliki implikasi terhadap equity. Di satu sisi, telehealth meningkatkan akses bagi masyarakat di daerah terpencil. Di sisi lain, kesenjangan digital (digital divide) dapat memperlebar ketimpangan akses bagi kelompok dengan literasi digital rendah atau keterbatasan infrastruktur internet. Kebijakan telehealth yang komprehensif harus mengintegrasikan aspek hukum, teknis, ekonomi, dan sosial untuk memastikan bahwa transformasi digital mendukung tujuan Universal Health Coverage (Suprpto, 2026).

Regulasi Rekam Medis Elektronik

Rekam medis elektronik (Electronic Medical Record/EMR atau Electronic Health Record/EHR) merupakan sistem digital yang menyimpan dan mengelola informasi kesehatan pasien secara terintegrasi. Regulasi EHR bertujuan menjamin keamanan, interoperabilitas, akurasi data, serta perlindungan privasi pasien.

Aspek utama regulasi meliputi standar interoperabilitas, keamanan siber, kepemilikan data, serta hak akses pasien. Interoperabilitas memungkinkan pertukaran data antar fasilitas dan tingkat pelayanan, sehingga meningkatkan kontinuitas perawatan dan mengurangi duplikasi pemeriksaan. Perlindungan data menjadi isu krusial karena informasi kesehatan termasuk kategori data sensitif. Regulasi harus mengatur enkripsi, autentikasi pengguna, audit trail, serta mekanisme pelaporan insiden kebocoran data. Selain itu, pasien harus memiliki hak untuk mengakses dan mengontrol penggunaan data mereka (Suprpto, 2025c).

Tantangan implementasi EHR meliputi biaya investasi tinggi, resistensi tenaga kesehatan, serta kebutuhan pelatihan teknis. Tanpa tata kelola yang baik, digitalisasi dapat menimbulkan risiko keamanan dan beban administratif tambahan.

Artificial Intelligence dalam Pelayanan Kesehatan



Artificial Intelligence (AI) dalam kesehatan mencakup penggunaan algoritma pembelajaran mesin dan analitik data besar untuk mendukung diagnosis, prediksi risiko, personalisasi terapi, serta manajemen sistem kesehatan. AI memiliki potensi meningkatkan efisiensi, akurasi klinis, dan pengambilan keputusan berbasis data.

Aplikasi AI meliputi analisis citra radiologi, prediksi epidemiologi, chatbot kesehatan, serta sistem clinical decision support. Namun, penggunaan AI memunculkan isu regulasi terkait validitas algoritma, bias data, akuntabilitas, dan transparansi. Regulasi AI harus memastikan bahwa algoritma diuji secara klinis, bebas dari bias diskriminatif, serta dapat diaudit (explainable AI). Selain itu, tanggung jawab hukum dalam kasus kesalahan diagnosis berbasis AI perlu didefinisikan secara jelas.

Artificial Intelligence (AI) dalam pelayanan kesehatan merujuk pada penggunaan algoritma komputasi, pembelajaran mesin (machine learning), dan analitik data besar (big data analytics) untuk mendukung pengambilan keputusan klinis, manajemen sistem kesehatan, serta personalisasi terapi pasien. Transformasi digital ini menjadi salah satu inovasi paling signifikan dalam sistem kesehatan modern karena berpotensi meningkatkan akurasi diagnosis, efisiensi operasional, dan kualitas pelayanan.

Secara klinis, AI banyak digunakan dalam analisis citra medis seperti radiologi, patologi digital, dan oftalmologi. Algoritma deep learning mampu mendeteksi pola abnormal pada hasil pencitraan dengan tingkat sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi. Selain itu, AI juga digunakan dalam clinical decision support systems (CDSS) untuk membantu tenaga kesehatan dalam memilih terapi yang sesuai berdasarkan riwayat medis, hasil laboratorium, dan pedoman klinis berbasis bukti (Suprpto, 2025a).

Dalam manajemen kesehatan populasi, AI dimanfaatkan untuk prediksi risiko penyakit, pemodelan epidemiologi, serta identifikasi kelompok berisiko tinggi. Analisis prediktif memungkinkan intervensi preventif lebih dini, sehingga berkontribusi terhadap efisiensi pembiayaan kesehatan. Contohnya, algoritma dapat mengidentifikasi pasien dengan risiko tinggi rehospitalisasi sehingga fasilitas kesehatan



dapat melakukan intervensi proaktif. AI juga berperan dalam administrasi dan manajemen operasional, seperti optimalisasi jadwal tenaga kesehatan, manajemen rantai pasok obat, serta deteksi potensi fraud dalam sistem asuransi kesehatan. Otomatisasi proses administratif mengurangi beban kerja non-klinis tenaga kesehatan dan meningkatkan produktivitas (Suprpto, 2025b).

Meskipun memiliki potensi besar, penerapan AI dalam pelayanan kesehatan menghadapi sejumlah tantangan regulasi dan etika. Validitas dan keamanan algoritma harus diuji melalui evaluasi klinis yang ketat sebelum diadopsi secara luas. Selain itu, bias data dapat menghasilkan ketidakadilan dalam diagnosis atau rekomendasi terapi, terutama jika dataset pelatihan tidak merepresentasikan populasi secara inklusif. Aspek akuntabilitas juga menjadi isu penting. Dalam kasus kesalahan diagnosis berbasis AI, perlu kejelasan mengenai tanggung jawab hukum antara pengembang teknologi, institusi kesehatan, dan tenaga profesional. Oleh karena itu, kerangka regulasi harus memastikan transparansi algoritma (explainability) dan mekanisme audit yang memadai (Susilawati, 2025).

Keamanan data dan perlindungan privasi pasien merupakan prasyarat utama dalam penggunaan AI. Sistem harus dilengkapi dengan enkripsi dan protokol keamanan siber untuk mencegah kebocoran data sensitif. Kepercayaan publik terhadap teknologi AI sangat bergantung pada jaminan perlindungan informasi pribadi.

Secara keseluruhan, Artificial Intelligence memiliki potensi transformatif dalam pelayanan kesehatan dengan meningkatkan presisi, efisiensi, dan akses layanan. Namun, implementasi yang bertanggung jawab memerlukan regulasi adaptif, pengawasan etis, serta kolaborasi antara profesional kesehatan, pembuat kebijakan, dan pengembang teknologi agar inovasi ini benar-benar memberikan manfaat maksimal bagi masyarakat.

Etika dan Keamanan Data

Etika dan keamanan data merupakan pilar fundamental dalam tata kelola kesehatan digital. Prinsip etika mencakup otonomi pasien, keadilan, non-maleficence, dan beneficence dalam pengelolaan data



kesehatan. Penggunaan data harus berdasarkan persetujuan yang diinformasikan (informed consent) dan tujuan yang jelas.

Keamanan data mencakup perlindungan terhadap akses tidak sah, serangan siber, dan penyalahgunaan informasi. Strategi keamanan meliputi enkripsi, firewall, sistem deteksi intrusi, serta pelatihan keamanan bagi tenaga kesehatan. Kebijakan keamanan data harus menyeimbangkan inovasi digital dengan perlindungan hak individu. Regulasi yang terlalu longgar meningkatkan risiko kebocoran data, sementara regulasi yang terlalu ketat dapat menghambat inovasi teknologi kesehatan.

Secara keseluruhan, transformasi digital dalam kesehatan memerlukan kerangka kebijakan yang adaptif, berbasis risiko, dan berorientasi pada perlindungan publik untuk memastikan bahwa inovasi teknologi memberikan manfaat maksimal tanpa mengorbankan etika dan keamanan.

Etika dan keamanan data merupakan fondasi utama dalam tata kelola sistem kesehatan digital. Seiring meningkatnya penggunaan rekam medis elektronik, telehealth, dan Artificial Intelligence, volume serta kompleksitas data kesehatan yang dikumpulkan semakin besar. Data kesehatan termasuk kategori data sensitif karena memuat informasi pribadi, riwayat penyakit, kondisi genetik, hingga status sosial yang dapat menimbulkan stigma apabila disalahgunakan. Oleh karena itu, kebijakan dan praktik pengelolaan data harus berlandaskan prinsip etika dan standar keamanan yang ketat.

Dari perspektif etika, pengelolaan data kesehatan didasarkan pada prinsip bioetika: autonomy, beneficence, non-maleficence, dan justice. Prinsip autonomy menuntut adanya informed consent dalam pengumpulan dan penggunaan data pasien. Pasien berhak mengetahui bagaimana data mereka digunakan, disimpan, dan dibagikan. Beneficence dan non-maleficence mengharuskan penggunaan data untuk tujuan yang memberikan manfaat kesehatan dan tidak menimbulkan kerugian. Sementara itu, prinsip justice menekankan keadilan dalam akses dan perlindungan data bagi seluruh kelompok populasi tanpa diskriminasi.



Isu kepemilikan data (data ownership) juga menjadi perdebatan penting. Apakah data kesehatan dimiliki oleh pasien, penyedia layanan, atau institusi? Banyak sistem hukum modern menempatkan pasien sebagai pemilik utama informasi pribadinya, sementara fasilitas kesehatan bertindak sebagai pengelola (data controller) yang bertanggung jawab atas keamanan dan integritas data.

Dari sisi keamanan, perlindungan data mencakup tiga pilar utama: confidentiality, integrity, dan availability (CIA triad). Confidentiality memastikan bahwa data hanya dapat diakses oleh pihak yang berwenang. Integrity menjamin bahwa data tidak diubah secara tidak sah. Availability memastikan bahwa data dapat diakses saat dibutuhkan untuk pelayanan klinis.

Implementasi keamanan data melibatkan berbagai mekanisme teknis seperti enkripsi, autentikasi multi-faktor, firewall, audit trail, dan sistem deteksi intrusi. Selain teknologi, faktor manusia juga krusial. Pelatihan keamanan siber bagi tenaga kesehatan diperlukan untuk mencegah kebocoran data akibat kelalaian atau serangan phishing.

Ancaman keamanan data kesehatan semakin kompleks dengan meningkatnya serangan ransomware terhadap rumah sakit dan lembaga kesehatan. Kebocoran data tidak hanya berdampak pada reputasi institusi, tetapi juga dapat menimbulkan kerugian finansial dan pelanggaran hak privasi pasien. Oleh karena itu, regulasi harus mewajibkan pelaporan insiden keamanan serta mekanisme respons darurat.

Tantangan utama dalam etika dan keamanan data adalah menyeimbangkan inovasi dengan perlindungan privasi. Penggunaan big data dan AI membutuhkan akses terhadap dataset besar untuk meningkatkan akurasi algoritma. Namun, akses yang luas tanpa pengamanan memadai dapat meningkatkan risiko penyalahgunaan.

Secara keseluruhan, etika dan keamanan data bukan sekadar isu teknis, melainkan komponen strategis dalam governance kesehatan digital. Kerangka regulasi yang adaptif, transparan, dan berbasis risiko diperlukan untuk memastikan bahwa transformasi digital dalam pelayanan kesehatan berlangsung dengan tetap menjaga hak, martabat, dan kepercayaan publik.



BAB 10. Tantangan dan Masa Depan Kebijakan Kesehatan

Pendahuluan

Tantangan dan masa depan kebijakan kesehatan tidak dapat dilepaskan dari dinamika sistem kesehatan yang semakin kompleks, adaptif, dan saling terhubung secara global. Dalam pendekatan konseptual sistem kesehatan, kebijakan dipahami sebagai instrumen strategis yang mengatur interaksi antara tata kelola, pembiayaan, pelayanan, sumber daya manusia, dan sistem informasi untuk mencapai tujuan peningkatan status kesehatan, perlindungan finansial, serta responsivitas terhadap kebutuhan masyarakat. Namun, perubahan demografi, transisi epidemiologi, perkembangan teknologi, serta tekanan ekonomi global menuntut kebijakan kesehatan yang lebih inovatif, fleksibel, dan berbasis bukti. Di sisi lain, profesi keperawatan sebagai komponen terbesar dalam tenaga kesehatan memiliki peran sentral dalam menghadapi dan membentuk arah masa depan kebijakan tersebut.

Salah satu tantangan utama kebijakan kesehatan adalah transisi epidemiologi yang ditandai dengan meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular dan kondisi kronis. Penyakit seperti diabetes, hipertensi, kanker, dan gangguan kesehatan mental memerlukan pendekatan jangka panjang yang terintegrasi, bukan sekadar intervensi episodik. Sistem kesehatan yang sebelumnya berfokus pada pelayanan kuratif harus bertransformasi menuju model promotif dan preventif berbasis komunitas. Kebijakan kesehatan masa depan perlu mengintegrasikan manajemen penyakit kronis, penguatan layanan primer, serta koordinasi rujukan yang efektif. Dalam konteks ini, perawat memiliki peran penting



sebagai koordinator asuhan, edukator kesehatan, dan pengelola kasus yang memastikan kesinambungan pelayanan.

Tantangan berikutnya adalah ketimpangan akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Perbedaan geografis, sosial, dan ekonomi masih menjadi hambatan dalam mewujudkan keadilan kesehatan. Kebijakan kesehatan harus mampu menjembatani kesenjangan tersebut melalui distribusi sumber daya yang lebih merata, penguatan layanan di daerah terpencil, serta pemanfaatan teknologi digital untuk memperluas akses. Namun, inovasi teknologi juga membawa risiko kesenjangan baru jika tidak disertai strategi pemerataan infrastruktur dan literasi digital. Oleh karena itu, kebijakan masa depan harus menempatkan prinsip equity sebagai landasan utama.

Aspek pembiayaan juga menjadi tantangan berkelanjutan. Peningkatan biaya teknologi medis, penuaan populasi, serta ekspektasi masyarakat terhadap pelayanan berkualitas tinggi menekan keberlanjutan fiskal sistem kesehatan. Reformasi pembiayaan yang adaptif, pengendalian biaya berbasis nilai (*value-based care*), serta optimalisasi pembelian strategis menjadi agenda penting. Kebijakan harus menyeimbangkan antara efisiensi ekonomi dan perlindungan sosial agar tidak mengorbankan kelompok rentan. Dalam hal ini, transparansi dan akuntabilitas pengelolaan dana publik menjadi prasyarat legitimasi kebijakan.

Perkembangan teknologi digital dan kecerdasan buatan membuka peluang transformasi sistem kesehatan, tetapi sekaligus menimbulkan tantangan etis dan regulatif. Kebijakan harus mengatur keamanan data, interoperabilitas sistem, serta standar kualitas teknologi kesehatan. Digitalisasi pelayanan memerlukan kesiapan organisasi dan sumber daya manusia. Bagi profesi keperawatan, masa depan kebijakan kesehatan menuntut peningkatan kompetensi digital, analitik data, serta kemampuan adaptasi terhadap model pelayanan baru seperti *telehealth* dan perawatan jarak jauh. Integrasi teknologi harus tetap menjaga nilai humanistik dalam asuhan keperawatan.

Selain faktor internal sistem, perubahan global seperti pandemi, perubahan iklim, dan mobilitas penduduk lintas negara memengaruhi arah kebijakan kesehatan. Pandemi menunjukkan pentingnya



kesiapsiagaan sistem, koordinasi lintas sektor, serta perlindungan tenaga kesehatan. Kebijakan masa depan harus memperkuat ketahanan sistem melalui perencanaan kontinjensi, investasi pada surveilans epidemiologi, dan penguatan kapasitas laboratorium. Dalam situasi krisis, kepemimpinan dan advokasi keperawatan menjadi sangat krusial untuk memastikan keselamatan pasien dan tenaga kesehatan.

Tantangan lain adalah kebutuhan penguatan tata kelola dan partisipasi publik. Kebijakan kesehatan yang efektif memerlukan proses perumusan yang inklusif, transparan, dan berbasis bukti. Keterlibatan masyarakat, organisasi profesi, dan akademisi meningkatkan kualitas keputusan serta legitimasi kebijakan. Perawat sebagai representasi suara pasien dan komunitas dapat berperan aktif dalam dialog kebijakan, penelitian terapan, serta advokasi sosial untuk memastikan bahwa kebijakan responsif terhadap kebutuhan nyata di lapangan.

Masa depan kebijakan kesehatan juga berkaitan dengan penguatan pendidikan dan pengembangan profesional berkelanjutan. Kurikulum tenaga kesehatan, termasuk keperawatan, perlu disesuaikan dengan tantangan baru seperti manajemen penyakit kronis, kesehatan global, kepemimpinan sistem, dan inovasi digital. Investasi pada sumber daya manusia merupakan fondasi keberlanjutan sistem kesehatan. Tanpa tenaga kesehatan yang kompeten dan adaptif, kebijakan yang dirancang secara progresif tidak akan menghasilkan dampak optimal.

Secara konseptual, masa depan kebijakan kesehatan menuntut pendekatan sistem yang holistik dan adaptif. Interaksi antar-komponen sistem harus dikelola secara sinergis untuk menghindari fragmentasi pelayanan. Integrasi antara pelayanan primer, sekunder, dan tersier, didukung oleh sistem informasi yang kuat, akan meningkatkan efisiensi dan mutu pelayanan. Kebijakan juga harus responsif terhadap dinamika sosial dan ekonomi, serta mampu berinovasi tanpa mengabaikan prinsip etika dan keadilan.

Secara keseluruhan, tantangan dan masa depan kebijakan kesehatan dalam perspektif sistem kesehatan dan keperawatan memerlukan transformasi struktural dan kultural. Penguatan tata kelola, pembiayaan berkelanjutan, inovasi teknologi, serta pengembangan kepemimpinan keperawatan menjadi elemen strategis dalam



menghadapi perubahan global. Kebijakan kesehatan yang visioner, inklusif, dan berbasis bukti akan mampu membangun sistem yang tangguh, adil, dan berorientasi pada kesejahteraan masyarakat. Dalam proses tersebut, perawat tidak hanya menjadi pelaksana kebijakan, tetapi juga aktor kunci dalam merancang dan mengarahkan masa depan sistem kesehatan.

Aging Population

Fenomena aging population atau penuaan populasi merupakan salah satu transformasi demografis paling signifikan dalam abad ke-21. Peningkatan harapan hidup yang didorong oleh kemajuan kesehatan masyarakat, pengendalian penyakit menular, dan peningkatan standar hidup telah menghasilkan proporsi penduduk lanjut usia yang semakin besar. Transisi demografi ini membawa implikasi luas terhadap sistem kesehatan, pembiayaan sosial, struktur keluarga, serta desain kebijakan publik (Timorita & Wahyudin, 2025).

Secara epidemiologis, populasi lansia memiliki prevalensi penyakit kronis yang lebih tinggi, multimorbiditas, dan kebutuhan perawatan jangka panjang (long-term care). Kondisi seperti penyakit kardiovaskular, diabetes, demensia, dan kanker mendominasi beban penyakit pada kelompok usia lanjut. Hal ini meningkatkan permintaan terhadap pelayanan kesehatan berkelanjutan, rehabilitasi, serta dukungan sosial. Sistem kesehatan yang sebelumnya berorientasi pada perawatan akut harus beradaptasi menuju model chronic care yang terintegrasi (Widjaja et al., 2025).

Dari perspektif pembiayaan, aging population meningkatkan tekanan terhadap sistem asuransi sosial dan jaminan kesehatan nasional. Rasio ketergantungan usia (old-age dependency ratio) yang meningkat berarti jumlah penduduk usia produktif yang membiayai sistem semakin kecil dibandingkan jumlah penerima manfaat. Reformasi pembiayaan, termasuk diversifikasi sumber dana dan penguatan efisiensi layanan, menjadi kebutuhan mendesak. Selain aspek klinis dan fiskal, penuaan populasi juga memiliki dimensi sosial dan etika. Isu seperti ageism, kualitas hidup lansia, perawatan paliatif, serta dukungan caregiver menjadi bagian penting dalam kebijakan kesehatan.



Pendekatan healthy aging menekankan promosi kesehatan sepanjang siklus hidup untuk mempertahankan kapasitas fungsional dan partisipasi sosial lansia (Widodo & Yulyanti, 2023).

Sistem kesehatan perlu mengembangkan layanan berbasis komunitas, integrasi pelayanan kesehatan dan sosial, serta inovasi teknologi seperti telemonitoring untuk mendukung lansia yang ingin tetap tinggal di rumah (aging in place). Kebijakan publik yang adaptif dan inklusif akan menentukan kemampuan negara menghadapi tantangan demografi ini.

Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular (PTM) seperti penyakit jantung, stroke, kanker, penyakit paru kronik, dan diabetes telah menjadi penyebab utama kematian global. Transisi epidemiologi yang ditandai oleh urbanisasi, perubahan pola konsumsi, kurang aktivitas fisik, dan penuaan populasi mempercepat peningkatan beban PTM.

PTM memiliki karakteristik kronis dan memerlukan manajemen jangka panjang. Hal ini berdampak pada biaya kesehatan yang tinggi serta produktivitas ekonomi. Strategi kebijakan PTM harus mencakup pencegahan primer melalui regulasi faktor risiko seperti tembakau, alkohol, dan makanan tinggi gula serta garam. Pendekatan Health in All Policies menjadi relevan karena determinan PTM melibatkan sektor di luar kesehatan. Kebijakan fiskal seperti pajak rokok dan minuman berpemanis telah terbukti efektif mengurangi konsumsi faktor risiko. Selain itu, penguatan layanan primer untuk skrining dan manajemen penyakit kronis menjadi strategi kunci (Widyaningsih & Ambas, 2026).

Tantangan utama dalam pengendalian PTM meliputi kepatuhan jangka panjang pasien, disparitas sosial, dan pengaruh industri komersial. Oleh karena itu, kebijakan harus berbasis bukti, partisipatif, dan memperhatikan aspek keadilan sosial.



Krisis Kesehatan Global (Pandemi)

Pandemi merupakan krisis kesehatan global yang memiliki dampak multidimensional terhadap sistem kesehatan, ekonomi, dan stabilitas sosial. Pengalaman pandemi COVID-19 menunjukkan pentingnya kesiapsiagaan (preparedness), deteksi dini, serta koordinasi lintas negara. Sistem kesehatan yang tangguh (health system resilience) ditandai oleh kapasitas respons cepat, ketersediaan tenaga kesehatan, rantai pasok logistik yang stabil, serta sistem surveilans yang efektif. Investasi dalam kesiapsiagaan pandemi bukan sekadar biaya, tetapi bentuk asuransi terhadap risiko global (Wulandari et al., 2025).

Krisis pandemi juga menyoroti pentingnya komunikasi risiko yang transparan dan berbasis sains. Disinformasi dapat menghambat efektivitas intervensi kesehatan masyarakat seperti vaksinasi dan pembatasan sosial. Reformasi tata kelola kesehatan global, termasuk penguatan perjanjian internasional dan koordinasi antarnegara, menjadi agenda penting untuk menghadapi potensi pandemi di masa depan (Yuniar et al., n.d.).

Krisis kesehatan global dalam bentuk pandemi merupakan ujian paling nyata terhadap ketahanan dan kapasitas adaptif suatu sistem kesehatan. Dalam pendekatan konseptual sistem kesehatan, pandemi tidak hanya dipahami sebagai peristiwa epidemiologis, tetapi sebagai gangguan sistemik yang memengaruhi seluruh komponen sistem, mulai dari tata kelola, pembiayaan, pelayanan kesehatan, sumber daya manusia, hingga sistem informasi dan regulasi. Pandemi menuntut respons cepat, terkoordinasi, dan berbasis bukti, sekaligus menguji sejauh mana sistem kesehatan mampu mempertahankan fungsi esensialnya di tengah tekanan yang luar biasa.

Dari perspektif tata kelola, pandemi menegaskan pentingnya kepemimpinan yang responsif dan koordinasi lintas sektor. Kebijakan kesehatan harus mampu mengintegrasikan upaya surveilans epidemiologi, pembatasan sosial, vaksinasi, serta komunikasi risiko yang efektif kepada masyarakat. Keterlambatan dalam pengambilan keputusan atau kurangnya transparansi dapat memperburuk dampak krisis. Oleh karena itu, sistem kesehatan yang tangguh memerlukan



mekanisme perencanaan kontinjensi, kerangka hukum yang adaptif, dan kapasitas koordinasi antarlevel pemerintahan.

Dalam aspek pembiayaan, pandemi meningkatkan tekanan fiskal akibat lonjakan kebutuhan pelayanan, pengadaan alat pelindung diri, obat-obatan, serta dukungan logistik lainnya. Sistem pembiayaan yang fleksibel dan memiliki cadangan dana darurat lebih mampu merespons situasi krisis. Tanpa dukungan pembiayaan yang memadai, pelayanan kesehatan rutin seperti imunisasi, perawatan ibu dan anak, serta manajemen penyakit kronis dapat terganggu. Hal ini menunjukkan bahwa kebijakan pembiayaan harus dirancang tidak hanya untuk kondisi normal, tetapi juga untuk menghadapi kejadian luar biasa.

Pada dimensi pelayanan, pandemi mengubah pola pemberian layanan kesehatan secara drastis. Fasilitas kesehatan menghadapi lonjakan pasien dengan kebutuhan perawatan intensif, sementara layanan non-esensial sering kali ditunda. Integrasi layanan primer dan rujukan menjadi krusial untuk mencegah kolapsnya sistem. Pemanfaatan teknologi digital seperti telehealth muncul sebagai solusi untuk menjaga kontinuitas pelayanan sekaligus meminimalkan risiko penularan. Transformasi ini menunjukkan bahwa inovasi dan fleksibilitas merupakan elemen penting dalam sistem kesehatan yang adaptif.

Sumber daya manusia kesehatan, khususnya perawat, berada di garis depan dalam penanganan pandemi. Dalam pendekatan sistem kesehatan dan keperawatan, perawat memainkan peran sentral sebagai pemberi asuhan langsung, edukator masyarakat, koordinator perawatan, serta advokat keselamatan pasien. Krisis pandemi memperlihatkan pentingnya kecukupan jumlah tenaga, distribusi yang merata, serta perlindungan keselamatan kerja. Tingginya risiko paparan dan beban kerja berlebih menegaskan perlunya kebijakan yang menjamin kesejahteraan fisik dan psikososial tenaga kesehatan.

Selain itu, sistem informasi kesehatan menjadi tulang punggung respons pandemi. Data yang akurat dan real time memungkinkan pengambilan keputusan berbasis bukti, pemetaan penyebaran penyakit, serta evaluasi efektivitas intervensi. Tanpa sistem informasi yang terintegrasi, kebijakan cenderung bersifat reaktif dan kurang tepat



sasaran. Oleh karena itu, investasi pada infrastruktur data dan kapasitas analitik menjadi bagian integral dari ketahanan sistem kesehatan.

Secara konseptual, pandemi menegaskan bahwa sistem kesehatan merupakan sistem terbuka yang dipengaruhi oleh dinamika global, mobilitas penduduk, dan perubahan lingkungan. Ketahanan sistem tidak hanya ditentukan oleh kapasitas klinis, tetapi juga oleh kemampuan beradaptasi, belajar, dan berinovasi. Dalam konteks keperawatan, krisis ini memperkuat pentingnya kepemimpinan, kolaborasi interprofesional, serta advokasi kebijakan untuk memastikan bahwa pengalaman di lapangan diterjemahkan menjadi perbaikan sistem jangka panjang.

Secara keseluruhan, krisis kesehatan global dalam bentuk pandemi memberikan pelajaran penting bahwa kebijakan kesehatan harus dirancang dengan perspektif sistem yang holistik dan berorientasi pada ketahanan. Integrasi tata kelola yang kuat, pembiayaan berkelanjutan, pelayanan adaptif, perlindungan tenaga kesehatan, serta sistem informasi yang andal menjadi fondasi utama dalam menghadapi krisis di masa depan. Perawat sebagai bagian integral sistem kesehatan memiliki peran strategis tidak hanya dalam respons klinis, tetapi juga dalam membentuk kebijakan yang lebih tangguh dan berkeadilan.

Climate Change dan Kesehatan

Perubahan iklim merupakan ancaman kesehatan global yang semakin nyata. Peningkatan suhu, perubahan pola curah hujan, serta kejadian cuaca ekstrem berdampak pada peningkatan penyakit berbasis vektor, malnutrisi, dan gangguan kesehatan mental. Dampak perubahan iklim terhadap kesehatan bersifat tidak merata, dengan kelompok rentan seperti anak-anak, lansia, dan masyarakat miskin menjadi paling terdampak. Oleh karena itu, kebijakan kesehatan harus terintegrasi dengan kebijakan mitigasi dan adaptasi perubahan iklim.

Sektor kesehatan juga berkontribusi terhadap emisi karbon. Konsep green healthcare menekankan efisiensi energi, pengelolaan limbah medis, dan praktik berkelanjutan untuk mengurangi jejak karbon fasilitas kesehatan. Perubahan iklim (*climate change*) merupakan tantangan global yang semakin nyata dan memiliki implikasi langsung



maupun tidak langsung terhadap kesehatan masyarakat. Dalam pendekatan konseptual sistem kesehatan, perubahan iklim tidak hanya dipahami sebagai isu lingkungan, tetapi sebagai determinan struktural yang memengaruhi pola penyakit, kapasitas pelayanan, pembiayaan kesehatan, serta ketahanan sistem secara keseluruhan. Peningkatan suhu global, perubahan pola curah hujan, frekuensi bencana alam, serta degradasi kualitas udara dan air berdampak pada meningkatnya penyakit infeksi, gangguan pernapasan, penyakit terkait panas, malnutrisi, dan gangguan kesehatan mental. Oleh karena itu, kebijakan kesehatan harus terintegrasi dengan kebijakan mitigasi dan adaptasi perubahan iklim.

Dalam dimensi pelayanan, perubahan iklim memengaruhi beban kerja fasilitas kesehatan akibat meningkatnya kasus penyakit berbasis lingkungan, seperti penyakit vektor, diare, dan penyakit pernapasan. Gelombang panas ekstrem meningkatkan risiko heatstroke dan dehidrasi, terutama pada kelompok rentan seperti lansia, anak-anak, dan pekerja luar ruangan. Bencana hidrometeorologi seperti banjir dan badai dapat merusak infrastruktur kesehatan dan mengganggu akses pelayanan. Dalam kerangka sistem kesehatan, hal ini menuntut penguatan kesiapsiagaan fasilitas, perencanaan kontinjensi, serta integrasi sistem rujukan yang mampu merespons lonjakan kasus secara cepat dan terkoordinasi.

Dari aspek tata kelola, kebijakan kesehatan terkait perubahan iklim harus bersifat lintas sektor dan berbasis bukti. Kolaborasi antara sektor kesehatan, lingkungan, energi, pertanian, dan perencanaan wilayah menjadi krusial untuk mengurangi risiko kesehatan jangka panjang. Sistem surveilans epidemiologi perlu diperkuat untuk mendeteksi tren penyakit yang dipengaruhi oleh faktor iklim. Selain itu, pengambilan keputusan harus mempertimbangkan prinsip keadilan iklim, karena kelompok masyarakat miskin dan wilayah terpencil sering kali menjadi pihak yang paling terdampak.

Pembiayaan kesehatan juga menghadapi tekanan akibat meningkatnya kebutuhan layanan dan kerusakan infrastruktur akibat bencana. Investasi dalam adaptasi, seperti pembangunan fasilitas kesehatan ramah lingkungan dan tahan bencana, menjadi bagian dari



strategi jangka panjang. Pendekatan pembiayaan berbasis pencegahan lebih cost-effective dibandingkan respons kuratif terhadap dampak perubahan iklim. Oleh karena itu, kebijakan harus mengalokasikan sumber daya untuk promosi kesehatan lingkungan, edukasi masyarakat, serta pengurangan risiko bencana.

Dalam perspektif keperawatan, perubahan iklim menuntut peran yang lebih luas bagi perawat sebagai edukator, advokat, dan agen perubahan di tingkat komunitas. Perawat komunitas dapat berkontribusi dalam meningkatkan kesadaran masyarakat tentang risiko kesehatan akibat perubahan iklim, praktik sanitasi yang aman, serta strategi adaptasi sederhana seperti hidrasi yang cukup saat gelombang panas. Di fasilitas pelayanan, perawat berperan dalam triase bencana, manajemen kasus penyakit terkait lingkungan, serta dukungan psikososial bagi korban bencana. Kompetensi dalam manajemen risiko dan kesiapsiagaan bencana perlu diperkuat dalam pendidikan dan pelatihan keperawatan.

Secara konseptual, perubahan iklim menunjukkan bahwa sistem kesehatan merupakan bagian dari ekosistem sosial dan lingkungan yang lebih luas. Ketahanan sistem tidak hanya bergantung pada kapasitas klinis, tetapi juga pada kemampuan beradaptasi terhadap perubahan lingkungan global. Kebijakan kesehatan masa depan harus mengintegrasikan pendekatan planetary health, yang menekankan hubungan erat antara kesehatan manusia dan keberlanjutan lingkungan. Dengan penguatan tata kelola, pembiayaan adaptif, kesiapsiagaan fasilitas, serta kepemimpinan keperawatan yang proaktif, sistem kesehatan dapat berperan sebagai aktor penting dalam mitigasi dampak perubahan iklim sekaligus melindungi kesehatan populasi secara berkelanjutan.

Transformasi Peran Perawat dalam Kebijakan Kesehatan Masa Depan

Transformasi sistem kesehatan global menuntut redefinisi peran perawat sebagai agen perubahan dan pemimpin kebijakan. Perawat memiliki posisi strategis karena jumlahnya yang besar dan kedekatannya dengan masyarakat.



Di masa depan, perawat diharapkan memiliki kompetensi digital, kemampuan analisis kebijakan, serta peran dalam penelitian dan advokasi. Pendidikan keperawatan perlu mengintegrasikan literasi kebijakan dan kepemimpinan. Perawat juga akan memainkan peran penting dalam manajemen penyakit kronis, pelayanan lansia, respons krisis kesehatan, dan adaptasi terhadap perubahan iklim. Penguatan representasi perawat dalam forum kebijakan menjadi kunci untuk memastikan suara profesi terdengar dalam perumusan kebijakan.

Secara keseluruhan, tantangan global seperti penuaan populasi, PTM, pandemi, dan perubahan iklim memerlukan sistem kesehatan adaptif dan kolaboratif. Transformasi peran perawat menjadi bagian integral dalam membangun sistem kesehatan yang berkelanjutan dan berkeadilan di masa depan. Transformasi peran perawat dalam kebijakan kesehatan masa depan merupakan konsekuensi logis dari perubahan lanskap sistem kesehatan yang semakin kompleks, terdigitalisasi, dan berorientasi pada keberlanjutan. Dalam pendekatan konseptual sistem kesehatan, perawat tidak lagi diposisikan semata sebagai pelaksana teknis asuhan klinis, melainkan sebagai aktor strategis yang berkontribusi dalam tata kelola, perumusan kebijakan, manajemen sistem, serta inovasi pelayanan. Sistem kesehatan modern menuntut integrasi antara pelayanan berbasis komunitas, pembiayaan yang efisien, pemanfaatan teknologi digital, dan pendekatan promotif-preventif. Dalam seluruh dimensi tersebut, perawat memiliki potensi transformasional yang signifikan karena kedekatan mereka dengan pasien, keluarga, dan komunitas.

Perubahan demografi dan epidemiologi, khususnya peningkatan penyakit tidak menular dan kondisi kronis, menuntut model pelayanan yang berkesinambungan dan terkoordinasi. Transformasi ini membuka ruang bagi perawat untuk berperan sebagai care coordinator, case manager, dan pendidik kesehatan yang memastikan kontinuitas asuhan lintas tingkat pelayanan. Dalam kerangka sistem kesehatan, peran ini berkontribusi pada peningkatan efisiensi, pengurangan rawat inap yang tidak perlu, serta peningkatan kualitas hidup pasien. Kebijakan kesehatan masa depan perlu mengakui dan meregulasi peran lanjutan



perawat, termasuk advanced practice nurse, dengan kewenangan klinis yang lebih luas dan berbasis kompetensi.

Digitalisasi sistem kesehatan juga mendorong transformasi peran perawat. Integrasi rekam medis elektronik, telehealth, sistem pendukung keputusan klinis, dan analitik data membuka peluang bagi perawat untuk terlibat dalam manajemen informasi kesehatan dan evaluasi mutu pelayanan. Kompetensi informatika keperawatan menjadi kebutuhan strategis agar perawat mampu memanfaatkan data untuk pengambilan keputusan berbasis bukti. Dalam konteks kebijakan, literasi digital memungkinkan perawat berpartisipasi dalam perencanaan sistem informasi, pengembangan standar interoperabilitas, serta advokasi perlindungan data pasien.

Transformasi peran perawat juga mencakup dimensi kepemimpinan dan advokasi kebijakan. Dalam sistem kesehatan yang semakin menekankan partisipasi publik dan transparansi, suara perawat sebagai representasi pengalaman klinis dan komunitas menjadi sangat penting. Perawat dapat berkontribusi dalam penyusunan regulasi, analisis kebijakan, serta evaluasi program kesehatan. Keterlibatan aktif dalam forum kebijakan, organisasi profesi, dan penelitian kebijakan akan memperkuat posisi keperawatan sebagai mitra strategis pemerintah dalam reformasi kesehatan. Oleh karena itu, pendidikan keperawatan masa depan harus memasukkan kompetensi analisis kebijakan, kepemimpinan sistem, dan komunikasi advokasi.

Aspek pembiayaan dan efisiensi sistem juga memengaruhi transformasi peran perawat. Model pembiayaan berbasis nilai (value-based care) menekankan hasil kesehatan dan kualitas pelayanan sebagai indikator utama kinerja. Perawat memiliki kontribusi langsung terhadap indikator mutu seperti keselamatan pasien, pencegahan infeksi, dan manajemen penyakit kronis. Dengan pengakuan yang tepat dalam kebijakan pembiayaan, peran perawat dapat dioptimalkan untuk meningkatkan outcome sekaligus mengendalikan biaya. Hal ini memerlukan sistem remunerasi dan insentif yang adil serta berbasis kinerja.

Selain itu, perubahan global seperti pandemi dan perubahan iklim menegaskan pentingnya ketahanan sistem kesehatan. Perawat



berada di garis depan dalam respons krisis, manajemen bencana, dan pelayanan komunitas. Transformasi peran ke depan mencakup penguatan kapasitas dalam kesiapsiagaan bencana, kesehatan lingkungan, dan kesehatan global. Kebijakan kesehatan masa depan harus memastikan perlindungan tenaga kesehatan, dukungan psikososial, serta pengembangan kompetensi adaptif yang memungkinkan perawat merespons situasi darurat secara efektif.

Dalam perspektif etika dan profesionalisme, transformasi peran perawat tetap berakar pada nilai humanistik, empati, dan keadilan sosial. Teknologi dan inovasi tidak boleh menggeser esensi asuhan yang berpusat pada pasien. Perawat masa depan harus mampu menyeimbangkan penggunaan teknologi dengan pendekatan holistik yang mempertimbangkan aspek biopsikososial dan budaya pasien. Kebijakan yang mendukung praktik berbasis bukti dan standar etik yang kuat akan menjaga integritas profesi di tengah perubahan sistem.

Tantangan dalam transformasi ini meliputi resistensi organisasi, keterbatasan regulasi, serta ketimpangan akses pendidikan dan pelatihan. Oleh karena itu, reformasi kebijakan harus disertai investasi dalam pengembangan sumber daya manusia, pembaruan regulasi praktik, dan penguatan kolaborasi interprofesional. Sistem kesehatan yang adaptif memerlukan budaya pembelajaran berkelanjutan dan inovasi yang didukung oleh kepemimpinan visioner.

Secara keseluruhan, transformasi peran perawat dalam kebijakan kesehatan masa depan merupakan bagian integral dari reformasi sistem kesehatan yang lebih luas. Dengan pengakuan formal terhadap kompetensi lanjutan, integrasi teknologi, penguatan kepemimpinan, serta partisipasi aktif dalam proses kebijakan, perawat dapat berkontribusi secara signifikan dalam membangun sistem kesehatan yang tangguh, adil, dan berkelanjutan. Masa depan kebijakan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh desain regulasi dan pembiayaan, tetapi juga oleh kapasitas dan komitmen tenaga kesehatan, khususnya perawat, dalam mengarahkan perubahan menuju kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh.



BAB 11. Penguatan Regulasi Transformasi Digital Dan Inovasi Daerah

Pendahuluan

Penguatan regulasi transformasi digital dan inovasi daerah dalam sektor kesehatan merupakan langkah strategis untuk memastikan bahwa perkembangan teknologi berjalan selaras dengan tujuan sistem kesehatan yang berorientasi pada peningkatan derajat kesehatan, perlindungan finansial, dan keadilan akses layanan. Dalam pendekatan konseptual sistem kesehatan, transformasi digital bukan sekadar modernisasi perangkat atau aplikasi, melainkan perubahan struktural yang memengaruhi tata kelola, pembiayaan, pelayanan, sumber daya manusia, serta sistem informasi kesehatan secara terintegrasi. Di tingkat daerah, inovasi sering kali muncul sebagai respons terhadap kebutuhan lokal, keterbatasan sumber daya, serta karakteristik geografis dan sosial masyarakat. Namun, tanpa kerangka regulasi yang kuat dan adaptif, inovasi digital berisiko menimbulkan fragmentasi sistem, ketimpangan akses, serta persoalan etika dan keamanan data.

Dalam dimensi tata kelola, regulasi transformasi digital harus menjamin harmonisasi antara kebijakan nasional dan kebijakan daerah. Desentralisasi sistem kesehatan memberikan ruang bagi pemerintah daerah untuk mengembangkan inovasi berbasis kebutuhan lokal, seperti aplikasi pemantauan kesehatan ibu dan anak, sistem antrean daring, atau telekonsultasi berbasis komunitas. Namun, inovasi tersebut perlu berada dalam kerangka interoperabilitas nasional agar data dapat terintegrasi dan mendukung perencanaan berbasis bukti. Regulasi yang jelas mengenai standar data, arsitektur sistem, dan mekanisme pertukaran informasi menjadi fondasi penting untuk mencegah terjadinya silo informasi yang menghambat koordinasi layanan (Shan et al., 2026).



Aspek perlindungan data dan keamanan siber juga menjadi komponen krusial dalam penguatan regulasi. Transformasi digital meningkatkan volume dan sensitivitas data kesehatan yang dikumpulkan, termasuk rekam medis elektronik, data surveilans epidemiologi, dan informasi identitas pasien. Tanpa pengaturan yang ketat mengenai privasi, enkripsi, akses berbasis peran, serta audit keamanan, risiko kebocoran data dan penyalahgunaan informasi dapat merusak kepercayaan publik terhadap sistem kesehatan. Oleh karena itu, regulasi daerah harus selaras dengan standar nasional dan internasional dalam perlindungan data pribadi, sekaligus memperkuat kapasitas teknis pemerintah daerah dalam pengawasan keamanan sistem.

Dalam perspektif pembiayaan, inovasi digital daerah memerlukan model pendanaan yang berkelanjutan. Banyak inisiatif digital berhenti pada tahap pilot project karena tidak disertai perencanaan anggaran jangka panjang. Regulasi perlu mengatur mekanisme pembiayaan, termasuk integrasi dalam anggaran kesehatan daerah, kemitraan dengan sektor swasta, serta skema pembiayaan berbasis kinerja. Evaluasi cost-effectiveness menjadi instrumen penting untuk memastikan bahwa inovasi digital benar-benar memberikan nilai tambah terhadap mutu pelayanan dan efisiensi biaya. Tanpa analisis ekonomi yang memadai, transformasi digital berisiko menjadi beban fiskal tanpa dampak signifikan terhadap hasil kesehatan.

Dimensi pelayanan kesehatan juga mengalami perubahan mendasar akibat digitalisasi. Telehealth, sistem rujukan elektronik, dan aplikasi pemantauan penyakit kronis dapat meningkatkan akses dan kontinuitas asuhan, terutama di wilayah terpencil. Namun, regulasi harus mengatur standar praktik, tanggung jawab profesional, serta mekanisme akreditasi layanan digital. Dalam konteks keperawatan, penguatan regulasi penting untuk menjamin bahwa praktik telekeperawatan memiliki dasar hukum yang jelas, termasuk lingkup kewenangan, dokumentasi elektronik, dan perlindungan hukum bagi perawat. Tanpa kepastian regulatif, tenaga kesehatan dapat menghadapi dilema profesional dalam memanfaatkan teknologi (Zulfikar, 2025).



Sumber daya manusia menjadi faktor penentu keberhasilan transformasi digital di daerah. Regulasi perlu mendorong penguatan kapasitas tenaga kesehatan melalui pelatihan literasi digital, informatika kesehatan, dan manajemen perubahan. Perawat sebagai garda terdepan pelayanan memiliki peran strategis dalam implementasi inovasi digital, mulai dari dokumentasi elektronik hingga edukasi pasien berbasis aplikasi. Oleh karena itu, kebijakan daerah harus memasukkan pengembangan kompetensi digital dalam rencana strategis sumber daya manusia kesehatan. Transformasi tidak akan efektif jika tidak diikuti perubahan budaya organisasi dan kesiapan individu dalam mengadopsi teknologi baru (Xu et al., 2026).

Selain itu, inovasi daerah sering kali bersifat kontekstual dan kreatif, misalnya pengembangan sistem pemantauan gizi berbasis komunitas atau aplikasi pelaporan cepat penyakit menular. Regulasi yang terlalu kaku dapat menghambat kreativitas tersebut, sementara regulasi yang terlalu longgar berisiko menimbulkan ketidakteraturan sistem. Oleh karena itu, pendekatan regulatif yang adaptif dan berbasis prinsip menjadi pilihan strategis, dengan menetapkan standar minimum keamanan, interoperabilitas, dan mutu, namun tetap memberi ruang inovasi lokal. Mekanisme sandbox regulation dapat dipertimbangkan untuk menguji inovasi sebelum diadopsi secara luas.

Dalam kerangka sistem kesehatan yang kompleks dan adaptif, transformasi digital daerah harus dipandang sebagai proses pembelajaran berkelanjutan. Monitoring dan evaluasi berbasis data menjadi instrumen penting untuk menilai dampak inovasi terhadap akses, mutu, dan efisiensi layanan. Hasil evaluasi perlu digunakan sebagai umpan balik untuk penyempurnaan regulasi dan pengembangan kebijakan selanjutnya. Partisipasi masyarakat dan organisasi profesi, termasuk organisasi keperawatan, dalam perumusan regulasi akan meningkatkan legitimasi dan kualitas kebijakan (Li & Li, 2026).

Secara keseluruhan, penguatan regulasi transformasi digital dan inovasi daerah dalam pendekatan konseptual sistem kesehatan dan keperawatan menuntut keseimbangan antara standardisasi dan fleksibilitas, antara keamanan dan aksesibilitas, serta antara efisiensi



dan keadilan. Regulasi yang visioner dan adaptif akan memastikan bahwa inovasi digital tidak hanya menjadi simbol modernisasi, tetapi benar-benar memperkuat sistem kesehatan daerah secara berkelanjutan. Dengan tata kelola yang kuat, pembiayaan yang terencana, perlindungan data yang ketat, serta penguatan kompetensi tenaga kesehatan, khususnya perawat, transformasi digital dapat menjadi pilar utama dalam membangun sistem kesehatan yang responsif, inklusif, dan berorientasi masa depan.

Penguatan regulasi transformasi digital dan inovasi daerah dalam sektor kesehatan merupakan agenda strategis yang tidak dapat ditunda dalam menghadapi dinamika sistem kesehatan yang semakin kompleks, terdigitalisasi, dan terdesentralisasi. Dalam pendekatan konseptual sistem kesehatan, transformasi digital dipahami sebagai proses perubahan sistemik yang memengaruhi seluruh komponen utama, yaitu tata kelola (governance), pembiayaan, penyediaan pelayanan, sumber daya manusia kesehatan, serta sistem informasi dan teknologi. Di era otonomi daerah, inovasi sering kali tumbuh dari kebutuhan lokal untuk menjawab tantangan spesifik seperti keterbatasan akses geografis, kekurangan tenaga kesehatan, atau tingginya beban penyakit tertentu. Namun demikian, tanpa kerangka regulasi yang kuat, terintegrasi, dan adaptif, inovasi digital berpotensi menciptakan fragmentasi sistem, duplikasi program, inefisiensi anggaran, serta risiko keamanan dan etika yang serius.

Dalam dimensi tata kelola, regulasi transformasi digital harus memastikan keselarasan antara kebijakan nasional dan kebijakan daerah. Desentralisasi memberikan ruang bagi pemerintah daerah untuk mengembangkan aplikasi pelayanan kesehatan, sistem antrean daring, telekonsultasi berbasis komunitas, hingga dashboard pemantauan epidemiologi lokal. Meskipun inovasi ini mencerminkan responsivitas terhadap kebutuhan masyarakat, regulasi harus menjamin interoperabilitas dan integrasi data secara nasional. Standar arsitektur sistem, format data, mekanisme pertukaran informasi, dan protokol keamanan harus diatur secara jelas agar inovasi daerah tidak berjalan dalam silo yang terpisah. Integrasi ini penting untuk mendukung



perencanaan kesehatan berbasis bukti dan pengambilan keputusan yang komprehensif.

Perlindungan data dan keamanan siber menjadi isu sentral dalam penguatan regulasi. Transformasi digital meningkatkan volume dan kompleksitas data kesehatan, termasuk rekam medis elektronik, data surveilans penyakit, informasi imunisasi, serta data kependudukan yang sensitif. Regulasi harus menetapkan prinsip kerahasiaan, persetujuan tindakan (informed consent), enkripsi data, kontrol akses berbasis peran, serta mekanisme audit berkala. Pemerintah daerah perlu memperkuat kapasitas teknis dalam pengawasan keamanan sistem untuk mencegah kebocoran data dan serangan siber. Kepercayaan masyarakat terhadap sistem kesehatan sangat bergantung pada jaminan keamanan dan integritas informasi yang dikelola.

Dalam aspek pembiayaan, inovasi digital daerah memerlukan perencanaan anggaran jangka panjang dan model pendanaan yang berkelanjutan. Banyak program digital berhenti pada tahap uji coba karena tidak terintegrasi dalam perencanaan fiskal daerah. Regulasi perlu mengatur integrasi transformasi digital dalam rencana strategis kesehatan daerah, termasuk penganggaran untuk infrastruktur, pemeliharaan sistem, peningkatan kapasitas sumber daya manusia, serta evaluasi berkala. Analisis cost-effectiveness dan value for money menjadi instrumen penting untuk memastikan bahwa investasi digital memberikan manfaat nyata terhadap mutu pelayanan dan efisiensi biaya. Tanpa evaluasi ekonomi yang sistematis, digitalisasi dapat menjadi proyek simbolik tanpa dampak signifikan (Deng, 2026).

Dimensi pelayanan kesehatan juga mengalami perubahan mendasar akibat digitalisasi. Telehealth, sistem rujukan elektronik, pemantauan penyakit kronis berbasis aplikasi, serta penggunaan kecerdasan buatan dalam triase klinis dapat meningkatkan akses dan kontinuitas asuhan, terutama di wilayah terpencil. Namun, regulasi harus mengatur standar praktik profesional, tanggung jawab hukum, dokumentasi elektronik, serta mekanisme akreditasi layanan digital. Dalam konteks keperawatan, penguatan regulasi menjadi sangat penting untuk memberikan kepastian hukum terhadap praktik telekeperawatan, termasuk lingkup kewenangan, standar komunikasi terapeutik daring,



serta mekanisme perlindungan hukum bagi perawat. Tanpa kejelasan regulatif, tenaga kesehatan dapat menghadapi risiko profesional dan etis dalam penggunaan teknologi.

Sumber daya manusia merupakan faktor determinan dalam keberhasilan transformasi digital. Regulasi harus mendorong penguatan literasi digital dan kompetensi informatika kesehatan bagi seluruh tenaga kesehatan. Dalam perspektif keperawatan, pengembangan kompetensi mencakup kemampuan dokumentasi elektronik, analisis data klinis, pemanfaatan sistem pendukung keputusan, serta edukasi pasien melalui platform digital. Kebijakan daerah perlu mengintegrasikan pelatihan berkelanjutan dan perubahan budaya organisasi agar adopsi teknologi berjalan efektif. Transformasi digital bukan hanya persoalan perangkat lunak dan perangkat keras, tetapi juga perubahan pola pikir dan praktik profesional.

Di sisi lain, inovasi daerah sering kali bersifat kreatif dan kontekstual, seperti pengembangan aplikasi pemantauan gizi berbasis kader, sistem pelaporan cepat penyakit menular, atau integrasi layanan kesehatan dengan sistem administrasi kependudukan. Regulasi yang terlalu sentralistik dan kaku dapat menghambat kreativitas lokal. Oleh karena itu, pendekatan regulatif berbasis prinsip (*principle-based regulation*) menjadi pilihan strategis, dengan menetapkan standar minimum keamanan, interoperabilitas, dan mutu, sekaligus memberikan ruang fleksibilitas bagi inovasi lokal. Mekanisme regulatory sandbox dapat digunakan untuk menguji inovasi dalam lingkungan terbatas sebelum diimplementasikan secara luas.

Dalam kerangka sistem kesehatan yang kompleks dan adaptif, transformasi digital harus dipandang sebagai proses pembelajaran berkelanjutan. Monitoring dan evaluasi berbasis indikator kinerja menjadi instrumen penting untuk menilai dampak inovasi terhadap akses, mutu, efisiensi, dan kepuasan masyarakat. Hasil evaluasi perlu digunakan sebagai umpan balik untuk penyempurnaan regulasi dan kebijakan selanjutnya. Partisipasi organisasi profesi, akademisi, dan masyarakat dalam proses perumusan regulasi akan meningkatkan legitimasi, akuntabilitas, dan relevansi kebijakan.



Secara keseluruhan, penguatan regulasi transformasi digital dan inovasi daerah dalam pendekatan konseptual sistem kesehatan dan keperawatan menuntut keseimbangan antara standardisasi dan fleksibilitas, antara keamanan dan aksesibilitas, serta antara efisiensi dan keadilan. Regulasi yang visioner, adaptif, dan berbasis bukti akan memastikan bahwa inovasi digital tidak hanya menjadi simbol modernisasi, tetapi benar-benar memperkuat sistem kesehatan daerah secara berkelanjutan. Dengan tata kelola yang kuat, pembiayaan terencana, perlindungan data yang ketat, serta penguatan kompetensi tenaga kesehatan terutama perawat sebagai garda terdepan pelayanan transformasi digital dapat menjadi pilar utama dalam membangun sistem kesehatan yang tangguh, inklusif, dan berorientasi masa depan.

Permasalahan Stunting dalam Pendekatan Sistem Kesehatan dan Keperawatan

Permasalahan stunting merupakan isu kesehatan masyarakat yang bersifat multidimensional dan mencerminkan kompleksitas interaksi antara determinan biologis, sosial, ekonomi, dan lingkungan dalam suatu sistem kesehatan. Stunting, yang ditandai dengan tinggi badan menurut usia di bawah standar pertumbuhan, bukan sekadar masalah kurang gizi kronis, melainkan indikator kegagalan sistem dalam menjamin pemenuhan kebutuhan dasar anak sejak periode konsepsi hingga dua tahun pertama kehidupan. Dalam pendekatan konseptual sistem kesehatan, stunting harus dipahami sebagai hasil dari interaksi berbagai komponen sistem, termasuk tata kelola, pembiayaan, pelayanan kesehatan, sumber daya manusia, sistem informasi, serta kebijakan lintas sektor yang memengaruhi determinan sosial kesehatan.

Dari perspektif epidemiologi, stunting terjadi akibat kekurangan asupan gizi jangka panjang, infeksi berulang, sanitasi yang buruk, serta rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan ibu dan anak. Namun, pendekatan sistem kesehatan menuntut analisis yang lebih komprehensif. Tata kelola yang lemah, koordinasi lintas sektor yang tidak optimal, serta fragmentasi program sering kali menghambat efektivitas intervensi. Kebijakan penurunan stunting memerlukan integrasi antara sektor kesehatan, pendidikan, perlindungan sosial,



pertanian, dan sanitasi lingkungan. Tanpa sinergi kebijakan, intervensi spesifik seperti suplementasi gizi atau pemantauan pertumbuhan tidak akan memberikan dampak maksimal.

Dalam dimensi pelayanan kesehatan, pencegahan stunting sangat bergantung pada kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak, terutama pada periode 1000 hari pertama kehidupan. Pelayanan antenatal care yang komprehensif, deteksi dini anemia pada ibu hamil, promosi pemberian ASI eksklusif, imunisasi lengkap, serta pemantauan tumbuh kembang balita menjadi intervensi kunci. Namun, kesenjangan akses dan mutu pelayanan di berbagai wilayah menunjukkan bahwa sistem kesehatan belum sepenuhnya responsif terhadap kebutuhan kelompok rentan. Keterbatasan fasilitas, distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, serta rendahnya kepatuhan terhadap standar pelayanan minimal menjadi tantangan struktural yang harus diatasi melalui kebijakan yang lebih adaptif dan berbasis data.

Pembiayaan juga memainkan peran penting dalam penanganan stunting. Keluarga dengan kondisi sosial ekonomi rendah sering kali menghadapi hambatan dalam memenuhi kebutuhan gizi anak dan mengakses pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, kebijakan pembiayaan kesehatan dan perlindungan sosial harus memberikan perlindungan finansial yang memadai bagi kelompok rentan. Integrasi program bantuan sosial dengan intervensi gizi dan kesehatan menjadi strategi yang lebih efektif dibandingkan pendekatan sektoral yang terpisah. Investasi pada intervensi promotif dan preventif terbukti lebih cost-effective dibandingkan biaya jangka panjang akibat dampak stunting terhadap produktivitas dan kualitas sumber daya manusia.

Sistem informasi kesehatan memiliki peran sentral dalam memantau prevalensi stunting dan efektivitas intervensi. Data yang akurat, terintegrasi, dan real time memungkinkan perencanaan yang lebih tepat sasaran. Namun, sering kali terdapat ketidaksesuaian antara data lapangan dan sistem pelaporan, sehingga kebijakan tidak sepenuhnya berbasis bukti. Penguatan kapasitas pengumpulan dan analisis data di tingkat daerah menjadi bagian penting dari reformasi sistem kesehatan untuk mendukung percepatan penurunan stunting.



Dalam perspektif keperawatan, peran perawat sangat strategis dalam pencegahan dan penanganan stunting. Perawat komunitas dan perawat keluarga memiliki kedekatan dengan masyarakat yang memungkinkan deteksi dini risiko gizi buruk, edukasi tentang pola asuh dan nutrisi, serta pemantauan pertumbuhan anak secara berkelanjutan. Perawat juga berperan sebagai advokat kesehatan yang mendorong perubahan perilaku dan peningkatan literasi gizi di tingkat keluarga. Dalam kerangka sistem kesehatan, perawat menjadi penghubung antara kebijakan dan implementasi di lapangan, memastikan bahwa intervensi berbasis bukti diterapkan secara konsisten.

Selain itu, pendekatan keperawatan yang holistik menempatkan keluarga sebagai unit intervensi utama. Stunting tidak dapat dipisahkan dari praktik pemberian makan, kebersihan lingkungan, serta kondisi psikososial keluarga. Oleh karena itu, intervensi keperawatan harus mempertimbangkan aspek budaya, ekonomi, dan sosial dalam memberikan edukasi dan dukungan. Kolaborasi interprofesional antara perawat, bidan, ahli gizi, dan kader kesehatan memperkuat efektivitas intervensi berbasis komunitas.

Secara konseptual, permasalahan stunting menunjukkan bahwa sistem kesehatan harus bertransformasi dari pendekatan kuratif menjadi promotif dan preventif yang berorientasi jangka panjang. Ketahanan sistem dalam mencegah stunting mencerminkan kapasitas adaptif dalam mengintegrasikan kebijakan lintas sektor, memperkuat pelayanan primer, serta memberdayakan masyarakat. Masa depan kebijakan penanggulangan stunting memerlukan komitmen politik yang kuat, penguatan tata kelola, pembiayaan berkelanjutan, serta partisipasi aktif tenaga kesehatan, khususnya perawat, sebagai agen perubahan di tingkat komunitas.

Secara keseluruhan, stunting bukan hanya persoalan gizi, tetapi indikator kegagalan kolektif sistem dalam melindungi hak anak atas pertumbuhan dan perkembangan optimal. Dengan pendekatan sistem kesehatan dan keperawatan yang komprehensif, integratif, dan berbasis bukti, penurunan stunting dapat dicapai secara berkelanjutan dan berkontribusi pada peningkatan kualitas sumber daya manusia di masa depan.



DAFTAR PUSTAKA

- Avianta, N. A. S., Putra, D. H., Satrya, B. A., & Iqbal, M. F. (2025). Analisis Implementasi Artificial Intelligence dalam Dunia Kesehatan Indonesia: Literature Review: Analysis of Artificial Intelligence Implementation in the Indonesian Healthcare Sector: A Literature Review. *MALCOM: Indonesian Journal of Machine Learning and Computer Science*, 5(4), 1199–1210.
- Ayu, D. P., & KM, S. (2025). BAB 4 Kepemimpinan Dan Budaya Organisasi Dalam Pelayanan Kesehatan. *Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 50.
- Badi'ah, A., Herawati, L., Siswati, T., & Palestin, B. (n.d.). *Karya Tulis Ilmiah Tematik "GLINDURI sebagai Reflektor Individu Komorbid untuk Mendukung Transformasi Layanan Primer: Tantangan dan Peluang."* Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
- Betan, A., Sofiantin, N., Sanaky, M. J., Primadewi, B. K., Arda, D., Kamaruddin, M. I., & AM, A. M. A. (2023). Kebijakan Kesehatan Nasional. *Yayasan Penerbit Muhammad Zaini*.
- Cahyanto, H. N. (2025). *Transformasi Sistem Informasi Keperawatan*. HERI NUR CAHYANTO.
- Deng, Q. (2026). Spatiotemporal evolution and configuration pathways of digital-intelligent regional innovation ecosystem sustainability: Evidence from China based on symbiosis theory. *Technology in Society*, 85, 103144. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2025.103144>
- Ekasari, R. D., Wahyuningrum, A. D., & Satiti, I. A. D. (2025). *Transformasi Layanan Keperawatan Digital untuk Ibu Postpartum dalam Konteks Psikososial Neglectful*. CV Eureka Media Aksara.
- Elungan, A. N. F., & Tjenreng, M. B. Z. (2025). Government Policy in Health Services: Kebijakan Pemerintah dalam Pelayanan Kesehatan. *Scientific Journal of Reflection: Economic, Accounting, Management and Business*, 8(1), 170–177.
- Fittrani, A., Rohendi, A., Sukajie, B., & Purwadhi, P. (2025). Penguatan SDM dalam Mendukung Transformasi Digital di RSUD Dr. Adjidarmo. *Journal of Knowledge Management*, 19(1), 55–74.
- Ginting, A. B., Karlinawati, N. M. D. S., Purwadhi, P., & Widjaja, Y. R. (2025). Strategi membangun budaya organisasi yang inovatif dalam menghadapi transformasi digital di rumah sakit. *Maneggio: Jurnal Ilmiah Magister Manajemen*, 8(1), 36–41.
- Hardi dr. Wahyudi, M. K. (2026). Manajemen Mutu dalam Sistem Kesehatan. *E-Books_Edukasi Ilmiah Indonesia*, SE-, 1–110. <https://jurnal.edi.or.id/index.php/bci/article/view/167>
- Hariani, H., Alfian, H., Heriyati, H., Arlia, A., Nurwahyuni, N., Ilham, M. N., Wahyuddin, W., Jannah, M., Utami, R. D., & Rahmayanti, H. (2025). *Pengantar Administrasi Kebijakan Kesehatan*. Yayasan Tri Edukasi Ilmiah.
- Jasmin Ambas, S. K. M., Rahman, E., Sos, S., Siswati, S., SH, A., Tahir, A., Amin, A. N., Laksono, R. D., SpPD, M., & FINASIM, S. H. (2025). *Manajemen pelayanan sektor publik (Teori dan praktek layanan publik di rumah sakit)*. Mega Press



Nusantara.

- Juwita, A. E. (2024). *Transformasi puskesmas dalam mewujudkan pelayanan kesehatan berkualitas (Studi kasus di Puskesmas Kedungtuban)*. Universitas Islam Sultan Agung (Indonesia).
- Kamaruddin, M. I. (2025). *Keperawatan Kesehatan Masyarakat: Konsep Dan Praktik*. In Penerbit. PT. Edukasi Ilmiah Indonesia. Penerbit. PT. Edukasi Ilmiah Indonesia.
- Kholdun, A. I., Ismoyowati, T. W., Setianingsih, L. E., Hutagaol, E. K., Suharso, E., & Rahardjo, W. (2025). *Sistem Manajemen Transformasi Kesehatan: Strategi, Inovasi, Dan Implementasi Menuju Layanan Kesehatan Berkelanjutan*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Li, N., & Li, R. (2026). A study on the impact of Regional Trade Agreement digital trade rules on global innovation network. *Journal of Asian Economics*, 103, 102144. <https://doi.org/10.1016/j.asieco.2026.102144>
- Lubis, E. (2025). Transformasi Kebijakan Kesehatan Digital, Implementasi dan Tantangan: Studi Sistematic Review. *JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)*, 10(2).
- Maranatha, F. S., Hartanti, N. A., & Yuniarti, Y. (2025). Analisis Implikasi Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan terhadap Praktik Keperawatan di Indonesia. *Jurnal Siti Rufaidah*, 3(2), 38–48.
- Mendrofa, I. R. P., Ndraha, A. B., Hulu, F., & Telaumbanua, E. (2025). Implementasi Kebijakan Inovasi Pelayanan Kesehatan Berbasis Home Care di RSUD Dr. Thomsen Nias. *Jurnal Visi Manajemen*, 11(3), 165–179.
- Nurfa'izah, D. A., Darmawan, D., Sari, N. N., Kep, M., & Noviyanti, N. S. S. (2025). *Buku Ajar: Falsafah dan Teori Keperawatan*. Optimal Untuk Negeri.
- Pohan, Z. N. P. (n.d.). *Transformasi Teori Menuju Praktik melalui Interprofessional Education: Fondasi Kolaborasi dalam Pelayanan Kesehatan*.
- Pramono, J. S., Hasanah, S., Ardyanti, D., & Tonapa, E. (2025). *Jaminan Kesehatan Nasional: Strategi, Implementasi Dan Transformasi Kesehatan*. Penerbit Adab.
- Purwayanto, E. A., Natasa, D. U., Triwibowo, D. N., & Suryani, R. (2025). Analisis Implementasi Sistem Informasi Medis Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Indonesia: Literature Review terhadap Kendala dan Solusi Implementasi. *Jurnal Ilmu Komputer Dan Teknologi*, 6(2), 98–102.
- Rachim, A. (2025). *Pemasaran Kebijakan Publik: Membangun Sistem Pelayanan Kesehatan Berbasis Masyarakat*. PT. Star Digital Publishing, Yogyakarta-Indonesia.
- Rahmawati, D., & Mokodompit, E. A. (2026). Analisis Literatur Review: Diversifikasi Pelayanan Kesehatan melalui Integrasi Teknologi Digital dan Dampaknya pada Pelayanan Kesehatan. *RIGGS: Journal of Artificial Intelligence and Digital Business*, 4(4), 7332–7340.
- Rivai, A. F. (2024). *Kebijakan Kesehatan dan Keperawatan*. Deepublish.
- Sakina, R., Wahyuliati, T., & Hikmah, N. (2025). *Buku Ajar Transformasi Keperawatan: Kolaborasi, Inovasi, Hingga Riset Lanjutan*. Deepublish.
- Salman, S., Yuniar, N., Surya, N. T., Samma, M. Y., Atnang, M., Mayansara, A., Susanti, A. S., Syahidin, Y., Yanuari, N. P., & Yunengsih, Y. (2024). *Transformasi Mutu Pelayanan Kesehatan: Strategi, Inovasi dan Implementasi*.
- Salsabila, R., Sari, N. M., Siahaan, C. I. P., Maharani, M., & Sharavova, M. (2025). Transformasi Layanan Kesehatan Publik melalui Inovasi Teknologi Digital di Era Society 5.0. *Journal of Community Health Promotion*, 1(1), 20–28.



- Santoso, E. B., Desi, N. M., & Sit, S. (2024). *Buku ajar promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan*. Basya Media Utama.
- Sastrawan, A. (2025). Transformasi Layanan Kesehatan Publik Melalui Kebijakan E-Public Service di Indonesia: Peluang dan Tantangan Digitalisasi Pelayanan. *Jurnal Intelek Dan Cendekiawan Nusantara*, 2(6), 14721–14731.
- Sastrawan, A., & Rahmah, F. A. (2026). Implementasi Kebijakan Kesehatan Publik pada Pelayanan Kesehatan Primer dan Tantangannya dalam Mewujudkan Sistem Kesehatan Nasional yang Berkelanjutan. *Jurnal Intelek Insan Cendikia*, 3(2), 1377–1384.
- Shan, J., Zhao, T., Xu, T., & Xue, J. (2026). Can digital innovation promote regional green consumption? *Finance Research Letters*, 92, 109435. <https://doi.org/10.1016/j.frl.2025.109435>
- Sulaiman, E. S. (2021a). *Manajemen kesehatan: Teori dan praktik di puskesmas*. Ugm Press.
- Sulaiman, E. S. (2021b). *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan: Teori dan Implementasi*. UGM PRESS.
- Sulaiman, E. S. (2022). *Pendidikan dan Promosi Kesehatan: Teori dan Implementasi di Indonesia*. UGM PRESS.
- Suprpto, S. (2025a). Kebijakan dan Analisis Kesehatan: Teori, Praktik, dan Implementasi. In *LP2M Akademi Keperawatan Sandi Karsa*.
- Suprpto, S. (2025b). Keperawatan kesehatan masyarakat dan homecare: pendekatan terintegrasi untuk pelayanan kesehatan komunitas. In *Penerbit. PT. Edukasi Ilmiah Indonesia*. PT Edukasi Ilmiah Indonesia. <https://jurnal.edi.or.id/index.php/bci/article/view/73>
- Suprpto, S. (2025c). Meningkatkan Kompetensi Perawat Dalam Layanan Kesehatan Masyarakat: Kebijakan, Pelatihan, Dan Implementasi Kesehatan Komunitas. In *Penerbit. PT. Edukasi Ilmiah Indonesia*.
- Suprpto, S. (2026). Kajian Ketahanan Kesehatan Menuju Indonesia Emas 2045. *Penerbit. PT. Edukasi Ilmiah Indonesia*, 100.
- Susilawati, E. (2025). Peran health care administrator dalam menyusun strategi peningkatan indeks kepuasan pasien pada layanan rawat jalan digital. *Inovasi Kesehatan Global*, 2(3), 1–10.
- Timorita, Y. A., & Wahyudin, A. (2025). Strategi Transformasi Mutu Pendidikan Keperawatan Menuju Reputasi Internasional Berbasis SDGs. *Prosiding Seminar Nasional Pascasarjana*, 7(1), 1–10.
- Widjaja, Y. R., Purwadhi, P., Maharani, D., & Putri, P. I. S. (2025). Lingkup teori organisasi pada pelayanan kesehatan. *Jurnal Sosial Dan Sains*, 5(6), 1543–1552.
- Widodo, S., & Yulyanti, D. (2023). *Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan*. Deepublish.
- Widyaningsih, Y. I., & Ambas, J. (2026). Integrasi Health Policy Triangle dan Prinsip Good Governance dalam Program PKRS untuk Mendorong Perubahan Perilaku Kesehatan Pasien: Suatu Tinjauan Sistematis. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(1), 36–50.
- Wulandari, M., Novriyanti, T., Purwadhi, P., & Widjaja, Y. R. (2025). Implementasi Strategi Transformasi Digital dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan di Rumah Sakit: Studi Kualitatif. *Innovative: Journal Of Social Science Research*, 5(1), 1415–1427.
- Xu, H., Li, D., Li, Z., & Lou, T. (2026). Beyond connectivity: How digital economy shapes



regional innovation? *International Review of Economics & Finance*, 105, 104821. <https://doi.org/10.1016/j.iref.2025.104821>

Yuniar, N., Surya, N. T., Samma, M. Y., Atnang, M., Mayansara, A., Susanti, A. S., Syahidin, Y., Yanuari, N. P., Yunengsih, Y., & Perdana, I. M. (n.d.). *Transformasi Mutu Pelayanan Kesehatan: Strategi, Inovasi dan Implementasi*.

Zulfikar, S. (2025). Transformasi Kebijakan Kesehatan: Membangun Sistem Kesehatan Inklusif Di Era Digital. *AMU Press*, 1–482.



BIODATA PENULIS



Prof. Dr. Ns. Suprpto, S. Kep., M. Kes. adalah seorang pendidik dan peneliti Guru Besar/Profesor di bidang Kepakaran Kebijakan dan Analisis Kesehatan di Politeknik Sandi Karsa. Dengan latar belakang akademik yang kuat dalam keperawatan dan kesehatan masyarakat, beliau telah memberikan kontribusi signifikan dalam pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat.

Sebagai akademisi yang berdedikasi, beliau aktif mengembangkan kompetensi mahasiswa keperawatan melalui pembelajaran berbasis riset dan praktik komunitas, dengan filosofi bahwa tenaga kesehatan masa depan harus memiliki keseimbangan antara kompetensi klinis, analisis kebijakan, dan empati sosial. Dalam bidang penelitian telah mempublikasikan berbagai karya ilmiah di jurnal nasional dan internasional bereputasi dan Buku. Fokus risetnya meliputi keperawatan komunitas, kesehatan masyarakat, pengembangan sumber daya manusia, kebijakan kesehatan, dan manajemen pelayanan kesehatan. Beberapa penelitiannya didanai oleh perguruan tinggi dan Kemenristek DIKTI, dengan hasil yang berorientasi pada solusi praktis terhadap permasalahan kesehatan di masyarakat.

Aktif di berbagai organisasi profesi keperawatan dan kesehatan, beliau juga terlibat dalam program pemberdayaan komunitas di daerah terpencil melalui kegiatan promotif dan preventif. Atas dedikasi dan loyalitasnya, beliau menerima penghargaan dari LLDIKTI Wilayah IX pada tahun 2022 sebagai Dosen Tetap Yayasan dengan masa pengabdian 10 tahun. Sebagai akademisi produktif juga aktif dalam berbagai jejaring ilmiah dan platform riset internasional seperti:

Scopus ID : [57215304899](#)
SINTA ID : [6050604](#)
Google Scholar: [Google Scholar](#)
ResearchGate : [ResearchGate](#),
Orcid : [0000-0003-4294-1469](#)
Web of Science: [A-7275-2019](#)
Email : atoenurse@gmail.com