

## **BAB II**

### **PERMASALAHAN KESEHATAN DI INDONESIA**

Bab ini akan membahas tentang tindakan-tindakan kebijakan pemerintah Indonesia dalam kesehatan dan masalah-masalah kesehatan yang pernah di hadapi pemerintah Indonesia

#### **A. Kebijakan pemerintah Indonesia dalam kesehatan**

Selain itu pemerintah melakukan berbagai kebijakan untuk kesehatan warganya ,seperti kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah adanya system JAMKESMAS, pada system ini pemerintah menyatakan bahwa masyarakat Indonesia bisa berobat secara gratis tanpa dipungut biaya. Hal positif dari JAMKESMAS yaitu masyarakat yang kurang mampu dalam hal ekonomi dapat terbantu di bidang kesehatan tetapi juga menimbulkan masalah yaitu terkadang sebagian rumah sakit kurang melayani warga-warga Indonesia yang memakai JAMKESMAS. pemerintah merubah JAMKESMAS menjadi BPJS. BPJS adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, maksudnya pemerintah memberi layanan yang gratis dan pemerintah berjanji pelayanannya lebih baik dari JAMKESMAS dengan demikian semua warga Indonesia bisa berobat dan memperbaiki kesehatannya.

Pemerintah Indonesia memberikan himbauan bagi warganya yang memiliki bayi untuk di imunisasi yang berguna untuk mencegah terjadinya penyakit campak dan polio yang menyerang tulang dan saraf, selain untuk anak-anak balita untuk melakukan posyandu yang dilalukan setiap bulan untuk melihat perkembangan balita

untuk anak-anak sekolah, sekolah terdapat UKS dan salah satunya ekstrakurikuler adalah PMR yang mengajarkan cara cara menangani orang sakit dan untuk hidup sehat. (Depkes, departemen kesehatan, 2015)

Pemerintah juga berkerjasama dengan pihak swasta yaitu mencuci tangan dengan sabun yang dilakukan di SD karena anak-anak masih kurang pengetahuan adanya kuman kuman dan kotoran kecil yang menempel di badan karena mereka masih menyukai bermain di tanah dan memegang apapun menggunakan tangan, selain itu pemerintah juga berkerjasama sama dengan pihak pasta gigi guna untuk menjaga gigi karena anak-anak masih menyukai makan makan yang mengandung gula sangat tinggi yang bisa menyebabkan gigi berlubang dan sakit gigi.

Kebijakan pemerintah Indonesia juga berupaya melalui kemenkes Dalam rangka mendorong pembangunan manusia secara menyeluruh, perlu perhatian pada kesehatan sejak dini atau sejak Balita. Bahwa sangat penting untuk melakukan investasi yang tepat waktu agar pertumbuhan otak anak sampai usia 5 tahun dapat berjalan dengan baik, untuk menghindari *loss generation*. Ditegaskan, salah satu ancaman serius terhadap pembangunan kesehatan, khususnya pada kualitas generasi mendatang, adalah stunting.

Kementrian kesehatan juga mencermati angka kejadian pernikahan dini yang masih cukup tinggi dan kerentanan remaja pada perilaku seks berisiko serta HIV/AIDS khususnya pada kelompok usia produktif. Kematian ibu saat melahirkan menjadi tanggung jawab bersama dari waktu ke waktu. Ada berbagai penyebab kematian ini baik penyebab langsung maupun tidak langsung, maupun faktor penyebab yang sebenarnya berada di luar bidang kesehatan itu sendiri, seperti infrastruktur, ketersediaan air bersih, transportasi, dan nilai-nilai budaya. Faktor-faktor

non-kesehatan inilah yang justru memberikan pengaruh besar karena dapat menentukan berhasil tidaknya upaya penurunan angka kematian ibu. (Depkes, departemen kesehatan, 2014)

Guna mengurangi dampak kesehatan Kemenkes menyelenggarakan Program Indonesia Sehat sebagai upaya mewujudkan masyarakat Indonesia yang berperilaku sehat, hidup dalam lingkungan sehat, serta mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Program Indonesia Sehat terdiri atas (Kesehatan, 2016) :

- 1) Paradigma Sehat
- 2) Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer; dan
- 3) Jaminan Kesehatan Nasional. Ketiganya akan dilakukan dengan menerapkan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko (*health risk*). Paradigma sehat mengacu pada pada
  - a. penentu kebijakan pada lintas sektor, untuk memperhatikan dampak kesehatan dari kebijakan yang diambil
  - b. Tenaga kesehatan, yang mengupayakan agar orang sehat tetap sehat atau tidak menjadi sakit, orang sakit menjadi sehat dan orang sakit tidak menjadi lebih sakit.
  - c. Institusi Kesehatan, yang diharapkan penerapan standar mutu dan standar tarif dalam pelayanan kepada masyarakat.
  - d. serta masyarakat, yang merasa kesehatan adalah harta berharga yang harus dijaga.

Kementerian Kesehatan akan melakukan penguatan pelayanan kesehatan untuk tahun 2015-2019. Penguatan dilakukan meliputi :

1. Kesiapan 6.000 Puskesmas di 6 regional
2. Terbentuknya 14 RS Rujukan Nasional; serta Terbentuknya 184 RS Rujukan regional. Khusus untuk daerah terpencil dan sangat terpencil, di bangun RS kelas D Pratama dengan kapasitas 50 Tempat Tidur untuk lebih mendekatkan pelayanan kesehatan rujukan. Pada regional Papua akan didirikan 13 Rumah Sakit Pratama. Sementara pada Regional Sumatera, Jawa, Bali-Nusa Tenggara, Kalimantan, Sulawesi akan didirikan 55 Rumah Sakit Pratama. Kementerian Kesehatan telah melakukan implementasi e-catalogue pada pengadaan obat dan alat kesehatan di lingkup Satuan Kerja Pemerintah. Hal ini telah dimulai sejak tahun 2013 untuk obat, dan awal tahun 2014 untuk alkes. Ini merupakan wujud nyata tindak lanjut arahan Presiden RI agar pengadaan barang/jasa di lingkup Pemerintah dilakukan secara elektronik. (depkes, 2015)

Kartu Indonesia Sehat (KIS) KIS yang diluncurkan tanggal 3 November 2014 merupakan wujud program Indonesia Sehat di bawah Pemerintahan Presiden Jokowi. Program ini 1) menjamin dan memastikan masyarakat kurang mampu untuk mendapat manfaat pelayanan kesehatan seperti yang dilaksanakan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan; 2) perluasan cakupan PBI termasuk Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) dan Bayi Baru Lahir dari peserta Penerima PBI; serta 3) Memberikan tambahan Manfaat berupa layanan preventif, promotif dan deteksi dini dilaksanakan lebih intensif dan terintegrasi

Selain itu pemerintah juga membuat program Nusantara Sehat (NS) Sebagai bagian dari penguatan pelayanan kesehatan primer untuk mewujudkan Indonesia

Sehat Kemenkes membentuk program Nusantara Sehat (NS). Program NS tidak hanya berfokus pada kegiatan kuratif tetapi juga pada promotif dan preventif untuk mengamankan kesehatan masyarakat dan daerah yang paling membutuhkan. (wicaksono, 2014).

## **B. Masalah-masalah kesehatan secara umum di Indonesia**

Penyakit tertentu, seperti kanker, jantung, diabetes, meringankan depresi dan juga meningkatkan mood. Pada umumnya aktivitas fisik mulai menurun ketika kita telah mencapai usia lanjut, walaupun beberapa orang usia lanjut masih melakukan berbagai aktivitas fisik.

Seperti halnya olahraga, perhatian terhadap makan juga akan semakin menurun. Padahal makanan adalah jalur asupan nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh. Seperti isu kesehatan yang diusung oleh WHO (World Health Organization) adalah mengenai keamanan pangan. Selain menjadi jalur asupan nutrisi, makanan juga bisa menjadi jalur masuk penyakit dalam tubuh. Sehingga menjadi sesuatu yang penting untuk memperhatikan keamanan pangan yang konsumsi sehari-hari (Rahmawati, 2015)

### **1. . Obesitas**

Berat badan yang berlebih itu dalam dunia medis dikenal dengan obesitas ternyata meningkatkan kemungkinan terjadinya hipertensi, diabetes tipe 2, penyakit jantung koroner, stroke, penyakit kandung empedu, osteoarthritis, sleep apnea, gangguan

pernapasan, penyakit payudara, prostat, kanker usus besar, dislipidemia dan endometrium.

## 2. Tembakau

Tembakau yang saat ini lebih banyak dikonsumsi melalui rokok adalah penyebab terbesar kematian dini, setidaknya ini sesuai dengan catatan kesehatan di Amerika Serikat. Mereka menyebutnya dengan

*Tobacco dependence disease* atau penyakit ketergantungan tembakau. Pusat pengendalian dan pencegahan penyakit Amerika (The Centers for Disease Control and Prevention) mengatakan bahwa perokok yang mencoba berhenti lebih berhasil ketika mereka memiliki dukungan dari dokter.

## 3. Penyalahgunaan obat

Penyalahgunaan obat yang dimaksud di sini adalah penyalahgunaan obat-obatan terlarang dan alkohol. Sebuah masalah kesehatan yang masih mengakar pada kalangan muda. Seperti yang kita tahu ketergantungan akan obat-obatan terlarang dan alkohol dapat menyebabkan penyakit yang serius dan bahkan mampu menyebabkan kematian.

## 4. HIV/AIDS

Seolah-olah masih belum bisa terlepas dari bayang-bayang HIV/AIDS, antara tahun 1991 dan 1996, AIDS yang terjadi pada usia dewasa terjadi dua kali lebih cepat dari usia muda. Alasan utamanya adalah, dalam usia dewasa (sekitar usia 50-an) kebanyakan orang melakukan hubungan seksual tanpa menggunakan kondom. Padahal dalam usia ini, sistem kekebalan tubuh telah menurun. Gejala yang dimunculkan oleh penderita HIV pada usia ini seperti kelelahan, penurunan berat badan, demensia, ruam kulit, dan pembengkakan kelenjar getah bening. Gejala yang dimunculkan tersebut sangat mirip dengan gejala kesehatan usia lanjut.

## 5. Kesehatan mental

Demensia yang identik dengan kesehatan usia lanjut ini ternyata bukan penyakit yang disebabkan oleh penuaan. Demensia dapat disebabkan oleh penyakit, reaksi terhadap obat-obatan, masalah penglihatan, masalah pendengaran, infeksi, ketidakseimbangan gizi, diabetes, dan gagal ginjal.

Ada banyak penyakit demensia (salah satunya Alzheimer) dan beberapa penyakit bisa bersifat sementara, jika melakukan penanganan medis yang tepat. Masalah kesehatan mental yang akhir-akhir ini mulai populer adalah depresi. Jika tidak diobati, depresi dapat menyebabkan penderita melakukan tindakan-tindakan yang berbahaya, termasuk bunuh diri.

Selain itu pemerintah Indonesia juga pernah menghadapi kasus kesehatan lainnya seperti demam berdarah. Demam berdarah masuk ke Indonesia pada tahun Indonesia pertama kali dilaporkan terjadi di Jakarta, pada tahun 1969. Tetapi awal kemunculan penyakit DBD ini sendiri mulai dikenal sejak tahun 1779 (Demam Berdarah, 2011), dan hingga saat ini pun pemerintah pernah menghadapi masalah tersebut data direktorat pengendalian penyakit *Tular Vektor* dan *Zoonosis* Kementerian Kesehatan menyebutkan hingga akhir Januari tahun 2016, kejadian luar biasa (KLB) penyakit DBD dilaporkan ada di 12 Kabupaten dan 3 Kota dari 11 Provinsi di Indonesia, antara lain (Kesehatan, 2016) :

- 1) Provinsi Banten, yaitu Kabupaten Tangerang
- 2) Provinsi Sumatera Selatan, yaitu Kota Lubuklinggau
- 3) Provinsi Bengkulu, yakni Kota Bengkulu
- 4) Provinsi Bali, yaitu Kota Denpasar dan Kabupaten Gianyar
- 5) Provinsi Sulawesi Selatan, yaitu Kabupaten Bulukumba, Pangkep, Luwu Utara, dan Wajo

- 6) Provinsi Gorontalo, yaitu Kabupaten Gorontalo
- 7) Provinsi Papua Barat, yakni Kabupaten Kaimana
- 8) Provinsi Papua, yakni Kabupaten Mappi
- 9) Provinsi NTT, yakni Kabupaten Sikka
- 10) Provinsi Jawa Tengah, yaitu Kabupaten Banyumas
- 11) Provinsi Sulawesi Barat, yakni Kabupaten Majene. Sepanjang bulan

Januari dan Februari 2016, kasus DBD yang terjadi di wilayah tersebut tercatat sebanyak 492 orang dengan jumlah kematian 25 orang pada bulan Januari 2016 sedangkan pada bulan Februari tercatat sebanyak 116 orang dengan jumlah kematian 9 orang. Hasil data tersebut menunjukkan adanya penurunan KLB di Indonesia sepanjang bulan Januari-Februari 2016.

Kementerian Kesehatan RI mencatat jumlah penderita DBD di Indonesia pada bulan Januari-Februari 2016 sebanyak 8.487 orang penderita DBD dengan jumlah kematian 108 orang. Golongan terbanyak yang mengalami DBD di Indonesia pada usia 5-14 tahun mencapai 43,44% dan usia 15-44 tahun mencapai 33,25%. Terjadinya KLB DBD di Indonesia berhubungan dengan berbagai faktor risiko, yaitu :

- 1) Lingkungan yang masih kondusif untuk terjadinya tempat perindukan nyamuk Aedes
- 2) Pemahaman masyarakat yang masih terbatas mengenai pentingnya pemberantasan sarang nyamuk (PSN) 3M Plus

3) Perluasan daerah endemik akibat perubahan dan manipulasi lingkungan yang terjadi karena urbanisasi dan pembangunan tempat pemukiman baru; serta 4) Meningkatnya mobilitas penduduk.

Untuk menekan terjadinya KLB DBD, perlu membudayakan kembali Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus secara berkelanjutan sepanjang tahun dan mewujudkan Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik.

### **C. Kondisi umum, potensi dan permasalahan dalam kesehatan**

(Sumber: kesehatan, 2015)

1. Upaya Kesehatan Kesehatan Ibu dan Anak. Angka Kematian Ibu sudah mengalami penurunan, namun masih jauh dari target MDGs tahun 2015, meskipun jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mengalami peningkatan. Kondisi ini kemungkinan disebabkan oleh antara lain kualitas pelayanan kesehatan ibu yang belum memadai, kondisi ibu hamil yang tidak sehat dan faktor determinan lainnya. Penyebab utama kematian ibu yaitu hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan post partum. Penyebab ini dapat diminimalisir apabila kualitas Antenatal Care dilaksanakan dengan baik. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan kondisi ibu hamil tidak sehat antara lain adalah penanganan komplikasi, anemia, ibu hamil yang menderita diabetes, hipertensi, malaria, dan empat terlalu (terlalu muda <20 tahun, terlalu tua >35 tahun, terlalu dekat jaraknya 2 tahun dan terlalu banyak anaknya > 3 tahun). Sebanyak 54,2 per 1000 perempuan dibawah usia 20 tahun telah melahirkan, sementara perempuan yang melahirkan usia di atas 40 tahun sebanyak 207 per 1000 kelahiran hidup. Hal ini diperkuat oleh data yang menunjukkan masih adanya umur perkawinan pertama pada usia yang amat muda (<20 tahun) sebanyak 46,7% dari semua perempuan yang telah kawin. Potensi dan tantangan dalam penurunan

kematian ibu dan anak adalah jumlah tenaga kesehatan yang menangani kesehatan ibu khususnya bidan sudah relatif tersebar ke seluruh wilayah Indonesia, namun kompetensi masih belum memadai. Peningkatan kesehatan ibu sebelum hamil terutama pada masa remaja, menjadi faktor penting dalam penurunan AKI dan AKB. Peserta KB cukup banyak merupakan potensi dalam penurunan kematian ibu, namun harus terus digalakkan penggunaan kontrasepsi jangka panjang. Keanekaragaman makanan menjadi potensi untuk peningkatan gizi ibu hamil, namun harus dapat dikembangkan paket pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil yang tinggi kalori, protein dan mikronutrien. Kematian Bayi dan Balita. Dalam 5 tahun terakhir, Angka Kematian Neonatal (AKN) tetap sama yakni 19/1000 kelahiran, sementara untuk Angka Kematian Pasca Neonatal (AKPN) terjadi penurunan dari 15/1000 menjadi 13/1000 kelahiran hidup, angka kematian anak balita juga turun dari 44/1000 menjadi 40/1000 kelahiran hidup. Penyebab kematian pada kelompok perinatal disebabkan oleh Intra Uterine Fetal Death (IUFD) sebanyak 29,5% dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 11,2%, ini berarti faktor kondisi ibu sebelum dan selama kehamilan amat menentukan kondisi bayinya. Tantangan ke depan adalah mempersiapkan calon ibu agar benar-benar siap untuk hamil dan melahirkan dan menjaga agar terjamin kesehatan lingkungan yang mampu melindungi bayi dari infeksi. Untuk usia di atas neonatal sampai satu tahun, penyebab utama kematian adalah infeksi khususnya pnemonia dan diare. Ini berkaitan erat dengan perilaku hidup sehat ibu dan juga kondisi lingkungan setempat. Usia Sekolah dan Remaja. Penyebab kematian terbesar pada usia ini adalah kecelakaan transportasi, disamping penyakit demam berdarah dan tuberkulosis. Masalah kesehatan lain adalah penggunaan tembakau dan pernikahan pada usia dini (10-15 tahun) dimana pada laki-laki sebesar 0,1% dan pada perempuan sebesar 0,2%. Untuk status gizi remaja, hasil Riskesdas 2010, secara nasional

prevalensi remaja usia 13-15 tahun yang pendek dan amat pendek adalah 35,2% dan pada usia 16-18 tahun sebesar 31,2%. Sekitar separuh remaja mengalami defisit energi dan sepertiga remaja mengalami defisit protein dan mikronutrien. Pelaksanaan UKS harus diwajibkan di setiap sekolah dan madrasah mulai dari TK/RA sampai SMA/ SMK/MA, mengingat UKS merupakan wadah untuk mempromosikan masalah kesehatan. Wadah ini menjadi penting dan strategis, karena pelaksanaan program melalui UKS jauh lebih efektif dan efisien serta berdaya ungkit lebih besar. UKS harus menjadi upaya kesehatan wajib Puskesmas. Peningkatan kuantitas dan kualitas Puskesmas melaksanakan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang menjangkau ,remaja di sekolah dan di luar sekolah. Prioritas program UKS adalah perbaikan gizi usia sekolah, kesehatan reproduksi dan deteksi dini penyakit tidak menular. Usia Kerja dan Usia Lanjut. Selain penyakit tidak menular yang mengancam pada usia kerja, penyakit akibat kerja dan terjadinya kecelakaan kerja juga meningkat. Jumlah yang meninggal akibat kecelakaan kerja semakin meningkat hampir 10% selama 5 tahun terakhir. Proporsi kecelakaan kerja paling banyak terjadi pada umur 31-45 tahun. Oleh karena itu program kesehatan usia kerja harus menjadi prioritas, agar sejak awal faktor risiko sudah bisa dikendalikan. Prioritas untuk kesehatan usia kerja adalah mengembangkan pelayanan kesehatan kerja primer dan penerapan keselamatan dan kesehatan kerja di tempat kerja, selain itu dikembangkan Pos Upaya Kesehatan Kerja sebagai salah satu bentuk UKBM pada pekerja dan peningkatan kesehatan kelompok pekerja rentan seperti Nelayan, TKI, dan pekerja perempuan. Gizi Masyarakat. Perkembangan masalah gizi di Indonesia semakin kompleks saat ini, selain masih menghadapi masalah kekurangan gizi, masalah kelebihan gizi juga menjadi persoalan yang harus ditangani dengan serius. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014, perbaikan status gizi

masyarakat merupakan salah satu prioritas dengan menurunkan prevalensi balita gizi kurang (underweight) menjadi 15% dan prevalensi balita pendek (stunting) menjadi 32% pada tahun 2014. Hasil Riskesdas dari tahun 2007 ke tahun 2013 menunjukkan fakta yang memprihatinkan dimana underweight meningkat dari 18,4% menjadi 19,6%, stunting juga meningkat dari 36,8% menjadi 37,2%, sementara wasting (kurus) menurun dari 13,6% menjadi 12,1%. Riskesdas 2010 dan 2013, menunjukkan bahwa kelahiran dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) <2500 gram menurun dari 11,1% menjadi 10,2%. Stunting terjadi karena kekurangan gizi kronis yang disebabkan oleh kemiskinan dan pola asuh tidak tepat, yang mengakibatkan kemampuan kognitif tidak berkembang maksimal, mudah sakit dan berdaya saing rendah, sehingga bisa terjebak dalam kemiskinan. Seribu hari pertama kehidupan seorang anak adalah masa kritis yang menentukan masa depannya, dan pada periode itu anak Indonesia menghadapi gangguan pertumbuhan yang serius. Yang menjadi masalah, lewat dari 1000 hari, dampak buruk kekurangan gizi sangat sulit diobati. Untuk mengatasi stunting, masyarakat perlu dididik untuk memahami pentingnya gizi bagi ibu hamil dan anak balita. Secara aktif turut serta dalam komitmen global (SUN-Scaling Up Nutrition) dalam menurunkan stunting, maka Indonesia fokus kepada 1000 hari pertama kehidupan (terhitung sejak konsepsi hingga anak berusia 2 tahun) dalam menyelesaikan masalah stunting secara terintegrasi karena masalah gizi tidak hanya dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan saja (intervensi spesifik) tetapi juga oleh sektor di luar kesehatan (intervensi sensitif). Hal ini tertuang dalam Peraturan Pemerintah Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi. Tidak hanya terjadi pada usia balita, prevalensi obesitas yang meningkat juga terjadi di usia dewasa. Terbukti dari perkembangan prevalensi obesitas sentral (lingkar perut >90 cm untuk laki-laki dan >80 cm untuk perempuan) tahun 2007 ke tahun

2013 antar provinsi. Untuk tahun 2013, tertinggi di Provinsi DKI Jakarta (39,7%) yaitu 2,5 kali lipat dibanding prevalensi terendah di Provinsi NTT (15.2%). Prevalensi obesitas sentral naik di semua provinsi, namun laju

2. (IHVCB) Universitas Indonesia, Institut Penyakit Tropis Universitas Airlangga, dan Lembaga Biologi Molekuler Eijkman. Usaha keras yang dilakukan berhasil membawa Indonesia sebagai negara pertama di Regional Asia Tenggara yang mencapai target TB global yang dicanangkan waktu itu yaitu Angka Penemuan Kasus (Crude Detection Rate/CDR) diatas 70% dan Angka Keberhasilan Pengobatan (Treatment Success Rate/ TSR) diatas 85% pada tahun 2006. Dalam RPJMN 2015 - 2019, Indonesia tetap memakai prevalensi TB, yaitu 272 per 100.000 penduduk secara absolut (680.000 penderita) dan hasil survey prevalensi TB 2013 - 2014 yang bertujuan untuk menghitung prevalensi TB paru dengan konfirmasi bakteriologis pada populasi yang berusia 15 tahun ke atas di Indonesia menghasilkan : 1). Prevalensi TB paru smear positif per 100.000 penduduk umur 15 tahun ke atas adalah 257 (dengan tingkat kepercayaan 95% 210 - 303) 2). Prevalensi TB paru dengan konfirmasi bakteriologis per 100.000 penduduk umur 15 tahun ke atas adalah 759 (dengan interval tingkat kepercayaan 95% 590 - 961) 3). Prevalensi TB paru dengan konfirmasi bakteriologis pada semua umur per 100.000 penduduk adalah 601 (dengan interval tingkat kepercayaan 95% 466 - 758); dan 4). Prevalensi TB semua bentuk untuk semua umur per 100.000 penduduk adalah 660 ( dengan interval tingkat kepercayaan 95% 523 - 813), diperkirakan terdapat 1.600.000 (dengan interval tingkat kepercayaan 1.300.000 - 2.000.000) orang dengan TB di Indonesia. Pengendalian Penyakit Menular yang termasuk dalam komitmen global seperti malaria juga telah menunjukkan pencapaian program yang cukup baik. Annual Parasite Incidence (API) yang menjadi indikator keberhasilan upaya penanggulangan malaria cenderung

menurun dari tahun ke tahun. Secara nasional kasus malaria selama tahun 2005-2012 cenderung menurun dimana angka API pada tahun 1990 sebesar 4,69 per 1000 penduduk menjadi 1,38 per 1000 pada tahun 2013 dan diharapkan pada tahun 2014 dapat mencapai target MDGs yaitu API <1 per 1000 penduduk. Angka awal tahun 2009 sebesar 1,85% menurun menjadi 1,75% pada tahun 2011, menurun lagi menjadi 1,69% pada tahun 2012, dan terus menurun menjadi 1,38% pada tahun 2013, mendekati target 1% pada tahun 2014. Untuk penyakit DBD, target angka kesakitan DBD secara nasional tahun 2012 sebesar 53 per 100.000 penduduk atau lebih rendah. Sampai tahun 2013, di Indonesia tercatat sebesar 45,85 per 100.000 penduduk yang berarti telah melampaui target yang ditetapkan. Angka Kematian DBD juga mengalami penurunan dimana pada tahun 1968 angka CFR nya mencapai 41,30% saat ini menjadi 0,77% pada tahun 2013. Dalam rangka menurunkan kejadian luar biasa penyakit menular telah dilakukan pengembangan Early Warning and Respons System (EWARS) atau Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) merupakan penguatan dari Sistem Kewaspadaan Dini - Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB). Melalui Penggunaan EWARS ini diharapkan terjadi peningkatan dalam deteksi dini dan respon terhadap peningkatan trend kasus penyakit khususnya yang berpotensi menimbulkan KLB. Dalam beberapa dasawarsa terakhir, sejumlah penyakit baru bermunculan dan sebagian bahkan berhasil masuk serta merebak di Indonesia, seperti SARS, dan flu burung. Sementara itu, di negara-negara Timur Tengah telah muncul dan berkembang penyakit MERS, dan dimulai di Afrika telah muncul dan berkembang penyakit Ebola. Penyakit-penyakit baru tersebut pada umumnya adalah penyakit yang disebabkan oleh virus, yang walaupun semula berjangkit di kalangan hewan akhirnya dapat menular ke manusia. Sebagian bahkan telah menjadi penyakit yang menular dari manusia ke manusia. Penyakit Tidak Menular. Kecenderungan

penyakit menular terus meningkat dan telah mengancam sejak usia muda. Selama dua dekade terakhir ini, telah terjadi transisi epidemiologis yang signifikan, penyakit tidak menular telah menjadi beban utama, meskipun beban penyakit menular masih berat juga. Indonesia sedang mengalami double burden penyakit, yaitu penyakit tidak menular dan penyakit menular sekaligus. Penyakit tidak menular utama meliputi hipertensi, diabetes melitus, kanker dan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). Jumlah kematian akibat rokok terus meningkat dari 41,75% pada tahun 1995 menjadi 59,7% di 2007. Selain itu dalam survei ekonomi nasional 2006 disebutkan penduduk miskin menghabiskan 12,6% penghasilannya untuk konsumsi rokok. Oleh karena itu deteksi dini harus dilakukan dengan secara proaktif mendatangi sasaran, karena sebagian besar tidak mengetahui bahwa dirinya menderita penyakit tidak menular. Dalam rangka pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) antara lain dilakukan melalui pelaksanaan Pos Pembinaan Terpadu Pengendalian Penyakit Tidak Menular (Posbindu-PTM) yang merupakan upaya monitoring dan deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular di masyarakat. Sejak mulai dikembangkan pada tahun 2011 Posbindu- PTM pada tahun 2013 telah berkembang menjadi 7225 Posbindu di seluruh Indonesia.

3. **Penyehatan Lingkungan.** Upaya penyehatan lingkungan juga menunjukkan keberhasilan yang cukup bermakna. Persentase rumah tangga dengan akses air minum yang layak meningkat dari 47,7 % pada tahun 2009 menjadi 55,04% pada tahun 2011. Angka ini mengalami penurunan menjadi 41,66% pada tahun 2012, akan tetapi kemudian meningkat lagi menjadi 66,8% pada tahun 2013. Kondisi membaik ini mendekati angka target 68% pada tahun 2014. Pada tahun 2013 proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak adalah 59,8% yang berarti telah meningkat bila dibandingkan tahun 2010 mencapai 45,1%, sedangkan

akses sanitasi dasar yang layak pada tahun 2013 adalah 66,8% juga meningkat dari 55,5% dari tahun 2010. Demikian juga dengan pengembangan desa yang melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) sebagai upaya peningkatan penyehatan lingkungan, capaiannya terus mengalami peningkatan.

Kesehatan Jiwa. Permasalahan kesehatan jiwa sangat besar dan menimbulkan beban kesehatan yang signifikan. Data dari Riskesdas tahun 2013, prevalensi gangguan mental emosional (gejala-gejala depresi dan ansietas), sebesar 6% untuk usia 15 tahun ke atas. Hal ini berarti lebih dari 14 juta jiwa menderita gangguan mental emosional di Indonesia. Sedangkan untuk gangguan jiwa berat seperti gangguan psikosis, prevalensinya adalah 1,7 per 1000 penduduk. Ini berarti lebih dari 400.000 orang menderita gangguan jiwa berat (psikosis). Angka pemasangan pada orang dengan gangguan jiwa berat sebesar 14,3% atau sekitar 57.000 kasus gangguan jiwa yang mengalami pemasangan. Gangguan jiwa dan penyalahgunaan Napza, juga berkaitan dengan masalah perilaku yang membahayakan diri, seperti bunuh diri. Berdasarkan laporan dari Mabes Polri pada tahun 2012 ditemukan bahwa angka bunuh diri sekitar 0,5 % dari 100.000 populasi, yang berarti ada sekitar 1.170 kasus bunuh diri yang dilaporkan dalam satu tahun. Prioritas untuk kesehatan jiwa adalah mengembangkan Upaya Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat (UKJBM) yang ujung tombaknya adalah Puskesmas dan bekerja bersama masyarakat, mencegah meningkatnya gangguan jiwa masyarakat.

Akses dan Kualitas Pelayanan Kesehatan. Sejak tahun 2009 sampai dengan tahun 2013 telah terjadi peningkatan jumlah Puskesmas, walaupun dengan laju pertambahan setiap tahun yang tidak besar (3-3,5%). Puskesmas yang pada tahun 2009 berjumlah 8.737 buah (3,74 per 100.000 penduduk), pada tahun 2013 telah menjadi 9.655 buah (3,89 per 100.000 penduduk). Dari jumlah tersebut sebagiannya adalah Puskesmas Perawatan, yang jumlahnya juga meningkat yakni dari 2.704 buah

pada tahun 2009 menjadi 3.317 buah pada tahun 2013. Data Risfaskes 2011 menunjukkan bahwa sebanyak 2.492 Puskesmas berada di daerah terpencil dan sangat terpencil yang tersebar pada 353 Kabupaten/Kota. Peningkatan jumlah juga terjadi pada Rumah Sakit Umum (RSU) dan Rumah Sakit Khusus (RSK) serta Tempat Tidurnya (TT). Pada tahun 2009 terdapat 1.202 RSU dengan kapasitas 141.603 TT, yang kemudian meningkat menjadi 1.725 RSU dengan 245.340 TT pada tahun 2013. Pada tahun 2013, sebagian besar (53%) RSU adalah milik swasta (profit dan non profit), disusul (30,4%) RSU milik pemerintah Kabupaten/ Kota. RSK juga berkembang pesat, yakni dari 321 RSK dengan 22.877 TT pada tahun 2009 menjadi 503 RSK dengan 33.110 TT pada tahun 2013. Pada tahun 2013, lebih dari separuh (51,3%) RSK itu adalah RS Bersalin dan RS Ibu dan Anak. Data Oktober 2014 menunjukkan bahwa saat ini terdapat 2.368 RS dan diprediksikan jumlah RS akan menjadi 2.809 pada tahun 2017, dengan laju pertumbuhan jumlah RS rata-rata 147 per tahun. Dari sisi kesiapan pelayanan, data berdasarkan Rifaskes 2011 menunjukkan bahwa pencapaiannya belum memuaskan. Jumlah admisi pasien RS per 10.000 penduduk baru mencapai 1,9%. Rata-rata Bed Occupancy Rate (BOR) RS baru 65%. RS Kabupaten/ Kota yang mampu PONEK baru mencapai 25% dan kesiapan pelayanan PONEK di RS pemerintah baru mencapai 86%. Kemampuan Rumah Sakit dalam transfusi darah secara umum masih rendah (kesiapan rata-rata 55%), terutama komponen kecukupan persediaan darah (41% RS Pemerintah dan 13% RS Swasta). Kesiapan pelayanan umum di Puskesmas baru mencapai 71%, pelayanan PONED 62%, dan pelayanan penyakit tidak menular baru mencapai 79%. Kekurangsiapan tersebut terutama karena kurangnya fasilitas yang tersedia; kurang lengkapnya obat, sarana, dan alat kesehatan; kurangnya tenaga kesehatan; dan belum memadainya kualitas pelayanan. Di Puskesmas, kesiapan peralatan dasar memang cukup tinggi

(84%), tetapi kemampuan menegakkan diagnosis ternyata masih rendah (61%). Di antara kemampuan menegakkan diagnosis yang rendah tersebut adalah tes kehamilan (47%), tes glukosa urin (47%), dan tes glukosa darah (54%). Hanya 24% Puskesmas yang mampu melaksanakan seluruh komponen diagnosis. Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan. Persentase rumah tangga yang mempraktikkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) meningkat dari 50,1% (2010) menjadi 53,9% (2011), dan 56,5% (2012), lalu turun sedikit menjadi 55,0% (2013). Karena target tahun 2014 adalah 70%, maka pencapaian tahun 2013 tersebut tampak masih jauh dari target yang ditetapkan. Desa siaga aktif juga meningkat dari 16% (2010) menjadi 32,3% (2011), 65,3% (2012), dan 67,1% (2013). Target tahun 2014 adalah 70%, sehingga dengan demikian pencapaian tahun 2013 dalam hal ini sudah mendekati target yang ditetapkan. Demikian pun dengan Poskesdes yang beroperasi, yang mengalami peningkatan dari 52.279 buah (2010) menjadi 52.850 buah (2011), 54.142 buah (2012), dan 54.731 buah (2013). Sedangkan target tahun 2014 adalah 58.500 buah. Dari pencapaian tersebut jelas bahwa masih terdapat sekitar 45% rumah tangga yang belum mempraktikkan PHBS, sekitar 30% desa siaga belum aktif, dan sekitar 13.500 buah (18,75%) poskesdes belum beroperasi (diasumsikan terdapat 72.000 buah Poskesdes). Telah terjadi perubahan yang cukup besar pada anggota rumah tangga  $\geq 10$  tahun yang berperilaku benar dalam buang air besar, yakni dari 71,1% pada tahun 2007 menjadi 82,6% pada tahun 2013. Namun ini berarti bahwa masih ada sekitar 17,4% anggota rumah tangga  $\geq 10$  tahun yang berperilaku tidak benar dalam buang air besar. Hal yang membuat tidak maksimalnya pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat adalah terbatasnya kapasitas promosi kesehatan di daerah akibat kurangnya tenaga promosi kesehatan. Berdasarkan laporan Rifaskes 2011, diketahui bahwa jumlah tenaga penyuluh kesehatan masyarakat di Puskesmas hanya

4.144 orang di seluruh Indonesia. Tenaga tersebut tersebar di 3.085 Puskesmas (34,4%). Rata-rata tenaga promosi kesehatan di Puskesmas sebanyak 0,46 per Puskesmas. Itu pun hanya 1% yang memiliki basis pendidikan/pelatihan promosi kesehatan.

3. Aksesibilitas Serta Mutu Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan.

Aksesibilitas obat ditentukan oleh ketersediaan obat bagi pelayanan kesehatan. Pada tahun 2013, tingkat ketersediaan obat dan vaksin telah mencapai 96,82%, meningkat dari pada tahun sebelumnya yang mencapai 92,5%. Walaupun demikian, ketersediaan obat dan vaksin tersebut belum terdistribusi merata antar-provinsi. Data tahun 2012 menunjukkan terdapat 3 provinsi dengan tingkat ketersediaan di bawah 80%, sementara terdapat 6 Provinsi yang memiliki tingkat ketersediaan obat lebih tinggi dari 100%. Disparitas ini mencerminkan belum optimalnya manajemen logistik obat dan vaksin. Untuk itu, perlu didorong pemanfaatan sistem pengelolaan logistik online serta skema relokasi obat- vaksin antar Provinsi/Kabupaten/Kota yang fleksibel dan akuntabel. Pada periode 2010-2014, telah dimulai upaya perbaikan manajemen logistik obat dan vaksin, salah satunya melalui implementasi e-catalog dan inisiasi e-logistic obat. Pada tahun 2013, e-catalog telah dimanfaatkan oleh 432 Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan RS pemerintah, serta menghemat anggaran penyediaan obat hingga sebesar 30%. Sedangkan e-logistic, sampai dengan tahun 2013 telah terdapat 405 instalasi farmasi Kabupaten/Kota telah memanfaatkan aplikasi ini. Melalui e-logistic, pemantauan ketersediaan obat dan vaksin akan semakin real time dan memudahkan pengelolaannya bagi pelaksanaan program kesehatan.

4. Ketersediaan obat dan vaksin cukup baik, tetapi pelayanan kefarmasian di fasilitas pelayanan kesehatan pada umumnya masih belum sesuai standar. Pada tahun 2013, baru 35,15% Puskesmas dan 41,72% Instalasi Farmasi RS yang memiliki pelayanan

kefarmasian sesuai standar. Penggunaan obat generik sudah cukup tinggi, tetapi penggunaan obat rasional di fasilitas pelayanan kesehatan baru mencapai 61,9%. Hal ini terutama disebabkan oleh masih rendahnya penerapan formularium dan pedoman penggunaan obat secara rasional. Di lain pihak, penduduk yang mengetahui tentang seluk-beluk dan manfaat obat generik, masih sangat sedikit, yakni 17,4% di pedesaan dan 46,1% di perkotaan. Pengetahuan masyarakat tentang obat secara umum juga masih belum baik, terbukti sebanyak 35% rumah tangga melaporkan menyimpan obat termasuk antibiotik tanpa adanya resep dokter (Risksdas 2013). Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional memiliki potensi untuk meningkatkan kebutuhan akan obat esensial dan alat kesehatan. Dalam upaya peningkatan ketersediaan obat dan alat kesehatan yang aman, bermutu, dan berkhasiat tersebut, pemerintah telah menyusun Formularium Nasional dan e-catalog untuk menjamin terlaksananya penggunaan obat rasional. Konsep Obat Esensial diterapkan pada Formularium Nasional sebagai acuan dalam pelayanan kesehatan, sehingga pelayanan kefarmasian dapat menjadi cost-effective. Persentase obat yang memenuhi standar mutu, khasiat dan keamanan terus meningkat dan pada tahun 2011 telah mencapai 96,79%. Sedangkan alat kesehatan dan PKRT yang memenuhi syarat keamanan, mutu dan manfaat terus meningkat dan pada tahun 2013 mencapai 90,12% (2013). Sementara itu, mutu sarana produksi obat, produk kefarmasian lain, alat kesehatan, dan makanan umumnya masih belum baik, akibat kurang efektifnya pengawasan dan pembinaan. Tahun 2013, hanya 67,8% sarana produksi obat dan hanya 78,18% sarana produksi alat kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) yang memiliki sertifikasi Good Manufacturing Practices terkini dan memenuhi cara produksi yang baik. Belum baiknya mutu obat masih diperberat dengan masalah tingginya harga obat akibat rantai distribusi yang tidak efisien dan bahan baku obat yang masih diimpor. Impor

bahan baku obat, produk kefarmasian lain dan alat-alat kesehatan mengakibatkan kurangnya kemandirian dalam pelayanan kesehatan. Hampir 90% kebutuhan obat nasional sudah dapat dipenuhi dari produksi dalam negeri. Hanya, industri farmasi masih bergantung pada bahan baku obat impor. Sebanyak 96% bahan baku yang digunakan industri farmasi diperoleh melalui impor. Komponen bahan baku obat berkontribusi 25-30% dari total biaya produksi obat, sehingga intervensi di komponen ini akan memberikan dampak bagi harga obat. Dari sisi sumber daya alam, Indonesia sangat kaya akan tumbuhan obat. Hasil Riset Tumbuhan Obat dan Jamu (Ristoja) tahun 2012 yang baru menjangkau 20% wilayah tanah air, menghasilkan temuan 1.740 spesies tumbuhan obat. Bila dukungan pemerintah untuk kemandirian bangsa konsisten, peneliti yang dedikatif pasti mampu menghasilkan bahan baku obat dari tanah air sendiri. Sejarah kemandirian bahan baku obat membuktikan bahwa peran regulasi dan komitmen lintas sektor kesehatan sangat besar untuk keberhasilan pencapaiannya. Pada tahun 1982-1990, produksi parasetamol mendapat proteksi 100% dari pemerintah. Dengan demikian, prioritas yang harus dilakukan adalah kemandirian bahan baku obat di samping pengembangan e-catalog dan e-logistic.

4. Sumber Daya Manusia Kesehatan. Jumlah SDM kesehatan pada tahun 2012 sebanyak 707.234 orang dan meningkat menjadi 877.088 orang pada tahun 2013. Dari seluruh SDM kesehatan yang ada, sekitar 40% bekerja di Puskesmas. Jumlah tenaga kesehatan sudah cukup banyak tetapi persebarannya tidak merata. Selain itu, SDM kesehatan yang bekerja di Puskesmas tersebut, komposisi jenis tenaganya pun masih sangat tidak berimbang. Sebagian besar tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas adalah tenaga medis (9,37 orang per Puskesmas), perawat-termasuk perawat gigi (13 orang per Puskesmas), bidan (10,6 orang per Puskesmas). Sedangkan tenaga kesehatan masyarakat hanya 2,3 orang per Puskesmas, sanitarian hanya 1,1 orang per

Puskesmas, dan tenaga gizi hanya 0,9 orang per Puskesmas. Rifaskes mengungkap data bahwa tenaga penyuluh kesehatan di Puskesmas juga baru mencapai 0,46 orang per Puskesmas. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di RS, masih menghadapi kendala kekurangan tenaga kesehatan di Rumah Sakit. Pada tahun 2013 mencapai 29% dokter spesialis anak, 27% dokter spesialis kandungan, 32% dokter spesialis bedah, dan 33% dokter spesialis penyakit dalam. Dokter umum yang memiliki STR berjumlah 88.309 orang, sehingga rasio dokter umum sebesar 3,61 orang dokter per 10.000 penduduk. Padahal menurut rekomendasi WHO seharusnya 10 orang dokter umum per 10.000 penduduk. Sementara itu, mutu lulusan tenaga kesehatan juga masih belum menggembirakan. Persentase tenaga kesehatan yang lulus uji kompetensi masih belum banyak, yakni dokter 71,3%, dokter gigi 76%, perawat 63%, D3 keperawatan 67,5%, dan D3 kebidanan 53,5%.

5. Penelitian dan Pengembangan.

Penelitian dan pengembangan kesehatan diarahkan pada riset yang menyediakan informasi untuk mendukung program kesehatan baik dalam bentuk kajian, riset kesehatan nasional, pemantauan berkala, riset terobosan berorientasi produk, maupun riset pembinaan dan jejaring. Salah satu upaya ini terlihat dari beberapa terobosan riset seperti Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes), Riset Tanaman Obat dan Jamu (Ristoja), Riset Khusus Pencemaran Lingkungan (Rikus Cemarling), Riset Budaya Kesehatan, Riset Kohort Tumbuh Kembang dan Penyakit Tidak Menular (PTM), Riset Registrasi Penyakit dan Studi Diet Total.

6. Pembiayaan Kesehatan.

Ketersediaan anggaran kesehatan baik dari APBN (Pusat) maupun APBD (Provinsi/Kabupaten/Kota) belum mencapai sebagaimana diamanatkan oleh UU No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, yakni 5% APBN serta 10% APBD (di luar gaji). Anggaran Kementerian Kesehatan dalam kurun waktu terakhir menunjukkan kecenderungan meningkat. Pada tahun 2008 Kementerian Kesehatan

mendapat alokasi anggaran dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) sebesar Rp 18,55 Triliun, dan pada tahun-tahun berikutnya alokasi ini terus meningkat. Tahun 2009 alokasi anggaran Kementerian Kesehatan menjadi Rp 20,93 Triliun, dan meningkat menjadi Rp 38,61 Triliun pada tahun 2013, dan tahun 2014 sebesar Rp 46,459 Triliun. Kenaikan pada tahun 2014 dialokasikan untuk penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, sementara alokasi untuk upaya kesehatan menurun. Meskipun alokasi anggaran meningkat, namun bila dilihat proporsi anggarannya ternyata relatif tidak berubah, yakni sekitar 2,5%. Selain dana dari anggaran Kementerian Kesehatan, pembangunan kesehatan juga harus didanai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan agar Pemerintah Daerah (Provinsi, Kabupaten, Kota) masing-masing dapat mengalokasikan minimal 10% dari APBD nya (di luar gaji pegawai) untuk pembangunan kesehatan. Namun demikian, secara umum alokasi itu baru mencapai 9,37% pada tahun 2012, dengan hanya beberapa provinsi yang dapat mengalokasikan 10- 16%. Pada umumnya provinsi-provinsi baru dapat mengalokasikan dalam kisaran 2-8% dari APBD nya untuk pembangunan kesehatan. Itu pun masih termasuk gaji pegawai. Untuk tingkat Kabupaten/ Kota, sudah lebih baik, tercatat ada 221 (42,2%) Kab/ Kota yang telah mengalokasikan >10% APBD untuk kesehatan. Selain itu, khusus untuk membantu Pemerintah Kabupaten/Kota meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat melalui Puskesmas, Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan menyalurkan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Pemanfaatan dana BOK ini difokuskan pada beberapa upaya kesehatan promotif dan preventif seperti KIA-KB, imunisasi, perbaikan gizi masyarakat, promosi kesehatan, kesehatan lingkungan,

pengendalian penyakit, dan lain-lain, sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dan MDGs bidang kesehatan.

5. Permasalahan dalam penganggaran adalah alokasi anggaran untuk kuratif dan rehabilitatif jauh lebih tinggi daripada anggaran promotif dan preventif, padahal upaya promotif dimaksudkan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat yang sehat agar tidak jatuh sakit. Keadaan tersebut berpotensi inefisiensi dalam upaya kesehatan.
7. Manajemen, Regulasi dan Sistem Informasi Kesehatan. Perencanaan kesehatan di tingkat Kementerian Kesehatan pada dasarnya sudah berjalan dengan baik yang ditandai dengan pemanfaatan IT melalui sistem e-planning, e-budgeting dan e-monev. Permasalahan yang dihadapi dalam perencanaan kesehatan antara lain adalah kurang tersedianya data dan informasi yang memadai, sesuai kebutuhan dan tepat waktu. Permasalahan juga muncul karena belum adanya mekanisme yang dapat menjamin keselarasan dan keterpaduan antara rencana dan anggaran Kementerian Kesehatan dengan rencana dan anggaran kementerian/lembaga terkait serta Pemerintah Daerah atau Pemda (Kabupaten, Kota, dan Provinsi), termasuk pemanfaatan hasil evaluasi atau kajian untuk input dalam proses penyusunan perencanaan. Berkaitan dengan regulasi, berbagai Undang-Undang, Peraturan Presiden, Peraturan Menteri Kesehatan diterbitkan untuk memperkuat pemerataan SDM Kesehatan, pembiayaan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, perencanaan dan sistem informasi kesehatan, kemandirian dan penyediaan obat dan vaksin serta alat kesehatan, penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan upaya kesehatan lainnya.