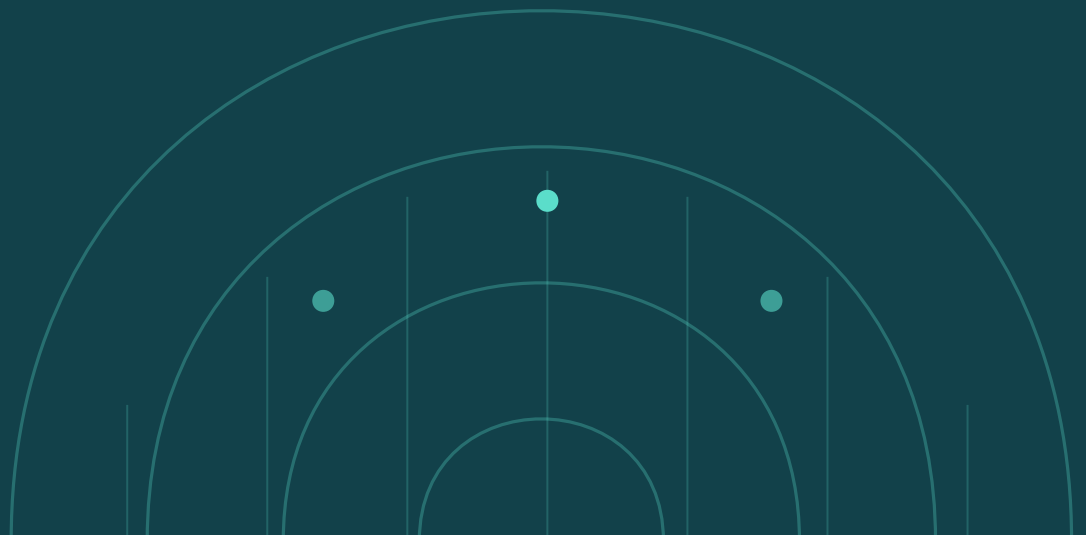


WHITE PAPER · EDISI 2023 · VOLUME I

Deteksi Dini dan Pemeliharaan Kesehatan

Jembatan untuk Kesehatan Indonesia
di Masa Depan

Mendorong bangsa maju melalui masyarakat yang sehat dan produktif



TENTANG DOKUMEN INI

Dokumen ini disusun dan diterbitkan oleh Plebo sebagai kontribusi terhadap diskusi publik mengenai preventive health di Indonesia. Isinya bersifat analitis dan tidak dimaksudkan sebagai nasihat medis atau nasihat investasi.

Seluruh data dalam dokumen ini bersumber dari publikasi resmi lembaga pemerintah, badan internasional, dan pernyataan pejabat publik, dengan batas waktu penelusuran akhir 2023. Sumber setiap angka dicantumkan pada catatan kaki di halaman terkait dan dirangkum pada Catatan & Referensi.

Pengamatan lapangan yang disajikan pada Bagian Tiga bersifat kualitatif, berasal dari praktik operasional Plebo, dan tidak diklaim sebagai hasil studi berbasis populasi.

Edisi 2023 · Volume I
Plebo · Jakarta, Indonesia
plebo.id

DAFTAR ISI

—	Kata Pengantar	3
—	Ringkasan Eksekutif	4
—	Temuan Utama dalam Angka	5
01	Beban yang Terus Tumbuh	6
02	Anatomi Sebuah Kebocoran	13
03	Catatan dari Lapangan	20
04	Kerangka Empat Lapis	24
05	Implikasi	31
—	Catatan & Referensi	35

Tesis dokumen ini

Indonesia tidak gagal mendeteksi penyakit karena kurang memeriksa. Indonesia gagal karena hasil pemeriksaan berhenti sebagai angka: tidak dipahami orangnya, tidak dibaca sebagai pola oleh institusinya, dan tidak pernah berubah menjadi tindakan. Biaya deteksi sudah dikeluarkan; manfaat deteksi belum diambil.

Yang kami lihat setiap hari, dan mengapa kami menulisnya

Kami membaca ribuan lembar hasil laboratorium setiap tahun. Lama-lama ada satu hal yang sulit kami abaikan.

Plebo bekerja di lapisan yang jarang dibicarakan orang: apa yang terjadi antara seseorang menyerahkan sampel darahnya dan orang itu benar-benar melakukan sesuatu terhadap hasilnya. Kami mengurus pengambilan sampel di rumah, alur laboratorium, dan penyajian hasil.

Masalah terbesar yang kami temui bukan orang yang enggan diperiksa. Pemeriksaan terjadi dalam jumlah sangat besar: lewat medical check-up perusahaan, lewat screening, lewat program pemerintah, lewat inisiatif orang sendiri. Masalahnya muncul sesudah itu. Hasil keluar, dibaca sekilas, disimpan, selesai.

Sebagian besar orang yang menerima hasil laboratorium tidak benar-benar tahu apa artinya. Mereka melihat kolom angka, tanda panah, dan rentang rujukan yang tidak menjelaskan apa pun tentang hidup mereka. Perusahaan yang membiayai pemeriksaan itu sering kali hanya menerima tumpukan dokumen per individu, tanpa gambaran menyeluruh tentang kondisi tenaga kerjanya. Dan di antara keduanya, tidak ada pihak yang mera-

sa bertanggung jawab atas langkah berikutnya.

Uang untuk mendeteksi sudah dikeluarkan. Tenaga sudah dihabiskan. Sampel sudah diambil. Nilai dari deteksi itu tetap menguap. Penyakit yang seharusnya tertangkap pada tahap paling murah baru muncul lagi belasan tahun kemudian sebagai penyakit katastropik, pada tahap paling mahal, ketika pilihan yang tersisa tinggal sedikit.

Dokumen ini adalah upaya kami menuliskan persoalan itu secara terbuka, dengan data yang dapat diperiksa siapa pun. Kami memilih untuk tidak menutupinya dengan bahasa promosi. Sebagian dari kritik di dalamnya juga berlaku untuk industri tempat kami berada, termasuk untuk kami sendiri.

Kami menulisnya karena percaya persoalannya dapat diperbaiki, dan karena perbaikan itu tidak akan datang dari satu pihak saja. Ia menuntut perusahaan, BPJS, penyedia layanan, dan lembaga pembiayaan berhenti memperlakukan pemeriksaan kesehatan sebagai kewajiban tahunan, dan mulai memperlakukannya sebagai titik awal.

Plebo

Jakarta, 2023

Enam hal yang perlu dibaca lebih dulu

01 · Bebannya tumbuh lebih cepat dari kemampuan menanggungnya

Biaya penyakit katastropik yang ditanggung BPJS Kesehatan mencapai hampir Rp24,1 triliun pada 2022, naik 34,3 persen hanya dalam satu tahun, dan menyerap 21 persen dari seluruh beban jaminan kesehatan.¹ Yang mengkhawatirkan bukan besarannya. Lajunya.

03 · Pemeriksaannya terjadi, pengetahuannya yang tidak sampai

Survei nasional mengukur tekanan darah tinggi pada 34,1 persen penduduk dewasa, tetapi hanya 8,8 persen yang terdiagnosis.³ Alat ukurnya bekerja. Yang tidak bekerja adalah perjalanan dari hasil pengukuran menuju kesadaran dan penanganan.

05 · Biayanya sudah dibayar dua kali

Negara membayar untuk memeriksa, lalu membayar lagi untuk mengobati penyakit yang sebetulnya sudah sempat terlihat. Di luar itu, sekitar dua juta warga memilih berobat ke luar negeri setiap tahun.⁶

02 · Belanja kesehatan hampir seluruhnya berada di hilir

Dari total belanja program Jaminan Kesehatan Nasional, sekitar 91 persen bersifat kuratif. Promotif dan preventif sebagian 4,7 persen.² Sistemnya dirancang untuk membayar penyakit, bukan untuk mencegahnya.

04 · Kebocorannya berlapis, bukan satu titik

Pada diabetes, dari setiap 100 penyandang di Indonesia sekitar setengahnya belum terdiagnosis; dari yang terdiagnosis hanya dua pertiga yang menjalani pengobatan; dan dari yang berobat hanya sepertiga yang benar-benar terkendali.^{4,5} Tersisa sekitar sebelas orang.

06 · Yang dibutuhkan adalah lapisan tindak lanjut, bukan lebih banyak alat

Indonesia tidak kekurangan laboratorium maupun program screening. Yang belum ada adalah lapisan yang mengubah hasil menjadi pemahaman, pemahaman menjadi keputusan, dan keputusan menjadi perubahan yang bertahan.

**“Biaya deteksi sudah dikeluarkan.
Manfaat deteksi belum diambil.”**

¹BPJS Kesehatan, Laporan 2022. ²Kementerian Kesehatan RI, paparan Menteri Kesehatan kepada Komisi IX DPR RI, Maret 2021. ³Risikesdas 2018. ⁴IDF Diabetes Atlas, 2021. ⁵PERKENI, 2021. ⁶Pernyataan Presiden RI, 6 Maret 2023.

Sembilan angka yang membingkai dokumen ini

Rp24,1_T

Biaya penyakit katastropik yang ditanggung BPJS Kesehatan sepanjang 2022¹

34,3%

Kenaikan biaya dibanding tahun sebelumnya, hanya dalam satu tahun¹

23,3_{jt}

Kasus katastropik yang ditangani sepanjang 2022, bertambah 18,6 persen¹

91%

Porsi belanja Jaminan Kesehatan Nasional yang bersifat kuratif²

4,7%

Porsi yang tersisa untuk upaya promotif dan preventif²

21%

Bagian penyakit katastropik dari total beban jaminan kesehatan¹

34,1%

Penduduk dewasa dengan tekanan darah tinggi berdasarkan pengukuran langsung³

8,8%

Bagian dari mereka yang benar-benar terdiagnosis³

±50%

Penyandang diabetes di Indonesia yang belum terdiagnosis^{4,5}

¹BPJS Kesehatan, Laporan 2022. ²Kementerian Kesehatan RI, paparan kepada Komisi IX DPR RI, Maret 2021. ³Riskesmas 2018, prevalensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk usia 18 tahun ke atas. ⁴IDF Diabetes Atlas, 2021. ⁵PERKENI, 2021.

01

BAGIAN SATU

Beban yang Terus Tumbuh

Sebelum berbicara tentang pencegahan, ada baiknya melihat berapa besar harga yang dibayar Indonesia ketika pencegahan tidak terjadi, dan seberapa cepat harga itu naik.

Delapan penyakit, seperlima dari seluruh beban

Dalam program Jaminan Kesehatan Nasional, delapan penyakit digolongkan katastrofik: jantung, kanker, stroke, gagal ginjal, sirosis hati, tala-semia, leukemia, dan hemofilia.¹

Yang menyatukan kedelapannya bukan organ atau penyebabnya. Pola biayanya. Penanganannya berlangsung lama, sering kali seumur hidup, dan menyerap dana dalam jumlah yang tidak sebanding dengan jumlah penderitanya.

Sepanjang 2022, BPJS Kesehatan menangani sekitar 23,3 juta kasus katastrofik, bertambah 18,6 persen dibanding 2021, dengan biaya hampir Rp24,1 triliun. Biayanya naik 34,3 persen dalam satu tahun.¹ Kelompok penyakit ini menyerap sekitar 21 persen dari seluruh beban jaminan kesehatan.

Angka itu penting bukan karena besarnya. Yang perlu diperhatikan adalah kenyataan bahwa hampir seluruh penyakit dalam daftar tersebut berkembang perlahan, melewati bertahun-tahun tahap yang tidak bergejala, dan hampir selalu meninggalkan jejak yang bisa terbaca di pemeriksaan laboratorium jauh sebelum pasien merasa ada yang salah.

Rp24,06 T

Total biaya penyakit katastrofik, 2022

+34,3%

Kenaikan biaya dari 2021

+18,6%

Kenaikan jumlah kasus dari 2021

Mengapa ini soal deteksi dini

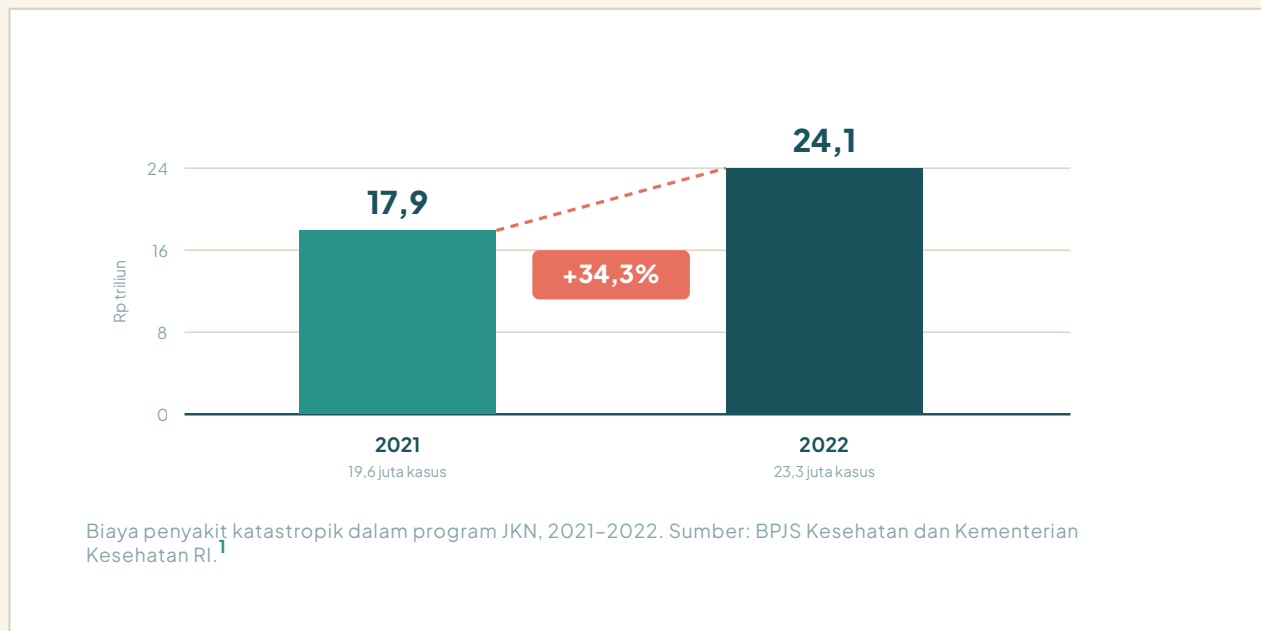
Jantung, stroke, gagal ginjal, dan sebagian besar kanker tidak muncul mendadak. Ia terbentuk selama bertahun-tahun melalui tekanan darah, gula darah, profil lipid, dan fungsi ginjal yang perlahan bergeser. Semuanya terukur, dan murah untuk diukur.

Jantung sendiri menyerap Rp12,14 triliun dari 15,5 juta kasus pada 2022. Satu penyakit, separuh beban katastrofik nasional.

¹ BPJS Kesehatan, Laporan Tahunan 2022, sebagaimana dikutip dalam pemberitaan nasional, 2023.

Yang mengkhawatirkan bukan angkanya. Lajunya.

Sebuah beban sebesar Rp24 triliun dapat dianggarkan. Sebuah beban yang tumbuh sepertiga dalam satu tahun tidak dapat dianggarkan selamanya.



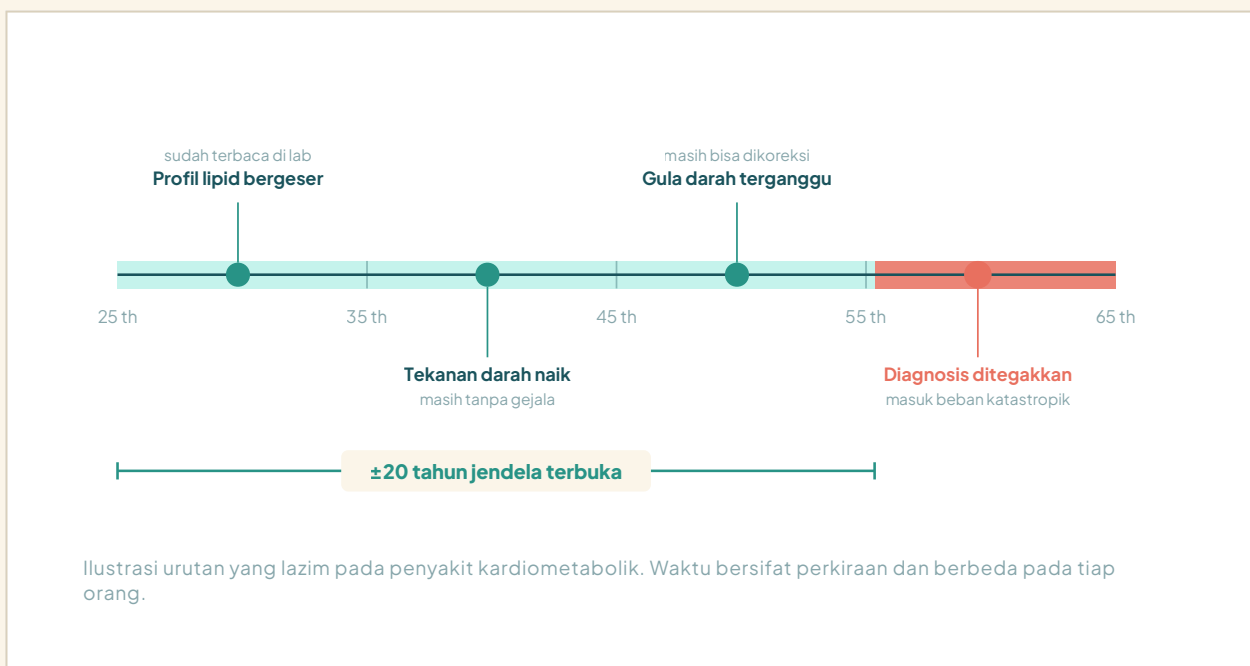
Pada laju seperti ini, persoalannya berhenti menjadi persoalan anggaran tahunan dan berubah menjadi persoalan struktural. Setiap tahun tambahan beban datang dari kelompok pasien baru yang sepuluh atau lima belas tahun sebelumnya masih berada dalam kondisi yang bisa dikoreksi.

Menambah kapasitas rumah sakit, alat, dan dokter spesialis tetap keharusan. Tapi itu memperbaiki kemampuan menampung, bukan laju kedatangan. Selama laju kedatangan tidak disentuh, kapasitas berapa pun akan selalu tertinggal.

¹Angka 2021 dihitung dari basis kenaikan 34,3 persen yang dilaporkan untuk 2022 dan konsisten dengan pelaporan Kementerian Kesehatan RI mengenai 19,6 juta kasus katastrofik pada 2021.

Penyakit katastropik tidak datang mendadak

Inilah alasan mengapa angka pada dua halaman sebelumnya sebenarnya adalah persoalan deteksi, bukan persoalan anggaran. Antara saat pertama kali sesuatu terbaca di laboratorium dan saat diagnosis ditegakkan, biasanya terbentang belasan sampai dua puluh tahun.



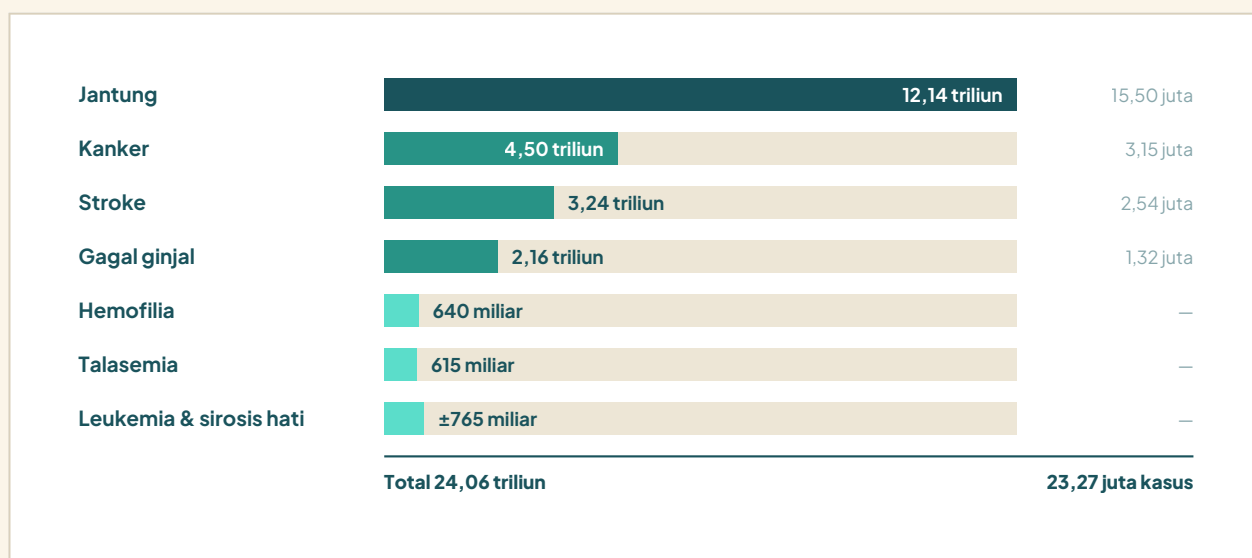
Dua puluh tahun adalah waktu yang sangat panjang. Dalam rentang itu, seseorang di Indonesia hampir pasti pernah menjalani medical check-up perusahaan setidaknya sepuluh kali, dan hampir pasti pernah mengukur tekanan darahnya di fasilitas kesehatan.

Jendela itu tidak tertutup. Ia terbuka lebar, berkali-kali, selama dua dekade, dan berulang kali dilewati tanpa ada yang menindaklanjuti apa yang sudah terlihat di dalamnya.

Setiap kasus katastropik yang masuk ke BPJS hari ini adalah jendela dua puluh tahun yang sudah tertutup. Kasus yang akan masuk pada 2040 masih terbuka sekarang.

Ke mana biayanya pergi

Empat penyakit menyerap hampir sembilan dari sepuluh rupiah yang dikeluarkan untuk kelompok katastropik. Keempatnya memiliki satu kesamaan yang jarang disebut bersamaan: masing-masing memiliki penanda laboratorium yang dapat dipantau bertahun-tahun sebelum diagnosis ditegakkan.



Penanda yang sudah tersedia sejak lama

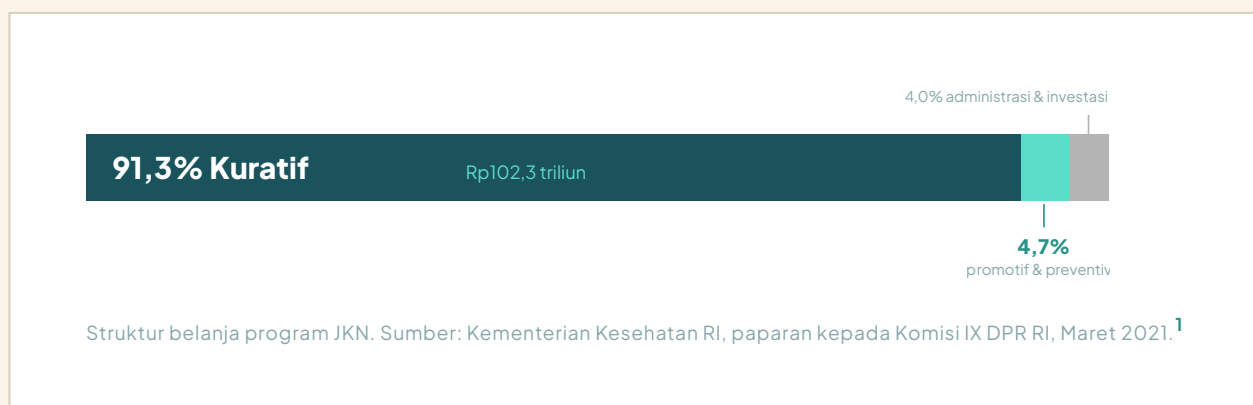
Tekanan darah untuk jantung dan stroke. Gula darah dan HbA1c untuk diabetes yang bermuara ke ginjal. Kreatinin dan eGFR untuk fungsi ginjal. Profil lipid untuk risiko kardiovaskular. Semuanya termasuk pemeriksaan paling murah yang tersedia di laboratorium mana pun di Indonesia.

Jarak antara pemeriksaan seharga puluhan ribu rupiah dan penanganan seharga puluhan hingga ratusan juta rupiah bukan jarak teknologi. Ia jarak waktu. Dan waktu itu, pada sebagian besar kasus, terbuang tanpa disadari siapa pun.

Jadi pertanyaan yang lebih berguna bukan bagaimana membiayai beban ini, tapi kenapa penanda yang sudah murah dan sudah tersedia tidak menghasilkan tindakan.

Sistem yang dirancang untuk membayar penyakit

Ketika Menteri Kesehatan memaparkan struktur belanja Jaminan Kesehatan Nasional kepada Komisi IX DPR RI, gambarannya sulit disalahtafsirkan.



Dari total belanja JKN senilai sekitar Rp112,1 triliun, sekitar Rp102,3 triliun terserap untuk pembiayaan kuratif. Yang tersisa untuk promotif dan preventif sekitar Rp5,3 triliun.¹

Perbandingan itu bukan sekadar soal alokasi yang timpang. Ia menjelaskan mengapa insentif di seluruh rantai layanan mengarah ke hilir. Ketika pembiayaan menempel pada tindakan penyembuhan, maka yang tumbuh adalah kapasitas menyembuhkan. Pencegahan tetap jadi anjuran moral yang tidak punya sumber dana.

Biaya yang mengalir ke luar

Pada Maret 2023, Presiden RI menyatakan hampir dua juta warga Indonesia masih berobat ke luar negeri setiap tahun: sekitar satu juta ke Malaysia, sekitar 750 ribu ke Singapura, sisanya ke negara lain. Perkiraan devisa yang keluar mencapai Rp165 triliun.²

Angka ini disajikan sebagaimana disampaikan dalam pernyataan publik tersebut dan bukan hasil perhitungan Plebo.

¹Kementerian Kesehatan RI, paparan Menteri Kesehatan dalam rapat kerja dengan Komisi IX DPR RI, 17 Maret 2021. ²Pernyataan Presiden RI pada peresmian rumah sakit di Bandung, 6 Maret 2023.

Tetapi masalahnya bukan karena kita kurang memeriksa

Diagnosis yang paling sering diberikan terhadap keadaan ini adalah kurangnya kesadaran masyarakat. Orang Indonesia, katanya, enggan memeriksakan diri sebelum sakit. Solusinya lalu dianggap sederhana: perbanyak edukasi, perbanyak screening, perbanyak titik layanan.

Penjelasan itu tidak sepenuhnya salah, tetapi ia menutupi persoalan yang lebih besar dan lebih tidak nyaman.

Kenyataannya, pemeriksaan kesehatan di Indonesia sudah berlangsung dalam skala yang sangat besar. Setiap tahun, ratusan ribu pekerja menjalani medical check-up yang dibiayai perusahaan, sebagian karena kewajiban regulasi, sebagian sebagai bagian dari paket kesejahteraan. Program screening riwayat kesehatan yang dijalankan BPJS Kesehatan telah menjangkau jutaan peserta. Survei kesehatan nasional mengukur langsung tekanan darah,

gula darah, dan indikator lain pada ratusan ribu responden.

Darah sudah diambil. Tekanan darah sudah diukur. Angkanya sudah keluar.

Pertanyaan yang jarang diajukan adalah: setelah angka itu keluar, apa yang benar-benar terjadi?

Di sinilah dokumen ini mengambil belokan. Menurut kami, kegagalan terbesar sistem preventive health Indonesia terjadi setelah sampel diambil. Tahap itu tidak dimiliki siapa pun, tidak diukur siapa pun, dan tidak dibiayai siapa pun.

Bagian berikutnya menunjukkan bahwa dugaan itu bukan intuisi. Ia dapat dibaca langsung dari data resmi pemerintah, pada dua penyakit yang paling banyak diperiksa di Indonesia.

Kalau sepertiga penduduk dewasa terukur memiliki tekanan darah tinggi, maka alat ukurnya jelas bekerja. Yang tidak bekerja adalah apa yang terjadi setelah angka itu terbaca.

02

BAGIAN DUA

Anatomi Sebuah Kebocoran

Dua penyakit, dua kumpulan data resmi, dan satu pola yang sama: hasil pemeriksaan yang tidak pernah sampai pada orang yang diperiksa.

Terukur pada sepertiga orang. Diketahui oleh hampir tidak ada.

Riset Kesehatan Dasar mengukur tekanan darah penduduk berusia 18 tahun ke atas secara langsung, bukan menanyakan riwayat. Hasilnya: 34,1 persen penduduk dewasa berada pada kategori hipertensi. Pada kelompok yang sama, hanya 8,8 persen yang tercatat pernah terdiagnosis.¹



Sekitar tiga dari empat orang dengan tekanan darah tinggi tidak mengetahui kondisinya. Mereka bukan orang yang menolak diperiksa; sebagian besar dari mereka justru pernah diperiksa. Angkanya keluar, tercatat dalam sebuah lembar, lalu tidak berubah menjadi apa pun.

Kebocorannya bahkan berlanjut setelah diagnosis ditegakkan. Dari mereka yang sudah terdiagnosis, 13,3 persen tidak minum obat sama sekali dan 32,3 persen tidak meminumnya secara rutin.¹

Mengapa hipertensi menjadi ukuran yang jujur

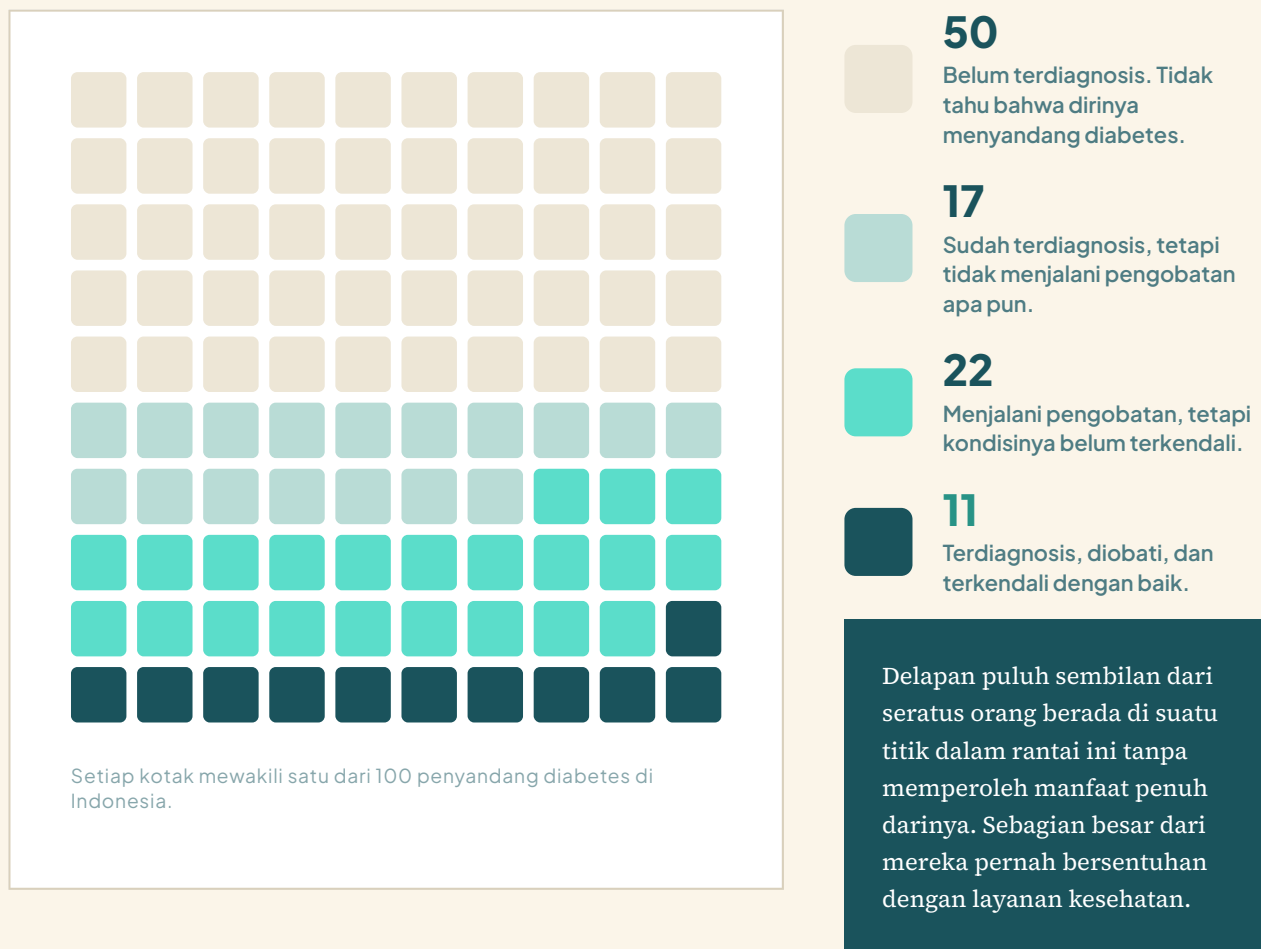
Tekanan darah adalah pemeriksaan termurah dan paling tersedia dalam layanan kesehatan. Tidak memerlukan laboratorium, tidak memerlukan puasa, tidak memerlukan rujukan. Jika pada pemeriksaan semudah ini pun hasilnya tidak sampai kepada orangnya, sulit berharap pemeriksaan yang lebih rumit akan berjalan lebih baik.

Kalau pemeriksaan semurah dan semudah tensi darah pun hasilnya tidak sampai ke orangnya, sulit berharap pemeriksaan yang lebih rumit akan berjalan lebih baik.

¹ Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, Kementerian Kesehatan RI.

Dari seratus orang, sebelas yang tertangani

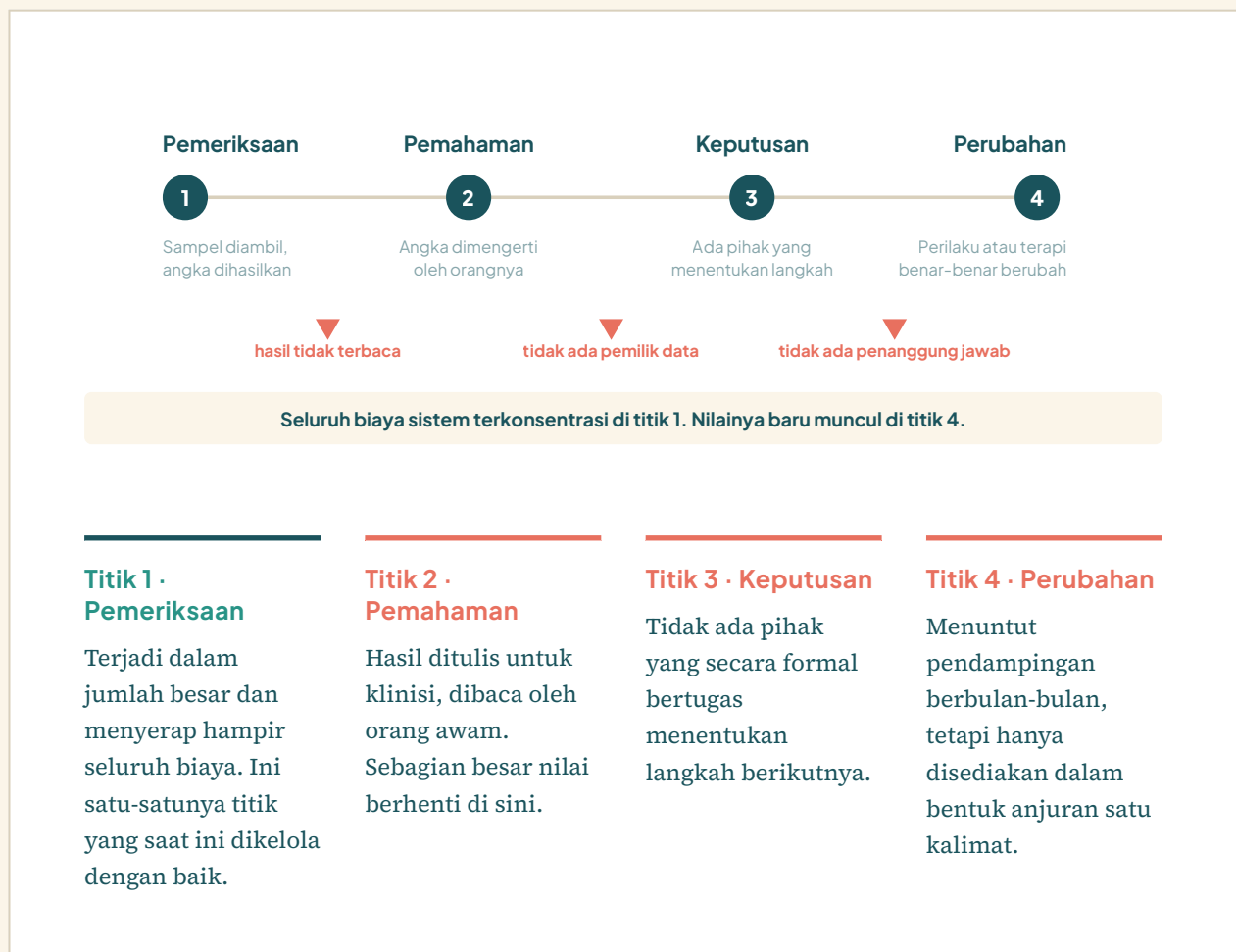
Pada diabetes, kebocorannya dapat dilacak lapis demi lapis. Sekitar separuh penyandang diabetes di Indonesia belum terdiagnosis. Dari yang terdiagnosis, hanya sekitar dua pertiga yang menjalani pengobatan. Dan dari yang menjalani pengobatan, hanya sekitar sepertiga yang kondisinya benar-benar terkendali.^{1,2}



¹IDF Diabetes Atlas, 2021: proporsi diabetes yang tidak terdiagnosis di kawasan Asia Tenggara, termasuk Indonesia. ²PERKENI, Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2, 2021. Angka pada bagan merupakan penyajian ulang proporsi tersebut ke dalam basis 100 orang dan bersifat ilustratif.

Empat titik tempat nilai itu menguap

Pola yang sama muncul pada hipertensi dan diabetes, dan menurut pengamatan kami juga pada dislipidemia, gangguan fungsi ginjal, dan gangguan fungsi hati. Rantainya dapat dipecah menjadi empat titik. Pada setiap titik, sebagian nilai hilang. Dan tidak ada satu pun titik yang jadi tanggung jawab formal pihak tertentu.



Empat titik ini bukan pembagian teoretis. Ini urutan yang dilewati setiap orang yang menjalani pemeriksaan, dalam urutan yang sama, setiap kali.

Yang membuatnya sulit diperbaiki bukan kerumitan teknis. Tidak ada pihak yang secara formal memiliki tiga titik terakhir, jadi tidak ada yang merasa gagal ketika ketiganya tidak terjadi.

Tiga dari empat titik tidak memiliki pemilik. Memperbaiki keadaan ini tidak dimulai dari menambah pemeriksaan, tapi dari menetapkan siapa yang bertanggung jawab atas apa yang terjadi sesudahnya.

Kebocoran pertama dan kedua

Satu · Hasil yang tidak dapat dibaca oleh pemiliknya

Lembar hasil laboratorium ditulis untuk klinisi, bukan untuk orang yang diperiksa. Ia menampilkan nama parameter, satuan, nilai, dan rentang rujukan. Tidak ada penjelasan mengenai arti, tingkat kepentingan, maupun urutan prioritas.

Seseorang yang menerima lembar itu menghadapi tiga pertanyaan yang tidak dijawab dokumen tersebut: apakah ini serius, apa penyebabnya, dan apa yang harus saya lakukan sekarang. Tanpa jawaban atas ketiganya, hasil laboratorium hanyalah dokumen administratif.

Persoalannya bertambah ketika ada lebih dari satu nilai yang menyimpang. Kombinasi gula darah puasa yang meningkat, trigliserida tinggi, dan lingkaran perut berlebih punya makna yang jauh berbeda dibanding ketiganya secara terpisah. Lembar hasil tidak pernah menyampaikan kombinasi, hanya baris demi baris.

Dalam pengamatan kami, ini adalah titik di mana kebocoran terbesar terjadi, sekaligus titik yang paling murah untuk diperbaiki.

Dua · Data yang tidak dimiliki siapa pun

Riwayat pemeriksaan seseorang biasanya tersebar: satu di klinik perusahaan, satu di rumah sakit tempat ia pernah dirawat, satu lagi di laboratorium yang ia datangi sendiri. Tidak ada satu tempat pun yang memuat perjalanan nilainya dari tahun ke tahun.

Padahal perjalanan itulah informasi yang paling bernilai. Kreatinin yang naik perlahan selama lima tahun jauh lebih penting daripada satu nilai kreatinin yang masih berada di dalam rentang normal.

Pada tingkat institusi, persoalannya berbentuk lain. Perusahaan membiayai medical check-up untuk ratusan atau ribuan karyawan, lalu menerima hasilnya sebagai tumpukan dokumen per orang. Tidak ada gambaran agregat mengenai kondisi tenaga kerjanya, tidak ada pembandingan antar unit, tidak ada arah perubahan dari tahun ke tahun.

Pengeluaran itu jadi tidak pernah bisa dievaluasi. Perusahaan membayar setiap tahun tanpa cara untuk mengetahui apakah sesuatu membaik.

Dua kebocoran pertama terjadi sebelum siapa pun sempat mengambil keputusan. Keduanya bukan soal medis. Keduanya soal format, kepemilikan data, dan siapa yang membacanya.

Kebocoran ketiga dan keempat

Tiga · Keputusan yang tidak menjadi tugas siapa pun

Setelah hasil keluar, siapa yang bertanggung jawab menentukan langkah berikutnya? Laboratorium bertanggung jawab atas mutu pemeriksaan, bukan atas tindak lanjutnya. Dokter pemeriksa medical check-up menandatangani kesimpulan, tetapi umumnya tidak memiliki hubungan lanjutan dengan peserta. Bagian sumber daya manusia menerima dokumen, tetapi bukan pihak yang berwenang secara klinis.

Peserta diminta menghubungi dokter apabila diperlukan. Anjuran itu memindahkan seluruh beban keputusan ke orang yang paling tidak punya informasi untuk mengambilnya.

Ketika sebuah langkah menjadi tanggung jawab semua orang, pada praktiknya ia tidak menjadi tanggung jawab siapa pun.

Empat · Perubahan yang tidak pernah didampingi

Sebagian besar rekomendasi yang menyertai hasil pemeriksaan berbunyi serupa: perbaiki pola makan, tingkatkan aktivitas fisik, kurangi berat badan, kelola stres. Semuanya benar, dan hampir semuanya tidak dapat dijalankan hanya dengan membacanya.

Perubahan perilaku memerlukan sasaran yang spesifik, umpan balik yang berulang, dan pengukuran ulang untuk mengetahui apakah usaha itu berhasil. Anjuran satu kalimat pada lembar hasil tidak menyediakan satu pun dari ketiganya.

Inilah alasan mengapa data hipertensi memperlihatkan bahwa sepertiga orang yang sudah terdiagnosis pun tidak meminum obatnya secara rutin. Kegagalannya bukan di pengetahuan. Di ketiadaan pendampingan.

Keempat titik ini memiliki satu kesamaan penting: tidak satu pun di antaranya membutuhkan teknologi medis baru. Yang dibutuhkan adalah lapisan penghubung yang selama ini tidak dimiliki siapa pun.

Keempat kebocoran ini punya satu kesamaan: tidak ada satu pun yang butuh teknologi medis baru untuk diperbaiki.

Yang sebenarnya dibeli Indonesia

Ketika sebuah perusahaan membiayai medical check-up untuk seribu karyawan, yang dibeli sebenarnya bukan pemeriksaan. Yang dibeli adalah kemungkinan mengetahui sesuatu lebih awal, dan kemungkinan bertindak berdasarkan pengetahuan itu.

Kalau pengetahuan tersebut berhenti di lembar hasil, maka yang dibeli tinggal aktivitas pengambilan darah. Biayanya tetap keluar penuh; manfaatnya hanya sebagian kecil yang terambil.

Hal yang sama berlaku pada tingkat negara. Program skrining nasional, survei kesehatan, dan pemeriksaan di layanan primer semua-

nya menghasilkan data dalam jumlah besar. Data itu dibiayai dari anggaran publik. Tetapi selama data tersebut tidak berubah menjadi tindakan pada tingkat individu, ia hanya menjadi catatan statistik mengenai persoalan yang terus membesar.

Indonesia sudah membayar untuk mendeteksi. Yang belum dibangun mekanisme untuk memanfaatkan hasil deteksi itu.

Bagian berikutnya berisi apa yang kami lihat sendiri di lapangan. Bukan studi, tapi catatan dari pihak yang tiap hari berada di antara laboratorium dan orang yang diperiksa.

Pertanyaannya bukan berapa banyak orang yang sudah diperiksa.

Berapa banyak yang keadaannya berubah setelah diperiksa.

03

BAGIAN TIGA

Catatan dari Lapangan

Apa yang kami amati dari posisi di antara laboratorium dan orang yang diperiksa. Bagian ini bersifat kualitatif dan tidak dimaksudkan sebagai temuan berbasis populasi.

Pola yang berulang pada medical check-up korporat

Berikut adalah pola yang paling sering kami temui dalam pelaksanaan pemeriksaan kesehatan berkelompok. Kami menyajikannya sebagai pengamatan operasional, bukan sebagai hasil penelitian.

Pemeriksaan diperlakukan sebagai kewajiban, bukan sebagai informasi

Jadwal disusun untuk menyelesaikan sejumlah peserta dalam waktu tertentu. Keberhasilan diukur dari kelengkapan pelaksanaan dan ketepatan waktu penyerahan dokumen. Tidak ada indikator yang mengukur apakah ada peserta yang keadaannya membaik.

Hasil diserahkan, lalu rantainya berhenti

Dokumen sampai kepada peserta dan bagian sumber daya manusia. Sesudah itu jarang ada mekanisme yang mengatur siapa menindaklanjuti apa, dalam jangka waktu berapa lama, dan dengan hasil seperti apa.

Temuan yang paling sering muncul bukan penyakit langka

Yang paling sering kami jumpai adalah gangguan profil lipid, gula darah di atas rentang optimal, tekanan darah tinggi, serta indeks massa tubuh berlebih. Semuanya sering muncul bersamaan pada orang yang sama, dan hampir selalu pada usia produktif.

Sebagian besar peserta baru mengetahuinya saat itu

Banyak peserta menyampaikan bahwa mereka tidak pernah merasakan gejala apa pun. Ini konsisten dengan data nasional: kondisi yang paling banyak ditemukan justru adalah kondisi yang tidak menimbulkan keluhan sampai bertahun-tahun kemudian.

Perusahaan menginginkan gambaran menyeluruh, tetapi jarang mendapatkannya

Pertanyaan yang paling sering diajukan perusahaan sederhana: seberapa sehat tenaga kerja kami, dan apa yang paling mendesak diperbaiki. Format pelaporan konvensional per individu tidak dirancang untuk menjawabnya.

Pemeriksaan berikutnya dimulai dari nol

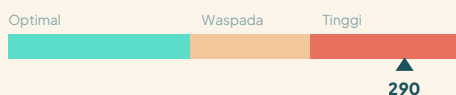
Setahun kemudian, siklusnya berulang tanpa pembandingan. Tanpa riwayat yang tersimpan rapi, tidak ada cara untuk mengetahui apakah angka seseorang membaik, memburuk, atau bertahan.

Yang kami gambarkan di halaman ini bukan kegagalan satu perusahaan atau satu laboratorium. Ini pola default industri, dan pola default itulah yang perlu diubah.

Satu profil, disusun dari pola yang paling sering muncul

Profil berikut merupakan ilustrasi komposit. Ia tidak menggambarkan seorang individu tertentu, melainkan menggabungkan karakteristik yang paling sering kami jumpai pada peserta pemeriksaan usia produktif.

Peserta “Y”	
Usia	25 tahun
Pekerjaan	Pegawai kantor
Indeks massa tubuh	Kategori obesitas
Kolesterol total	290 mg/dL
Keluhan	Mudah lelah
Riwayat periksa	Belum pernah



Posisi kolesterol total pada rentang rujukan umum.

Apa yang biasanya terjadi

Hasil diserahkan dalam bentuk lembar berisi belasan parameter. Nilai kolesterol tercetak dengan penanda “tinggi”. Di bagian bawah tertulis anjuran untuk menjaga pola makan dan berolahraga, serta menghubungi dokter bila diperlukan.

Peserta membaca sekilas, menyimpan dokumennya, dan melanjutkan hidupnya. Tidak ada yang menghubunginya kembali. Setahun berikutnya pemeriksaan diulang, dan angkanya biasanya lebih buruk.

Apa yang sebenarnya sudah diketahui pada hari itu

Kombinasi usia muda, indeks massa tubuh berlebih, kolesterol total jauh di atas rentang optimal, dan gaya hidup dengan aktivitas fisik rendah adalah gambaran risiko kardiovaskular jangka panjang yang sudah bisa dibaca hari itu juga, sekitar dua sampai tiga dekade sebelum ia berpotensi muncul sebagai diagnosis di rumah sakit.

Informasi yang dibutuhkan sudah ada di tangan. Yang tidak ada mekanisme yang membuat informasi itu berarti bagi orangnya.

Peserta seperti “Y” adalah kasus terbaik yang bisa diharapkan sebuah sistem preventif: masih muda, sudah diperiksa, dan temuannya masih sepenuhnya dapat dikoreksi. Kalau pada kasus semudah ini pun rantainya berhenti, kegagalan bersifat struktural, bukan individual.

Titik–titik tempat kami bekerja

Pengamatan pada bagian ini berasal dari operasi layanan pengambilan sampel di rumah dan di tempat kerja, yang dijalankan bersama jaringan laboratorium mitra.



Alur yang kami jalankan

01 · Permintaan

Pemeriksaan dipesan lewat aplikasi, tanpa perlu datang ke fasilitas kesehatan lebih dulu.

02 · Pengambilan sampel

Dilakukan di rumah atau di kantor oleh phlebotomist bersertifikat yang sudah melalui pemeriksaan latar belakang.

03 · Pemeriksaan laboratorium

Sampel diproses di laboratorium mitra melalui rantai pasok dengan standar mutu yang ditetapkan.

04 · Penyajian hasil

Hasil tampil di aplikasi lengkap dengan riwayat nilai sebelumnya dan penjelasan per parameter.

05 · Validasi klinis

Penjelasan yang disusun sistem divalidasi dokter spesialis patologi klinik sebelum ditampilkan.

Kenapa cakupan wilayah menentukan segalanya

Cakupan menentukan siapa yang bisa diperiksa tanpa harus mengambil cuti, menempuh perjalanan, atau menunggu antrean. Tiga hal itu yang paling sering membuat pemeriksaan tertunda sampai gejala muncul.

Kenapa alurnya harus utuh

Memindahkan pengambilan sampel keluar dari fasilitas kesehatan hanya bermanfaat kalau mutunya tidak ikut turun. Lima langkah di samping karena itu diperlakukan sebagai satu rantai, bukan lima layanan terpisah.

Kemudahan yang mengorbankan keandalan hasil bukan kemajuan. Ia cuma memindahkan kesalahan ke tahap berikutnya.

04

BAGIAN EMPAT

Kerangka Empat Lapis

Empat titik kebocoran menuntut empat lapis penanganan. Bagian ini menguraikan kerangkanya, lalu menunjukkan bagaimana kami mencoba menjalankannya.

Dari akses menuju tindakan

Kerangka ini disusun sebagai kerangka industri, bukan sebagai uraian produk. Setiap lapis dapat dijalankan oleh pihak yang berbeda; yang penting adalah keempatnya tersambung dan ada pihak yang bertanggung jawab atas sambungannya.

1

Akses: membuat pemeriksaan terjadi

Menghapus hambatan waktu, jarak, dan antrean. Pemeriksaan yang harus diperjuangkan akan selalu tertunda sampai gejala datang.

2

Interpretasi: membuat hasil bisa dimengerti

Mengubah deretan parameter menjadi penjelasan yang menjawab tiga pertanyaan pemiliknya: seberapa serius, apa kemungkinan penyebabnya, dan apa langkah berikutnya.

3

Agregasi: membuat pola terlihat

Menyimpan riwayat pada tingkat individu sehingga arah perubahan terbaca, dan menyusun gambaran menyeluruh pada tingkat institusi sehingga keputusan dapat diambil berdasarkan bukti.

4

Tindakan: membuat perubahan bertahan

Menerjemahkan temuan menjadi sasaran yang spesifik, mendampingi pelaksanaannya, dan mengukur ulang untuk mengetahui apakah usaha itu berhasil.

Tanpa lapis keempat, tiga lapis pertama hanya menghasilkan pengetahuan yang lebih rapi mengenai persoalan yang sama. Tanpa lapis pertama, tiga lapis lainnya tidak punya bahan untuk dikerjakan.

Akses

Hambatan terbesar pemeriksaan kesehatan di kota besar bukan biaya pemeriksaannya. Biaya yang tidak tercantum di daftar harga.

Waktu perjalanan, antrean, cuti setengah hari, dan kebutuhan menyesuaikan jadwal keluarga membuat pemeriksaan yang secara harga terjangkau tetap terasa mahal. Pada orang yang tidak merasakan gejala apa pun, hambatan sekecil apa pun sudah cukup untuk menunda. Penundaan itu lalu berlangsung tahun demi tahun.

Pendekatan yang kami jalankan memindahkan titik pengambilan sampel ke rumah dan ke tempat kerja. Pemesanan dilakukan melalui aplikasi, phlebotomist datang ke lokasi peserta, dan sampel dibawa ke laboratorium melalui rantai pasok yang terkendali.

Untuk perusahaan, pendekatan ini juga mengubah perhitungan yang lain: pemeriksaan yang dilakukan di lokasi kerja tidak memotong jam produktif dalam jumlah besar, sehingga cakupan peserta lebih mudah ditingkatkan.

Prasyarat mutu pada lapis ini

Memindahkan pengambilan sampel keluar dari fasilitas kesehatan hanya bermanfaat bila mutunya tidak ikut berpindah turun. Tiga hal jadi syarat: phlebotomist bersertifikat dan terlatih, penanganan serta pengiriman sampel yang terstandar, dan laboratorium pemroses yang memenuhi ketentuan mutu.

Kemudahan yang mengorbankan keandalan hasil bukan kemajuan; ia hanya memindahkan kesalahan ke tahap berikutnya.

Yang diukur pada lapis ini

Tingkat partisipasi peserta, waktu tunggu hasil, dan proporsi peserta yang menyelesaikan seluruh rangkaian pemeriksaan yang dijadwalkan.

Akses adalah satu-satunya lapis yang selama ini sudah dikelola dengan serius di Indonesia. Tiga lapis berikutnya hampir seluruhnya kosong.

Interpretasi

Sebuah hasil laboratorium baru menjadi informasi ketika pemiliknya mengerti apa artinya.

Pada lapis ini, setiap parameter diterjemahkan menjadi penjelasan dalam bahasa yang dapat dipahami tanpa latar belakang medis: apa fungsi parameter tersebut, apa arti nilai yang berada di luar rentang, kemungkinan penyebabnya, dan langkah apa yang masuk akal diambil berikutnya.

Penerjemahan ini disusun dengan bantuan sistem kecerdasan buatan agar dapat dilakukan secara konsisten untuk setiap peserta, dan divalidasi oleh dokter spesialis patologi klinik sebelum ditampilkan. Urutannya penting: sistem menyusun, klinisi memvalidasi. Bukan sebaliknya, dan bukan tanpa klinisi.

Batasnya juga perlu dinyatakan dengan jelas. Lapis ini bertujuan membuat hasil dapat dipahami dan menunjukkan kapan seseorang perlu menemui dokter. Ia bukan pengganti pemeriksaan klinis dan tidak menegakkan diagnosis.

Tiga pertanyaan yang harus dijawab

Seberapa penting ini bagi saya?

Menempatkan temuan pada urutan prioritas, bukan menampilkan semua parameter dengan bobot yang sama.

Apa yang mungkin menyebabkannya?

Menyebutkan kemungkinan penyebab yang relevan, termasuk yang bersifat non-penyakit.

Apa langkah saya sekarang?

Menyatakan tindakan berikutnya secara spesifik, termasuk kapan seseorang sebaiknya menemui dokter.

Yang diukur pada lapis ini

Proporsi peserta yang membuka dan membaca hasilnya, serta proporsi temuan bermakna yang berlanjut menjadi konsultasi atau pemeriksaan lanjutan.

Perbaikan pada lapis ini tidak menambah satu pun pemeriksaan baru. Yang berubah cuma bentuk hasil yang diterima orangnya.

Agregasi

Satu nilai menjelaskan kondisi hari ini. Deretan nilai menjelaskan arah yang sedang ditempuh seseorang.

Pada tingkat individu, lapis ini menyimpan seluruh riwayat pemeriksaan pada satu tempat, termasuk hasil dari laboratorium atau rumah sakit lain yang diunggah oleh peserta. Yang ditampilkan bukan cuma angka terakhir, tapi perubahannya dari waktu ke waktu.

Perbedaannya besar. Nilai yang masih berada dalam rentang normal tetapi bergerak konsisten ke satu arah selama beberapa tahun adalah peringatan yang tidak akan pernah terlihat pada pembacaan tunggal.

Pada tingkat institusi, lapis ini menyusun gambaran menyeluruh yang selama ini tidak dimiliki perusahaan: sebaran temuan menurut kelompok usia dan unit kerja, temuan yang paling sering muncul, serta arah perubahannya dibanding periode sebelumnya.

Dengan gambaran itu, keputusan mengenai program kesehatan berhenti menjadi tebakan. Perusahaan dapat memilih intervensi yang sesuai dengan persoalan yang benar-benar ada pada tenaga kerjanya, lalu menilai hasilnya pada siklus berikutnya.

Prinsip yang kami pegang

Data kesehatan adalah milik orangnya. Peserta memiliki akses penuh atas riwayatnya sendiri dan dapat membawanya ke mana pun.

Institusi menerima pola, bukan lembar per orang. Laporan pada tingkat perusahaan disajikan dalam bentuk agregat.

Agregat tidak boleh berubah menjadi alat seleksi. Gambaran kesehatan tenaga kerja ditujukan untuk merancang intervensi, bukan untuk menilai individu.

Yang diukur pada lapis ini

Kelengkapan riwayat per peserta, dan perubahan sebaran temuan antar periode pemeriksaan pada tingkat institusi.

Tanpa riwayat, setiap pemeriksaan dimulai dari nol. Dengan riwayat, pemeriksaan yang sama berubah jadi arah. Arah itulah yang bisa ditindaklanjuti.

Tindakan

Lapis inilah yang paling sering hilang, dan satu-satunya lapis yang menentukan apakah seluruh rangkaian sebelumnya berarti.

Mengetahui bahwa kolesterol seseorang tinggi tidak menurunkan kolesterolnya. Yang menurunkannya adalah rangkaian perubahan kecil yang dijalankan berbulan-bulan, dengan sasaran yang jelas dan umpan balik yang berulang.

Jadi lapis keempat dijalankan sebagai pendampingan, bukan anjuran. Temuan dari pemeriksaan diterjemahkan jadi sasaran yang spesifik pada empat hal yang paling berpengaruh: nutrisi, aktivitas fisik, pola tidur, dan kesehatan mental. Perkembangannya lalu dipantau dari hari ke hari.

Yang menutup rangkaian ini adalah pengukuran ulang. Tanpa pemeriksaan berikutnya, tidak ada cara mengetahui apakah usaha yang dijalankan berhasil, dan tanpa itu motivasi apa pun akan habis dengan sendirinya.

Peran ini dijalankan melalui Livewell, platform pendamping gaya hidup yang disusun oleh dokter dan bekerja di atas hasil pemeriksaan yang sama.

livewell

Empat aspek yang didampingi

Nutrisi. Sasaran asupan disusun dari kebutuhan individu dan temuan pemeriksaannya, dengan rujukan katalog makanan yang lazim dikonsumsi sehari-hari di Indonesia.

Aktivitas fisik. Sasaran gerak harian yang realistis dan meningkat bertahap, disesuaikan dengan kondisi awal peserta.

Pola tidur. Durasi dan keteraturan tidur, yang berkaitan erat dengan pengendalian tekanan darah dan gula darah.

Kesehatan mental. Pemantauan suasana hati sebagai bagian dari kondisi kesehatan secara utuh, bukan sebagai tambahan.

Yang diukur pada lapis ini

Perubahan nilai laboratorium pada pemeriksaan berikutnya. Bukan jumlah anjuran yang dikirim, bukan juga tingkat kepuasan peserta.

Ukuran keberhasilan lapis ini kejam dan sederhana: angka pemeriksaan berikutnya. Kalau tidak berubah, pendampingannya belum bekerja.

Rangkaian yang tertutup

Perbedaan mendasar antara pemeriksaan tahunan dan preventive health terletak pada satu hal: apakah rangkaiannya kembali ke titik awal. Selama pemeriksaan berakhir pada penyerahan hasil, ia tetap menjadi peristiwa. Ketika hasilnya menghasilkan tindakan yang kemudian diukur kembali, ia menjadi proses.



Ketika rangkaian ini tertutup, setiap putaran menghasilkan sesuatu yang tidak dimiliki putaran sebelumnya: bukti mengenai apa yang berhasil. Perusahaan mengetahui intervensi mana yang berdampak. Peserta melihat perubahan angkanya sendiri, yang merupakan sumber motivasi paling kuat yang tersedia.

Kami tidak berpendapat bahwa rangkaian ini hanya dapat dijalankan oleh satu pihak. Yang kami pertahankan adalah bahwa selama tidak ada pihak yang bertanggung jawab menyambungkan keempat lapis tersebut, hasilnya akan tetap sama seperti yang terbaca pada data nasional hari ini.

**Pemeriksaan tanpa follow-up adalah biaya.
Pemeriksaan dengan follow-up adalah investasi.**

05

BAGIAN LIMA

Implikasi

Apa yang bisa dilakukan pihak-pihak yang punya kemampuan mengubah keadaan ini, dimulai dari yang paling dekat dengan persoalannya.

Untuk perusahaan

Perusahaan adalah pihak yang paling sering membiayai pemeriksaan kesehatan orang dewasa di Indonesia. Karena itu perusahaan juga yang paling banyak kehilangan nilai ketika rantainya terputus.

Ubah ukuran keberhasilannya

Selama medical check-up dinilai dari kelengkapan pelaksanaan, hasilnya akan selalu berupa dokumen. Ukuran yang lebih berguna adalah proporsi temuan bermakna yang berlanjut jadi follow-up, dan perubahan sebaran temuan pada siklus berikutnya.

Anggarkan tindak lanjut, bukan hanya pemeriksaan

Bila seluruh anggaran habis pada tahap pengambilan sampel, maka tahap yang menentukan hasil tidak memiliki sumber daya. Sebagian anggaran perlu dialokasikan untuk pendampingan dan pemeriksaan ulang.

Jaga batas antara kesehatan dan penilaian kerja

Kepercayaan peserta adalah prasyarat keberhasilan program apa pun. Data kesehatan yang dirasakan dapat memengaruhi posisi seseorang akan menghasilkan penghindaran, bukan partisipasi.

Minta laporan agregat, bukan tumpukan dokumen

Gambaran menyeluruh mengenai kondisi tenaga kerja adalah dasar untuk merancang program yang tepat sasaran. Tanpa itu, anggaran kesehatan karyawan dibelanjakan berdasarkan asumsi.

Pastikan hasilnya dapat dibaca pesertanya

Format hasil yang dapat dipahami tanpa latar belakang medis adalah syarat, bukan fitur tambahan. Hasil yang tidak dimengerti tidak akan pernah ditindaklanjuti.

Ukur pada horizon yang benar

Penyakit katastrofik terbentuk dalam belasan hingga puluhan tahun. Program preventif yang dinilai dalam satu tahun anggaran hampir selalu dinyatakan gagal sebelum sempat menunjukkan hasilnya.

Berapa banyak dari medical check-up yang perusahaan kamu biayai tahun lalu yang benar-benar berubah jadi tindakan? Sebagian besar HR tidak punya cara untuk menjawabnya.

Untuk lembaga keuangan dan pembuat kebijakan

Lembaga keuangan dan penanggung risiko

Bank, perusahaan asuransi, dan BPJS menanggung akibat finansial dari penyakit yang tidak tertangani sejak awal. Namun hampir seluruh instrumen yang tersedia bekerja setelah kejadian: klaim, pembiayaan perawatan, dan pertanggungan.

Terdapat ruang yang belum tergarap pada sisi hulu. Pembiayaan pemeriksaan berkala bagi kelompok pekerja, produk yang menautkan manfaat dengan kepatuhan pemeriksaan, dan serta penilaian risiko yang memakai indikator kesehatan agregat, bukan data individu. Semuanya bekerja sebelum biaya besar muncul.

Satu prinsip perlu dipegang sejak awal: data kesehatan tidak boleh menjadi dasar keputusan kredit atau seleksi individu. Manfaatnya terletak pada perancangan produk dan pengelolaan risiko kelompok, bukan pada penyaringan orang per orang.

Bagi lembaga yang menanggung risiko jangka panjang, setiap tahun keterlambatan deteksi berarti kohort baru yang memasuki tahap perawatan mahal. Perhitungannya tidak rumit; yang selama ini kurang adalah data yang cukup rapi untuk menghitungnya.

Pembuat kebijakan

Kebijakan kesehatan Indonesia telah menempatkan promotif dan preventif sebagai arah utama. Yang belum sepadan adalah struktur pembiayaannya: selama sebagian besar dana mengikuti tindakan penyembuhan, insentif seluruh rantai layanan akan tetap mengarah ke hilir.

Ada beberapa hal yang menurut kami dapat dipertimbangkan. Pertama, memperlakukan follow-up hasil screening sebagai bagian dari layanan yang dibiayai, bukan sebagai anjuran. Kedua, mendorong keterhubungan riwayat pemeriksaan antar fasilitas, karena tanpa riwayat tidak ada deteksi arah. Ketiga, menetapkan indikator keberhasilan program preventif berdasarkan perubahan kondisi peserta, bukan berdasarkan jumlah pemeriksaan yang terlaksana.

Keempat, memanfaatkan pemeriksaan kesehatan di tempat kerja yang selama ini sudah berjalan dalam skala besar dan dibiayai swasta. Ia merupakan infrastruktur deteksi yang sudah ada dan belum dimanfaatkan sebagai sumber informasi kesehatan populasi usia produktif.

Jembatan itu sudah hampir seluruhnya berdiri

Indonesia memiliki laboratorium, tenaga kesehatan, program screening nasional, sistem jaminan kesehatan dengan cakupan peserta yang luas, dan puluhan ribu perusahaan yang setiap tahun membiayai pemeriksaan bagi karyawannya. Sebagian besar bahan untuk membangun sistem preventif yang bekerja sudah tersedia.

Yang belum tersambung adalah bentangan terakhir: jarak antara hasil pemeriksaan dan tindakan yang mengikutinya. Bentangan itu tidak panjang, tidak mahal, dan tidak menuntut teknologi medis baru. Tetapi selama ia dibiarkan kosong, seluruh biaya yang dikeluarkan di sisi seberang tidak pernah menghasilkan apa yang dijanjikannya.

Kami menulis dokumen ini bukan untuk menyatakan bahwa persoalan ini dapat diselesaikan oleh satu perusahaan. Ia tidak bisa. Yang

kami usulkan adalah pergeseran cara menilai: berhenti mengukur keberhasilan preventive health dari berapa banyak orang yang diperiksa, dan mulai mengukurnya dari berapa banyak orang yang keadaannya berubah.

Perubahan ukuran itu terdengar kecil. Namun ia mengubah apa yang dibiayai, apa yang dilaporkan, dan apa yang dianggap selesai. Dan pada akhirnya, itulah yang menentukan apakah sebuah bangsa menua dalam keadaan sakit atau dalam keadaan sehat.

Periode paling produktif Indonesia sedang berlangsung sekarang, pada tubuh orang-orang yang hari ini berusia dua puluhan dan tiga puluhan. Sebagian besar dari mereka sudah pernah diperiksa. Sebagian besar hasilnya sudah tersimpan di suatu tempat. Yang tersisa adalah memutuskan untuk melakukan sesuatu terhadapnya.

Mari wujudkan bersama Indonesia yang lebih sehat dan produktif.



Sumber

Seluruh data dalam dokumen ini bersumber dari publikasi lembaga pemerintah, badan internasional, dan pernyataan pejabat publik, dengan batas waktu penelusuran akhir 2023.

Beban penyakit dan pembiayaan

BPJS Kesehatan, laporan pembiayaan program Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2022, mencakup biaya dan jumlah kasus penyakit katastropik serta porsinya terhadap total beban jaminan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, data kasus penyakit katastropik dalam program JKN tahun 2021, sebagai dasar pembandingan pertumbuhan tahunan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, paparan Menteri Kesehatan dalam rapat kerja dengan Komisi IX DPR RI, 17 Maret 2021, mengenai struktur belanja program JKN antara upaya kuratif dan upaya promotif-preventif.

Prevalensi dan status diagnosis

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran dan berdasarkan diagnosis pada penduduk usia 18 tahun ke atas, serta data kepatuhan pengobatan.

International Diabetes Federation, IDF Diabetes Atlas: estimasi diabetes yang tidak terdiagnosis pada orang dewasa, 2021, termasuk proporsi untuk kawasan Asia Tenggara.

Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI), Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia, 2021, mengenai proporsi penyandang yang belum terdiagnosis, yang menjalani pengobatan, dan yang terkendali.

Pernyataan pejabat publik

Pernyataan Presiden Republik Indonesia pada peresmian rumah sakit di Bandung, 6 Maret 2023, mengenai jumlah warga yang berobat ke luar negeri dan perkiraan devisa yang keluar.

Catatan metodologis

Bagan pada halaman 15 menyajikan ulang proporsi dari sumber di atas ke dalam basis 100 orang dan bersifat ilustratif; ia bukan hasil pengukuran langsung pada satu kohort.

Nilai biaya untuk leukemia dan sirosis hati pada halaman 10 merupakan nilai sisa yang dihitung dari selisih antara total katastropik dan rincian penyakit yang dilaporkan.

Pengamatan pada Bagian Tiga bersifat kualitatif dan berasal dari praktik operasional Plebo. Profil peserta merupakan ilustrasi komposit, bukan individu tertentu.

Deteksi Dini dan Pemeliharaan Kesehatan

Jembatan untuk Kesehatan Indonesia di Masa Depan · Edisi 2023 ·
Volume I



Diterbitkan oleh Plebo · plebo.id