

BAB II

DINAMIKA MASALAH KESEHATAN DI KENYA

2.1 Demografis Negara Kenya

Republik Kenya adalah sebuah negara di Afrika Timur, dengan jumlah penduduk sekitar 41,61 juta jiwa. Negara ini terletak di garis khatulistiwa dan berbatasan dengan Ethiopia dibagian utara, Somalia dibagian timur, Tanzania dibagian selatan, Uganda dibagian barat dan Sudan dibagian barat laut, serta dengan Samudra Hindia membentang di sepanjang perbatasan tenggara. Keberagaman topografi Kenya memiliki dampak langsung terhadap aksesibilitas layanan publik, termasuk layanan kesehatan. Wilayah dataran tinggi yang lebih maju dalam hal infrastruktur dan transportasi umumnya memiliki fasilitas kesehatan yang lebih baik dibandingkan wilayah semi-gurun dan pedalaman yang sulit dijangkau. Kondisi geografis yang menantang di beberapa wilayah turut menjadi hambatan dalam pemerataan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi, terutama bagi perempuan yang tinggal di daerah terpencil dan miskin secara ekonomi.⁴³

Secara demografis, Kenya memiliki populasi yang besar dan terus bertumbuh. Berdasarkan data World Bank dan Kenya National Bureau of Statistics (KNBS), jumlah penduduk Kenya pada tahun 2020 diperkirakan mencapai lebih dari 53 juta jiwa, dengan tingkat pertumbuhan populasi sekitar 2,3% per tahun. Komposisi penduduk Kenya didominasi oleh kelompok usia muda, di mana lebih

⁴³ Kenya National Bureau of Statistics, 'Kenya National Bureau of Statistics. (2021). Demographic and Health Survey.', 2021.

dari 60% penduduknya berusia di bawah 25 tahun.⁴⁴ Sifat demografis ini menempatkan Kenya pada tantangan ganda dalam sektor kesehatan: tingginya permintaan terhadap layanan kesehatan dasar serta layanan kesehatan reproduksi, termasuk akses terhadap kontrasepsi, layanan kehamilan aman, dan edukasi seksual yang komprehensif.

Selain itu, distribusi penduduk Kenya juga tidak merata. Sebagian besar penduduk terkonsentrasi di wilayah tengah dan barat, sedangkan wilayah utara dan timur yang gersang memiliki kepadatan penduduk yang jauh lebih rendah. Ketimpangan ini berdampak langsung pada ketidakmerataan pembangunan layanan kesehatan, termasuk yang disediakan oleh lembaga donor internasional maupun LSM lokal. Ketika Global Gag Rule diberlakukan pada era Donald Trump, banyak organisasi penyedia layanan kesehatan perempuan di wilayah marjinal kehilangan pendanaan sehingga menimbulkan kekosongan layanan.⁴⁵

Di Kenya, pertumbuhan populasi cepat dan angka kelahiran tinggi berdampak negatif pada pembangunan ekonomi, menurunkan GNP, konsumsi makanan per kapita, kualitas lahan, serta memperburuk rasio ketergantungan, kepadatan kota, dan sistem kesehatan. Kenya memiliki angka kelahiran tertinggi di Afrika Timur (54/1000), tingkat kematian terendah setara Amerika Utara dan Eropa, serta tingkat pertumbuhan alami sekitar 4% yang terus meningkat selama dekade terakhir. Kepadatan penduduk Kenya lebih tinggi dibanding rata-rata Afrika Sub-Sahara,

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ Marie Stopes Kenya, 'Impact of the Global Gag Rule on Reproductive Health Services in Kenya'.

meski distribusi penduduk tidak merata, dengan provinsi barat mencatat kepadatan tertinggi bahkan melebihi Rwanda dan Burundi.

2.2 Sistem Kesehatan di Kenya

2.2.1 Struktur Pelayanan Kesehatan

Sistem kesehatan Kenya berjalan dengan model desentralisasi, yaitu pembagian kewenangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah (county). Sistem ini dimulai dari Konstitusi 2010 dan diperjelas lagi dalam Health Act 2017. Dalam pembagian ini, pemerintah pusat melalui Kementerian Kesehatan bertanggung jawab membuat kebijakan, menetapkan standar layanan, mengatur profesi kesehatan, memastikan sistem rujukan nasional berjalan, serta mengelola rumah sakit rujukan besar di tingkat nasional. Sementara itu, 47 pemerintah county bertanggung jawab langsung untuk menjalankan layanan kesehatan sehari-hari di daerah mereka, termasuk fasilitas primer, sekunder, pelayanan kesehatan masyarakat, pengadaan obat dan alat, hingga mengatur tenaga kesehatan. Dengan cara ini, setiap daerah bisa menyesuaikan layanan dengan kebutuhan lokal dan merespons masalah kesehatan lebih cepat. Namun, model ini juga membuat perbedaan kualitas layanan antardaerah cukup besar karena kapasitas anggaran dan kemampuan manajerial setiap county tidak sama.⁴⁶

Secara kebijakan ekonomi, arah pembangunan sektor kesehatan dirumuskan melalui *Kenya Health Policy 2014–2030* dan diturunkan ke

⁴⁶ Ministry of Health, *Kenya Universal Health Coverage* (2020).

dalam *Kenya Health Sector Strategic Plan (KHSSP)*⁴⁷. Kedua dokumen ini fokus pada pendekatan yang menempatkan masyarakat sebagai pusat, memperkuat enam komponen utama sistem kesehatan (tata kelola, pembiayaan, SDM, obat dan teknologi, informasi kesehatan, dan layanan), serta memperluas layanan kesehatan esensial agar negara bisa mencapai *Universal Health Coverage (UHC)*. Selain itu, *UHC Policy 2020-2030* memberikan panduan tentang bagaimana membuat layanan lebih mudah diakses, lebih berkualitas, dan lebih terjangkau, terutama lewat skema pembiayaan, kontrak layanan, dan penguatan peran fasilitas primer sebagai pintu masuk utama masyarakat.⁴⁸

Di lapangan, layanan kesehatan di Kenya disediakan oleh banyak jenis penyedia atau sering disebut sebagai sistem yang pluralistik. Artinya, fasilitas pemerintah berdampingan dengan fasilitas swasta dan fasilitas berbasis keagamaan yang juga sangat aktif memberikan layanan, terutama di daerah pedesaan⁴⁹. Pemerintah menjalin kerja sama dengan berbagai penyedia tersebut melalui kemitraan publik-swasta dan skema pembelian layanan, agar cakupan layanan lebih luas dan kualitas tetap terjaga lewat standar nasional dan akreditasi. Dalam hal perencanaan, pemerintah menggunakan *Kenya Master Health Facility List (KMHFL)* untuk memetakan semua fasilitas kesehatan di negara tersebut, serta *Kenya*

⁴⁷ Ministry of Health Kenya, 'Kenya Health Sector Strategic Plan (KHSSP) 2018--2023' (2018) <<http://www.health.go.ke/>>.

⁴⁸ KIPPRA and Ministry of Health Kenya, 'Universal Health Coverage Policy 2020--2030: Accelerating Attainment of UHC' (2020) <<https://www.health.go.ke/>>.

⁴⁹ *Ibid.*

Essential Medicines List (KEML)⁵⁰ sebagai acuan obat dan alat kesehatan yang harus tersedia di setiap level layanan.⁵¹

Untuk urusan data, Kenya mengandalkan *Kenya Health Information System* (DHIS2) sebagai sistem pelaporan yang mencatat indikator layanan kesehatan, perkembangan penyakit menular dan tidak menular, serta capaian program nasional. Sistem ini penting karena menjadi dasar pengambilan keputusan di tingkat nasional dan daerah.⁵²

Struktur layanan kesehatan Kenya berbentuk piramida, dimulai dari level komunitas hingga rumah sakit nasional. Pada level komunitas (Level 1), layanan dilaksanakan oleh *Community Health Units* yang dikelola oleh *Community Health Extension Workers* (CHEWs) dan *Community Health Volunteers* (CHVs). Mereka bertugas memberikan edukasi kesehatan, menemukan kasus secara dini, membantu pasien mengikuti terapi, serta menghubungkan masyarakat dengan fasilitas kesehatan. Di atas itu, terdapat fasilitas primer (Level 2–3) seperti dispensary, clinic, dan health centre yang menyediakan layanan dasar seperti pengobatan rawat jalan, KB, imunisasi, layanan ibu dan anak, gizi, dan kesehatan remaja. Level ini menjadi garda depan sistem kesehatan Kenya karena berada paling dekat dengan masyarakat.⁵³

⁵⁰ Ministry of Health Kenya, 'Kenya Master Health Facility List (KMHFL) Implementation Guide' (2020) <<https://kmhfl.health.go.ke/>>.

⁵¹ Health, *Kenya Universal Health Coverage*.

⁵² Ministry of Health Kenya, 'Kenya Health Sector Strategic Plan (KHSSP) 2018--2023'.

⁵³ KIPPRA and Ministry of Health Kenya, 'Universal Health Coverage Policy 2020--2030: Accelerating Attainment of UHC'.

Fasilitas rujukan dasar atau Level 4 merupakan rumah sakit sub-county/county yang memberikan layanan rawat inap dasar, tindakan bedah kecil, layanan obstetri emergensi, serta laboratorium dan radiologi. Kemudian Level 5 adalah rumah sakit rujukan antar-county yang menyediakan layanan spesialis lebih lengkap, termasuk ICU/HDU terbatas dan diagnostik lanjutan.⁵⁴ Di puncak piramida terdapat Level 6, yaitu rumah sakit rujukan nasional yang menangani kasus superspesialis, menjalankan pendidikan kedokteran, penelitian, serta menjadi model standar mutu nasional.⁵⁵ Untuk memastikan piramida layanan berjalan lancar, sistem rujukan harus jelas, standar, dan didukung pembiayaan yang baik. Kebijakan UHC menekankan gatekeeping sehingga pasien memulai layanan dari fasilitas primer sebelum dirujuk ke level yang lebih tinggi. Mekanisme rujuk-balik juga ditekankan agar beban rumah sakit besar tidak berlebihan dan kesinambungan perawatan tetap terjamin.⁵⁶

Dari sisi obat dan alat kesehatan, peran KEMSA dan KEML sangat penting untuk menjaga ketersediaan dan kesesuaian komoditas di semua level fasilitas. Namun, tantangan seperti ketimpangan jumlah tenaga kesehatan, kurangnya spesialis, serta sulitnya mempertahankan tenaga di daerah terpencil masih sering terjadi.⁵⁷ Untuk mengatasi hal ini, pemerintah

⁵⁴ Kenya Law, 'PAK and Another v Attorney General and 3 Others [2022] EKLRL (Malindi High Court)', 2022 <<http://kenyalaw.org/caselaw/cases/view/>>.

⁵⁵ Ministry of Health Kenya, 'Kenya Essential Medicines List (KEML) -- 2023 Edition' (2023) <<https://www.health.go.ke/>>.

⁵⁶ Ministry of Health Kenya, 'Kenya Master Health Facility List (KMHFL) Implementation Guide'.

⁵⁷ Health, *Kenya Universal Health Coverage*.

mencoba menerapkan insentif lokasi terpencil, telemedisin, rotasi tenaga, serta kemitraan dengan lembaga pendidikan untuk memperkuat kapasitas tenaga kesehatan.⁵⁸ Karena penyedia layanan sangat beragam, tata kelola yang kolaboratif menjadi kunci. Pemerintah bekerja sama dengan sektor swasta dan organisasi keagamaan melalui perjanjian kontrak dan pembiayaan berbasis kinerja. Data dari KMHFL⁵⁹ dan KHIS⁶⁰ membantu mengidentifikasi daerah mana yang kekurangan fasilitas atau tenaga, serta menentukan prioritas investasi di tingkat nasional dan daerah. Penguatan sistem informasi memungkinkan pemantauan indikator UHC, program TB, HIV, malaria, layanan ibu dan anak, imunisasi, serta NCD untuk pengambilan keputusan yang lebih tepat.

Ke depan, keberhasilan sistem kesehatan Kenya akan sangat ditentukan oleh bagaimana kebijakan UHC dijalankan secara konsisten, bagaimana pemerintah menata pembiayaan dan pembelian layanan, serta bagaimana county memperkuat kapasitas manajemennya. Integrasi penyedia layanan publik dan swasta dalam jejaring rujukan nasional juga penting agar semua fasilitas bekerja dalam sistem yang sama. Dengan struktur layanan yang jelas, paket layanan esensial yang terstandar, serta penguatan layanan primer dan komunitas, Kenya memiliki dasar yang kuat

⁵⁸ Health, *Kenya Universal Health Coverage*.

⁵⁹ KIPPRA and Ministry of Health Kenya, 'Universal Health Coverage Policy 2020--2030: Accelerating Attainment of UHC'.

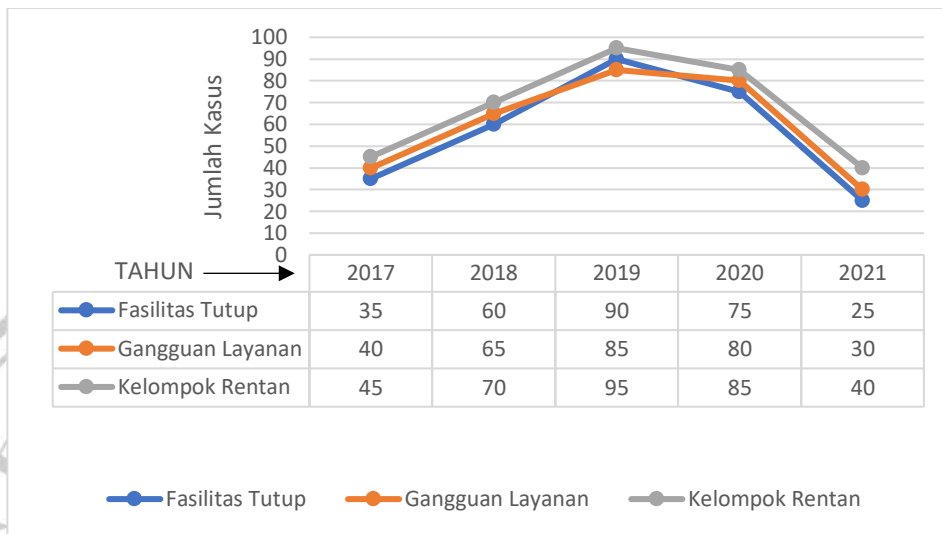
⁶⁰ Rahab Mbau and others, 'Examining Purchasing Reforms towards Universal Health Coverage by the National Hospital Insurance Fund in Kenya', *International Journal for Equity in Health*, 19.19 (2020), doi:10.1186/s12939-019-1116-x.

untuk mewujudkan sistem kesehatan yang lebih adil dan lebih kuat di masa depan.

2.2.2 Masalah Layanan Kesehatan

Sektor kesehatan di Kenya dalam kurun waktu 2017 hingga 2021 menghadapi berbagai tantangan struktural dan kebijakan yang kompleks. Permasalahan tersebut tidak hanya bersumber dari persoalan domestik seperti minimnya anggaran dan ketimpangan akses, tetapi juga dipengaruhi oleh intervensi kebijakan global, termasuk kembalinya kebijakan *Global Gag Rule* (GGR) oleh pemerintahan Donald Trump pada awal 2017. Dalam konteks ini, sistem kesehatan Kenya dapat dilihat sebagai representasi ketimpangan global dalam pembangunan kesehatan, di mana negara berkembang sering kali menjadi sangat tergantung pada bantuan asing untuk mendanai layanan-layanan publik yang krusial.

Bagan 1.1 Indeks Ketimpangan Akses Layanan Kesehatan di Kenya



Sumber : International Journal for Equity in Health⁶¹

Data para grafik diatas menunjukkan adanya fluktuasi secara signifikan dalam periode 2017 hingga 2021, dan puncaknya pada 2019, dengan penutupan fasilitas, gangguan layanan serta beban terbesar pada kelompok rentan. Pada 2020 ketimpangan mulai menurun meski masih tinggi, dan pada 2021 terjadi perbaikan signifikan dengan menurunnya seluruh indikator. Pola ini menegaskan bahwa kelompok rentan selalu menjadi pihak paling terpengaruh dalam periode 2017-2021.

Dari sisi infrastruktur dan pemerataan layanan, Kenya mengalami ketimpangan yang cukup tajam antara wilayah urban dan pedesaan. Menurut laporan Kenya Ministry of Health⁶², sekitar 60% fasilitas

⁶¹ Jane Chuma Stefania Ilinca , Laura Di Giorgio, ‘Socio-Economic Inequality and Inequity in Use of Health Care Services in Kenya: Evidence from the Fourth Kenya Household Health Expenditure and Utilization Survey’, *International Journal for Equity in Health*, 18 (2019), p. 196 <https://equityhealthj-biomedcentral-com.translate.goog/articles/10.1186/s12939-019-1106-z?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc>.

⁶² Kenya Ministry of Health, ‘Kenya Health Sector: Overview and Challenges’, 2019.

kesehatan tersentralisasi di kota-kota besar seperti Nairobi, Mombasa, dan Kisumu, sementara masyarakat di pedesaan sering kali harus menempuh perjalanan panjang untuk mendapatkan layanan medis dasar. Kekurangan tenaga medis juga menjadi isu yang sangat serius. Data dari World Bank⁶³ mencatat bahwa rasio tenaga dokter di Kenya hanya 0,2 per 1.000 penduduk, jauh di bawah standar yang direkomendasikan WHO yaitu 1 dokter per 1.000 penduduk. Hal ini diperparah dengan sering terjadinya mogok kerja di kalangan petugas medis akibat rendahnya gaji, buruknya kondisi kerja, dan kurangnya perlindungan sosial bagi tenaga kesehatan.

Salah satu pengaruh paling tragis dari buruknya layanan kesehatan di Kenya adalah tingginya angka aborsi tidak aman. Berdasarkan laporan dari Guttmacher Institute dan African Population and Health Research Center⁶⁴, sekitar 464.000 aborsi diperkirakan terjadi di Kenya pada tahun 2017, dan lebih dari 75% di antaranya dilakukan secara tidak aman, tanpa pengawasan medis yang layak. Situasi ini memburuk setelah diberlakukannya GGR oleh Amerika Serikat, yang menyebabkan pemutusan dana bagi banyak organisasi non-pemerintah yang menyediakan layanan kontrasepsi, edukasi reproduksi, serta aborsi aman.

Layanan kesehatan di Kenya menghadapi serangkaian tantangan struktural dan operasional yang saling berkaitan, memengaruhi pemerataan akses, kualitas klinis, serta keberlanjutan pembiayaan. Pertama,

⁶³ World Bank, 'Health Workforce, Kenya: Data Indicators', 2020.

⁶⁴ Guttmacher Institute and African Population and Health Research Center, 'Abortion and Postabortion Care in Kenya', 2018.

ketimpangan geografis antara kawasan perkotaan dan pedesaan, terutama wilayah Arid dan Semi-Arid Lands (ASAL), masih nyata dalam ketersediaan fasilitas, tenaga kesehatan, peralatan diagnostik, dan obat esensial. Wilayah dengan kepadatan penduduk rendah cenderung memiliki jarak tempuh ke fasilitas primer yang lebih jauh dan rujukan yang lebih mahal, sehingga keterlambatan pertolongan pada keadaan gawat darurat kebidanan atau penyakit akut menjadi lebih besar.⁶⁵ Ketimpangan ini berkekaitan dengan kemiskinan rumah tangga dan hambatan transportasi, yang mendorong penggunaan layanan tidak teratur serta penundaan pencarian pertolongan hingga kondisi memburuk.⁶⁶

Kedua, terkait kualitas layanan klinis dan keselamatan pasien belum konsisten di seluruh jenjang. Audit mutu dan kajian fasilitas menunjukkan variasi kepatuhan terhadap pedoman klinis seperti pada tata laksana penyakit menular (TBC, Malaria) dan kondisi non-komunikabel (hipertensi, diabetes) serta keterbatasan rantai dingin imunisasi di fasilitas primer tertentu.⁶⁷ Dirumah sakit rujukan menengah, kendala peralatan penunjang (radiologi, laboratorium) dan pemeliharaan preventif ikut memengaruhi akurasi diagnosis serta kecepatan penatalaksanaan.⁶⁸ Aspek *Continuity of*

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ Kenya National Bureau of Statistics and ICF, 'Kenya Demographic and Health Survey 2022: Volume 1' (2023) <<https://www.knbs.or.ke/wp-content/uploads/2023/08/Kenya-Demographic-and-Health-Survey-2022-Main-Report-Volume-1.pdf>>.

⁶⁷ World Health Organization, 'Service Availability and Readiness Assessment (SARA) -- Kenya Summary' (2018) <<https://www.who.int/data/data-collection-tools/service-availability-and-readiness-assessment>>.

⁶⁸ World Bank, 'Kenya Health Sector Public Expenditure Review' (2021) <<https://documents.worldbank.org/>>.

Care juga menantang seperti: rujuk-balik dari level 4-5 ke layanan primer belum sistematis sehingga pasien kronis mudah hilang dari tindak lanjut.

Selanjutnya, distribusi dan retensi SDM kesehatan belum memadai, khususnya tenaga bidan, dokter umum, dokter keluarga, dan spesialis kunci (OBGYN, bedah, anak, penyakit dalam) di county terpencil. Perbedaan daya tarik kompensasi, fasilitas kerja, dan peluang pengembangan karier memicu konsentrasi tenaga di kota besar.⁶⁹ Skema penugasan, insentif berbasis lokasi, dan jejaring rotasi atau *telemedicine* mulai dikembangkan, tetapi keberhasilannya sangat bergantung pada pembiayaan keberlanjutan, kesiapan infrastruktur digital, dan dukungan manajerial di tingkat fasilitas.

Keempat, pengadaan dan ketersediaan obat atau alat kesehatan masih menghadapi hambatan rantai pasok mulai dari perencanaan kebutuhan, pendanaan, hingga distribusi ke fasilitas primer yang berdampak pada *Stock-Out* obat esensial dan ronggen laboratorium.⁷⁰ Implementasi daftar obat esensial membantu standarisasi pilihan terapi per level, namun kepatuhan peresapan dan ketetapan permintaan sangat membutuhkan pelatihan, sistem informasi logistik, dan akuntabilitas pemasok.

Kelima, pembiayaan dan perlindungan finansial menuju UHC (*Universal Health Coverage*) masih menghadapi risiko belanja OOP (*Out of Pocket*) yang substansial terutama untuk obat, diagnostik dan transportasi

⁶⁹ Health, Kenya *Universal Health Coverage*.

⁷⁰ Health, Kenya *Universal Health Coverage*.

rujukan.⁷¹ Evaluasi kebijakan pembelian strategis menekankan perlunya memperluas manfaat yang realistis di layanan primer, memperbaiki staf pembiayaan berbasis kerja, serta mengontrakkan penyedia non-pemerintah atau swasta di wilayah yang kekurangan layanan dengan kontrak transparan dan terukur.

Keenam, sistem informasi kesehatan (KHIS/DHIS2) telah memperluas cakupan pelaporan, namun kualitas data ketepatan waktu, kelengkapan, dan validitas indikator masih bervariasi antar-fasilitas.⁷² Keterbatasan interoperabilitas dengan rekam medis elektronik, sistem farmasi, dan pelaporan program vertikal menghambat analitik *real-time* untuk pengambilan keputusan klinis dan manajerial. Integrasi data rujukan, klaim pembiayaan, dan stok logistik diperlukan untuk memetakan hambatan layanan secara *end-to-end*.

Selanjutnya adalah, transisi beban penyakit meningkatkan kompleksitas pelayanan. Disamping penyakit menular yang masih menjadi beban (TB, HIV, malaria), Kenya mengalami pertumbuhan penyakit tidak menular (NCD) dan gangguan kesehatan mental, yang menuntut model pelayanan kronik di primer dan jejaring rujukan untuk skrining, tata laksana jangka panjang, serta edukasi pasien.⁷³ Ketersediaan obat NCD esensial dan

⁷¹ World Bank, 'Tracking Universal Health Coverage: Kenya Country Profile' (2022) <<https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage>>.

⁷² Ministry of Health Kenya, 'Kenya Health Information System (KHIS) Guidelines' (2020) <<https://www.health.go.ke/>>.

⁷³ Ministry of Health Kenya, 'NCD Guidelines for Primary Care' (2020) <<https://www.health.go.ke/>>.

alat pemantauan (glukometer, BP monitor) di fasilitas primer perlu diperluas, disertai pelatihan klinis dan penjaminan mutu.

Kedelapan, kesehatan ibu-anak menghadapi masalah kesinambungan asuhan dari antenatal ke persalinan aman dan perawatan neonatal, terutama di wilayah dengan akses fasilitas bersalin dan transportasi rujukan terbatas. Kematian ibu terkait keterlambatan pada tiga tahap memutuskan untuk mencari pertolongan, mencapai fasilitas, dan menerima pelayanan yang memadai yang berkaitan erat dengan kualitas klinis CEmONC, ketersediaan darah, dan kesiapsiagaan tenaga yang kompeten.⁷⁴

Selanjutnya, governance dan akuntabilitas masih dihadapkan pada koordinasi lintas tingkat pemerintahan untuk standardisasi mutu, pengawasan kontrak PPP, serta integritas rantai pasok medis. Penguatan fungsi regulasi, audit klinis, dan mekanisme partisipasi masyarakat (komite fasilitas, public reporting) diperlukan agar layanan responsif dan berorientasi hasil.

Terakhir adalah, kesiapsiagaan kedaruratan kesehatan (outbreaks, bencana hidrometeorologi) membutuhkan kapasitas surveilans, laboratorium, stok penyangga, dan jejaring rujukan gawat darurat yang tangguh. Pembelajaran dari pandemi menekankan pentingnya rantai pasok fleksibel, kecakapan komunikasi risiko, serta jaminan keselamatan tenaga

⁷⁴ World Health Organization, 'Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030' (2016) <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>>.

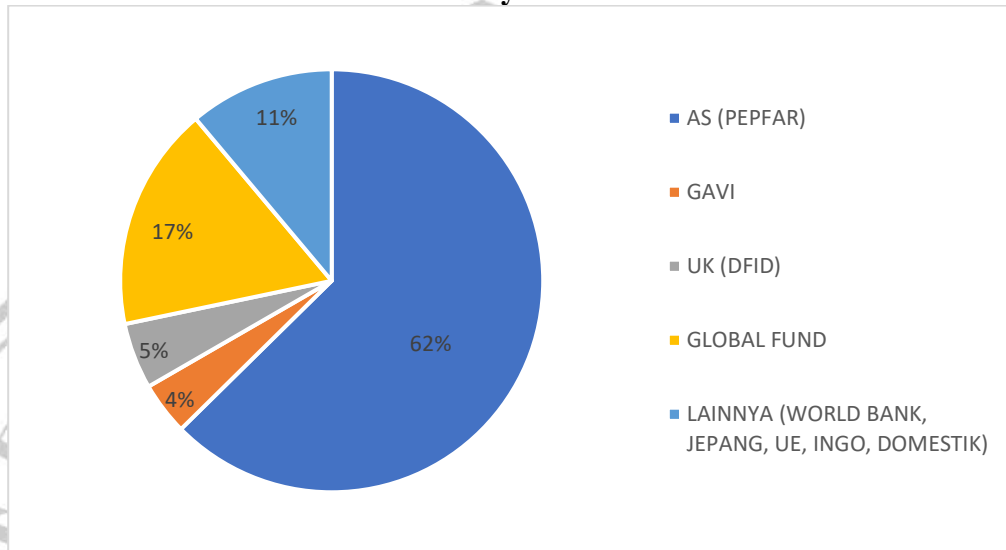
kesehatan (PPE, vaksinasi) untuk menjaga keberlangsungan layanan esensial.⁷⁵

Secara keseluruhan, masalah layanan kesehatan di Kenya merupakan kombinasi kendala struktural (pembiayaan, SDM, logistik, infrastruktur) dan proses (mutu klinis, rujuk-balik, data) yang memerlukan intervensi terpadu seperti penguatan layanan primer berperan sebagai *Gatekeeper* serta pembelian strategis yang mendorong mutu dan perluasan akses serta kebijakan SDM yang harus berpihak pada daerah terpencil, reformasi logistik dan akuntabilitas serta integrasi sistem informasi untuk pembelajaran berkelanjutan. Dengan peta jalan kebijakan UHC dan kerangka KHSSP, percepatan perbaikan dimungkinkan bila pendanaan publik, tata kelola serta kolaborasi penyedia publik swasta berjalan secara konsisten.

⁷⁵ World Bank, 'Kenya Health Systems Strengthening and COVID-19 Projects: Implementation Status Reports' (2022) <<https://projects.worldbank.org/>>.

2.2.3 Distribusi Pendanaan Layanan Kesehatan

Bagan 1.2 Persentase Kontribusi Finansial Donor Pada Sektor Kesehatan di Kenya



Sumber : OECD. (2017–2021). Creditor Reporting System (CRS) Aid Activities Database.⁷⁶

Sebagian besar pendanaan internasional untuk sektor kesehatan di Kenya berasal dari donatur eksternal, dengan Amerika Serikat sebagai pemberi dana terbesar. Analisis data dari ODA (OECD CRS)⁷⁷ dan studi profil donor untuk Kenya memperlihatkan bahwa pada sekitar tahun 2017 kontribusi finansial AS terhadap sektor kesehatan Kenya tercatat pada kisaran 60-65%, yang mencerminkan dominasi program-program besar seperti PEPFAR (program HIV/AIDS). Sementara itu, donor lain yang juga berkontribusi signifikan mencakup Global Fund (sekitar 15-20%), United Kingdom/DFID (sekitar 4-6%) dan GAVI (sekitar 3-5%). Sisanya

⁷⁶ OECD, 'OECD. (2017–2021). Creditor Reporting System (CRS) Aid Activities Database.'

⁷⁷ *Ibid.*

merupakan kombinasi kontribusi Bank Dunia/IDA, Uni Eropa, Jepang, donor Eropa lainnya, serta INGO internasional dan sebagian kontribusi domestik yang tercatat.

Untuk proposi dana AS yang dialokasikan khusus ke kesehatan perempuan (SRHR), data ringkasan publik tidak menyajikan angka tahunan tunggal untuk Kenya pada 2017-2021. Porsi pendanaan AS yang menyokong SRHR di Kenya tersebar antara program HIV yang besar (PEPFAR) dan program reproduksi/keluarga berencana lainnya (USAID dan mitra)⁷⁸.

2.2.4 Kontribusi Organisasi Internasional Terhadap Pelayanan Kesehatan Perempuan di Kenya

Organisasi internasional memainkan peran sentral dalam memperkuat sistem kesehatan Kenya melalui pembiayaan program prioritas, dukungan teknis, pengadaan komoditas esensial, penguatan sistem (laboratorium, surveilans, SDM), serta koordinasi tanggap darurat kesehatan masyarakat. Peran ini historisnya berfokus pada penanggulangan penyakit menular (HIV, TB, malaria) dan imunisasi, namun dalam satu dekade terakhir meluas ke penyakit tidak menular (NCD), kesehatan mental, kesiapsiagaan kedaruratan, dan transformasi digital kesehatan.

Di tingkat tata kelola, kementerian memimpin perencanaan nasional dan menyelaraskan kontribusi para mitra dalam kerangka *sector-wide approach* (SWAp), rencana kerja bersama, serta forum koordinasi

⁷⁸ of Statistics, 'Kenya National Bureau of Statistics. (2021). Demographic and Health Survey.'

pendonor, guna mengurangi fragmentasi dan meningkatkan akuntabilitas. Berbagai organisasi internasional memegang peran penting dalam membantu Kenya memperkuat sistem kesehatannya, karena negara ini masih menghadapi banyak tantangan mulai dari layanan primer, kesehatan ibu dan anak, program penyakit menular, hingga kesiapsiagaan darurat.

World Health Organization (WHO) adalah salah satu mitra terbesar yang mendukung pemerintah Kenya dalam menyusun kebijakan nasional dan memastikan bahwa layanan kesehatan mengikuti standar global. WHO membantu merumuskan pedoman klinis, memberikan panduan cara menangani wabah, serta memperkuat kemampuan Kenya untuk mendeteksi dan merespons kejadian luar biasa. Melalui mekanisme seperti *Joint External Evaluation* (JEE) dan *Benchmarks*, WHO menilai seberapa siap Kenya menghadapi ancaman kesehatan, termasuk kesiapan laboratorium, sistem surveilans, dan kemampuan komunikasi risiko kepada masyarakat. WHO juga memimpin proses after action review setelah terjadi krisis agar seluruh pihak dapat belajar dari pengalaman dan memperbaiki kelemahan sistem.⁷⁹

Dalam urusan imunisasi, UNICEF dan GAVI, The Vaccine Alliance, berperan sangat besar. Keduanya memastikan Kenya memiliki akses pada vaksin-vaksin penting seperti rotavirus, pneumokokus, dan HPV yang membantu menurunkan angka kematian bayi dan mencegah kanker

⁷⁹ World Health Organization, 'Kenya Country Cooperation Strategy' (2020) <<https://www.who.int/>>.

serviks. UNICEF dan GAVI juga memperkuat rantai dingin, termasuk penyediaan kulkas vaksin dan teknologi penyimpanan yang dapat bekerja di daerah yang listriknya tidak stabil. Selain itu, mereka mendukung kampanye imunisasi luar gedung agar anak-anak di wilayah terpencil tetap terjangkau. UNICEF juga aktif meningkatkan layanan kesehatan ibu dan anak, program gizi, serta intervensi sanitasi dan air bersih (WASH) di fasilitas kesehatan. Mereka turut mendorong edukasi perubahan perilaku, terutama terkait pola makan, kebersihan, dan praktik kesehatan yang aman.⁸⁰

Untuk program penyakit menular, The Global Fund memiliki kontribusi yang sangat besar. Dana ini membantu menyediakan obat antiretroviral untuk ODHA, reagen laboratorium untuk pemeriksaan viral load dan early infant diagnosis, serta obat-obatan TB, cartridge GeneXpert, dan berbagai alat deteksi malaria seperti rapid diagnostic test. Selain mendanai komoditas kesehatan, Global Fund juga berinvestasi dalam penguatan sistem kesehatan seperti manajemen rantai pasok, sistem pencatatan, pelatihan tenaga kesehatan, dan program monitoring-evaluation. Skema pendanaan Global Fund berbasis kinerja membuat fasilitas dan pemerintah daerah terdorong untuk mencapai target layanan secara lebih akuntabel, terutama pada layanan primer.⁸¹

⁸⁰ Gavi, the Vaccine Alliance, 'Kenya Country Programme' (2024) <<https://www.gavi.org/>>.

⁸¹ The Global Fund, 'Grant Portfolio: Kenya -- Performance and Systems Strengthening' (2024) <<https://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=KEN>>.

Di sisi lain, PEPFAR/USAID mengambil peran utama dalam upaya pengendalian HIV. Fokus mereka mencakup layanan perawatan dan pengobatan, pencegahan bagi populasi berisiko, serta integrasi layanan HIV dan TB. Mereka juga mendukung penguatan laboratorium untuk pemeriksaan viral load dan diagnosis bayi. Selain HIV, USAID membantu memperbaiki rantai pasok, tata kelola fasilitas, dan digitalisasi sistem kesehatan, misalnya pengembangan rekam medis elektronik dan penggunaan nomor identitas pasien yang terstandarisasi. Tidak hanya itu, USAID juga membantu program kesehatan ibu dan anak, gizi, serta bekerja sama dengan fasilitas kesehatan berbasis keagamaan di wilayah pedesaan agar masyarakat terpencil tetap memperoleh layanan.

Dalam hal pendanaan skala besar, World Bank memainkan peran penting lewat program pinjaman dan hibah berbasis hasil. Bank Dunia mendukung penguatan layanan primer, kesiapsiagaan menghadapi krisis, serta pemulihan layanan pasca-COVID-19. Melalui skema seperti *Program for Results* (PforR), Bank Dunia memberikan dana berdasarkan pencapaian indikator layanan penting, seperti cakupan imunisasi, ANC, atau perbaikan manajemen keuangan di tingkat kabupaten. Pendekatan mereka menekankan pembiayaan yang berbasis kinerja dan integrasi data agar pemerintah bisa merencanakan dan memantau layanan secara lebih efektif.

Selain lembaga-lembaga besar tersebut, UNAIDS, UNFPA, UNDP, dan badan PBB lainnya juga memiliki peran khusus di bidang tematik. UNAIDS berfokus pada koordinasi lintas sektor dalam respons HIV serta

isu hak asasi manusia, termasuk perlindungan kelompok rentan. UNFPA membantu memperkuat layanan kesehatan reproduksi, kesehatan remaja, serta pengadaan alat kontrasepsi. Sementara itu, UNDP mendukung tata kelola, keadilan sosial, dan integritas rantai pasok obat agar korupsi dapat diminimalkan. Di bidang pencegahan penyakit zoonotik dan ancaman resistensi antimikroba (AMR), FAO, WOAHO/OIE, dan WHO bekerja sama melalui pendekatan One Health. Kolaborasi ini mendorong koordinasi lintas kementerian kesehatan, pertanian, dan lingkungan—agar Kenya dapat mencegah dan menangani penyakit yang menular dari hewan ke manusia serta ancaman AMR secara lebih komprehensif.

Pada tingkat operasional, mitra internasional bekerja melalui kombinasi pelaksanaan langsung, dukungan terhadap unit program di Kementerian/County, dan kemitraan dengan penyedia non-pemerintah (FBO/NGO/swasta). Untuk menekan fragmentasi, pemerintah mempopulerkan *joint planning* dan *pooled procurement* melalui KEMSA untuk obat esensial dan reagen, serta menyelaraskan indikator pemantauan agar sejalan dengan KHSSP/KHIS.⁸² Tantangan yang masih dihadapi mencakup harmonisasi siklus pendanaan, keberlanjutan pasca-graduasi pendanaan (transisi Gavi), dan country ownership terutama pada biaya berulang (gaji, O&M, pemeliharaan alat, rantai dingin).

⁸² PEPFAR and USAID Kenya, 'Kenya Country Operational Plan (COP) and Strategic Direction Summary' (2023) <<https://www.state.gov/pepfar/>>.

Dalam konteks transisi UHC, peran organisasi internasional semakin bergeser dari pembiayaan vertikal murni ke penguatan sistem: memperkuat layanan primer dan gatekeeping, digitalisasi data layanan dan pembiayaan, peningkatan kompetensi SDM (task-sharing, CPD), serta *learning health systems* yang memanfaatkan analitik untuk perbaikan mutu berkelanjutan. Kunci keberhasilan ke depan terletak pada arsitektur kolaborasi yang jelas, mutual *accountability*, dan mengalihkan peran bertahap menuju pendanaan domestik yang lebih besar serta mekanisme pembelian strategis yang mendorong mutu, efisiensi, dan keadilan.

Secara keseluruhan, peran organisasi internasional ini tidak hanya menutup kekurangan pembiayaan, tetapi juga memperkuat fondasi sistem kesehatan Kenya, mulai dari layanan dasar, pelayanan kesehatan ibu dan anak, penanganan penyakit menular, hingga kesiapsiagaan darurat. Kehadiran mereka sangat membantu Kenya mengatasi tantangan yang kompleks dan mempercepat langkah menuju sistem kesehatan yang lebih tangguh dan merata.

2.3 Kondisi Layanan Kesehatan Perempuan di Kenya

2.3.1 Indikator Layanan Kesehatan Perempuan

Kondisi layanan kesehatan perempuan di Kenya pada dasarnya mengikuti arah kebijakan Cakupan Kesehatan Global dan penguatan layanan primer, dengan tujuan memastikan setiap perempuan mendapatkan asuhan yang lengkap sejak masa remaja, selama kehamilan, saat persalinan, hingga

periode setelah melahirkan. Indikator yang dipakai untuk menilai kinerja layanan ini mencakup seluruh mata rantai pelayanan.⁸³

Pada masa kehamilan, yang dilihat adalah kunjungan asuhan kehamilan minimal satu kali dan idealnya empat kali atau lebih, pendaftaran sejak trimester pertama, serta mutu isi layanan seperti pengukuran tekanan darah, pemeriksaan urine dan darah, pemberian tablet zat besi dan asam folat, pencegahan malaria di daerah yang berisiko, dan imunisasi tetanus. Pada saat persalinan dan setelahnya, penilaian berfokus pada proporsi persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terampil, persalinan yang terjadi di fasilitas kesehatan, kunjungan perawatan setelah melahirkan bagi ibu dan bayi dalam empat puluh delapan jam pertama, kesiapan layanan kegawat daruratan kebidanan dan neonatal baik tingkat dasar maupun komprehensif, serta keseimbangan kebutuhan dan penggunaan operasi sesar⁸⁴. Pada layanan kesehatan reproduksi, indikatornya meliputi proporsi perempuan yang menggunakan kontrasepsi modern, kebutuhan berkeluarga berencana yang belum terpenuhi, keragaman pilihan metode, kesinambungan penggunaan metode agar tidak mudah putus, dan ketersediaan logistik tanpa kekosongan stok yang disertai konseling yang baik dan tidak menghakimi, termasuk layanan yang ramah bagi remaja.⁸⁵

Untuk pencegahan dan penanganan infeksi terkait kehamilan, yang dipantau antara lain adalah pemeriksaan infeksi HIV pada ibu hamil,

⁸³ Ministry of Health Kenya, 'Community Health Strategy' (2020) <<https://www.health.go.ke/>>.

⁸⁴ Ministry of Health Kenya, 'Guidelines for Basic and Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care (EmONC)' (2020) <<https://www.health.go.ke/>>.

⁸⁵ Ministry of Health Kenya, 'Community Health Strategy'.

pencegahan penularan dari ibu ke anak, skrining sifilis, serta pemeriksaan laboratorium untuk diagnosis dini pada bayi yang lahir dari ibu yang terpapar. Pada kesehatan bayi baru lahir, indikator pentingnya adalah kunjungan perawatan setelah melahirkan khusus untuk bayi, pelaksanaan menyusui dini, pemberian air susu ibu secara eksklusif, proporsi bayi dengan berat lahir rendah, dan paket perawatan esensial yang harus tersedia di fasilitas.⁸⁶ Pencegahan kanker leher rahim dilihat dari cakupan imunisasi virus papiloma manusia, cakupan skrining kanker leher rahim baik dengan pemeriksaan visual menggunakan asam asetat maupun dengan pemeriksaan laboratorium virus papiloma manusia, serta proporsi temuan pra-kanker yang benar-benar mendapat pengobatan dan rujukan ke layanan onkologi.⁸⁷

Penyakit tidak menular pada perempuan juga mendapat perhatian melalui skrining tekanan darah tinggi dan diabetes yang terintegrasi di layanan primer dan layanan ibu, kepatuhan pengobatan dasar, serta edukasi tentang gizi dan aktivitas fisik. Layanan untuk korban kekerasan berbasis gender dinilai dari jumlah korban yang mengakses layanan klinis, cakupan layanan setelah kejadian kekerasan seperti pencegahan infeksi HIV, kontrasepsi darurat, dukungan pemeriksaan forensik, serta rujukan psikologis dan bantuan hukum.⁸⁸

⁸⁶ World Bank, 'Kenya Health Systems Strengthening -- Disbursement Linked Indicators' (2022) <<https://documents.worldbank.org/>>.

⁸⁷ Ministry of Health Kenya, 'Human Resources for Health Strategic Plan' (2019) <<https://www.health.go.ke/>>.

⁸⁸ Ministry of Health Kenya, 'NCD Guidelines for Primary Care'.

Di tingkat hasil, digunakan rasio kematian ibu, angka kematian bayi baru lahir dan kematian perinatal, anemia pada perempuan usia reproduksi, serta ukuran kesenjangan antardaerah dan antar kelompok sosial. Semua itu dilengkapi dengan indikator kesiapan sistem seperti ketersediaan tenaga kesehatan terampil, ketersediaan obat yang termasuk dalam daftar obat esensial Kenya, ketersediaan darah dan produk darah, layanan ambulans dan rujukan, ketersediaan air bersih, sanitasi dan higiene di fasilitas kesehatan, serta ketertiban pencatatan dan pelaporan layanan. Dengan kerangka indikator yang menyeluruh ini, pemerintah dan para pengelola layanan dapat menilai bukan hanya seberapa banyak layanan diberikan, tetapi juga apakah layanan tersebut tepat waktu, bermutu, adil, dan berkelanjutan di seluruh wilayah negara.⁸⁹

Dari sisi kelembagaan, tanggung jawab utama berada pada Kementerian Kesehatan Kenya melalui Divisi Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Ibu yang menjadi pusat perumusan kebijakan untuk kesehatan reproduksi, kesehatan ibu, kesehatan bayi baru lahir, dan kesehatan remaja, termasuk pencegahan dan penanganan kanker leher rahim serta pengembangan layanan yang ramah bagi remaja.

Isu yang lebih khusus dikelola bersama program atau unit terkait seperti Program Nasional Pengendalian Kanker, Program Nasional Pengendalian AIDS dan Infeksi Menular Seksual yang memimpin

⁸⁹ Ministry of Health Kenya, 'Universal Health Coverage Policy 2020--2030' (2020) <<https://www.health.go.ke/>>.

pengecahan penularan dari ibu ke anak, serta jejaring layanan pemulihan bagi korban kekerasan berbasis gender yang terhubung dengan Departemen Urusan Gender dan Komisi Nasional Kesetaraan dan Gender.⁹⁰

Penetapan standar profesi dan perizinan fasilitas dilakukan oleh Dewan Praktisi Medis dan Dokter Gigi Kenya, Dewan Keperawatan Kenya, Dewan Petugas Klinis, dan Badan Farmasi dan Racun agar mutu layanan dan keselamatan pasien tetap terjaga. Pada sisi pembiayaan, Dana Asuransi Rumah Sakit Nasional dan kebijakan Cakupan Kesehatan Semesta membeli layanan dari penyedia publik, swasta, dan lembaga berbasis keagamaan melalui pembayaran berbasis kapitasi untuk layanan dasar dan pembayaran berbasis tarif untuk rawat inap dan tindakan, sementara pemerintah daerah tingkat kabupaten mengelola layanan primer dan sekunder, sumber daya manusia, serta operasional fasilitas.⁹¹

Berbagai organisasi internasional seperti Organisasi Kesehatan Dunia, Dana Anak Perserikatan Bangsa-Bangsa, Dana Kependudukan Perserikatan Bangsa-Bangsa, Aliansi Vaksin Gavi, Dana Global untuk HIV, Tuberkulosis dan Malaria, dan Bank Dunia memberikan dukungan teknis, pengadaan komoditas penting, serta pembiayaan program prioritas sehingga indikator-indikator di atas dapat dicapai secara merata di seluruh Kenya.

2.3.2 Masalah Layanan Kesehatan Perempuan

⁹⁰ UNFPA Kenya, 'Gender-Based Violence in Kenya' (2022) <<https://kenya.unfpa.org/>>.

⁹¹ Ministry of Health Kenya, 'Universal Health Coverage Policy 2020--2030'.

Masalah layanan kesehatan perempuan di Kenya dapat dipetakan ke tiga ranah besar: keterjangkauan layanan esensial sepanjang daur reproduksi, hambatan sosial-kultural dan kekerasan berbasis gender, serta kesenjangan respons penyakit prioritas (HIV dan kanker serviks) yang belum sepenuhnya teratasi. Dari sisi pemanfaatan layanan esensial, Survei Demografi dan Kesehatan Kenya 2022⁹² menunjukkan bahwa hampir semua ibu menerima setidaknya satu kali kunjungan antenatal dari tenaga terampil, namun hanya sekitar dua pertiga yang mencapai empat kali kunjungan atau lebih ($\approx 66\%$).

Kesenjangan berlanjut pada masa persalinan dan pascapersalinan: persalinan oleh tenaga kesehatan terampil sekitar 89% dan kelahiran di fasilitas kesehatan sekitar 82%, sementara pemeriksaan nifas dalam 48 jam pertama baru sekitar tiga per empat ibu ($\approx 72\%$). Angka-angka agregat ini menyamarkan disparitas antardaerah seperti di beberapa county di kawasan Arid and Semi-Arid Lands (ASAL) masih tertinggal jauh dibanding wilayah perkotaan besar, dipengaruhi jarak ke fasilitas, biaya transport, ketersediaan nakes, dan stok komoditas.

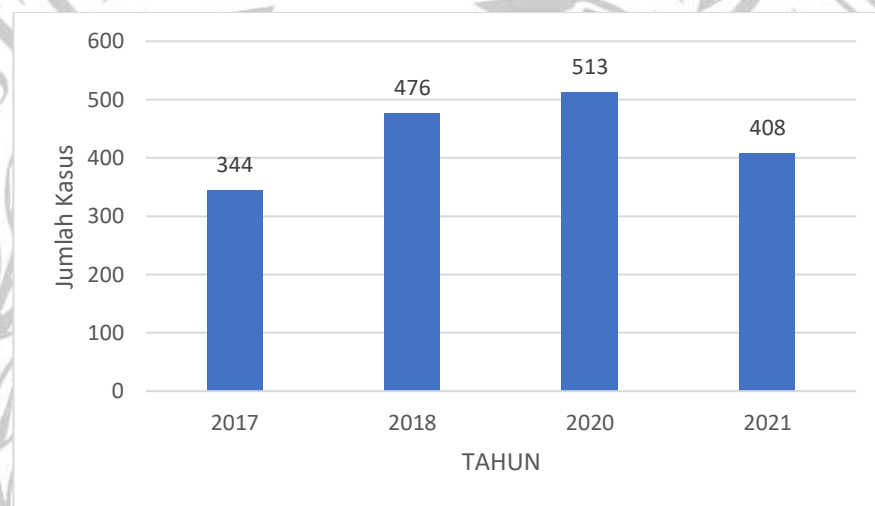
Dalam kesehatan reproduksi, akses dan kesinambungan layanan kontrasepsi modern meningkat tetapi belum merata. KDHS 2022 mencatat prevalensi kontrasepsi modern pada perempuan menikah sekitar 57% (sekitar 63% menggunakan metode apa pun)⁹³, dengan metode yang dominan adalah suntikan dan implan. Meski kebutuhan tak terpenuhi (unmet need) turun,

⁹² Kenya National Bureau of Statistics and ICF, 'Kenya Demographic and Health Survey 2022: Volume 1'.

⁹³ Ministry of Health Kenya, 'Community Health Strategy'.

proporsinya masih sekitar 14% di kalangan perempuan menikah, dan terdapat jurang antarkabupaten misalnya cakupan kontrasepsi modern sangat rendah di beberapa county perbatasan, sementara county di wilayah tengah mencatat cakupan tertinggi.

Bagan 1.3 Tingkat Kasus Aborsi Tidak Aman dan Kasus Kematian Ibu Melahirkan di Kenya Tahun 2017-2021



Sumber : WHO, *Unsafe Abortion Global Incidence and Trends*.⁹⁴

Bedasarkan data yang diperoleh di website World Health Organizations (WHO)⁹⁵ angka kematian ibu melahirkan sangat tinggi di negara Kenya, pada tahun 2017 angka aborsi tidak aman serta kasus kematian ibu melahirkan mencapai 344 kasus, tahun 2018 mengalami peningkatan menjadi 476 dan untuk data 2019 tidak ada, karena mengalami Pandemi Covid-19 serta puncaknya pada tahun 2020 mencapai 513 kasus angka kematian ibu melahirkan serta aborsi tidak aman⁹⁶.

⁹⁴ WHO, *Unsafe Abortion Global Incidence and Trends*.

⁹⁵ Organization, 'Access to Reproductive Health Services: A Global Perspective'.

⁹⁶ WHO, *Unsafe Abortion Global Incidence and Trends*.

Menurut laporan dari UNFPA (2020)⁹⁷, di Kenya, angka kehamilan remaja meningkat sebesar 18% setelah penerapan kembali kebijakan *Global Gag Rule* pada tahun 2017. Hal ini menyebabkan banyak remaja perempuan terpaksa putus sekolah, dengan sekitar 13.000 kasus putus sekolah akibat kehamilan dini dilaporkan pada tahun 2018 saja. Selain itu, PAI mencatat bahwa di daerah pedesaan Kenya, 40% remaja perempuan yang hamil tidak kembali ke sekolah setelah melahirkan, yang semakin memperlebar kesenjangan gender dalam pendidikan.⁹⁸

Antara tahun 2017 hingga 2020, setidaknya 23 klinik layanan kesehatan reproduksi yang didanai oleh lembaga asing seperti Marie Stopes Kenya⁹⁹ dan IPPF Kenya¹⁰⁰ terpaksa ditutup. Hal ini menyebabkan hilangnya akses bagi jutaan perempuan terhadap layanan kontrasepsi modern, sehingga meningkatkan jumlah kehamilan yang tidak direncanakan, dan pada akhirnya, memperbesar risiko aborsi tidak aman.

Dalam aspek layanan kesehatan secara umum, data dari Kenya Health Sector Strategic and Investment Plan (2018–2023)¹⁰¹ menunjukkan bahwa Kenya mengalokasikan kurang dari 6% dari anggaran nasional untuk sektor kesehatan, jauh di bawah komitmen 15% yang disepakati dalam Deklarasi Abuja. Rendahnya anggaran ini menyebabkan stagnasi dalam

⁹⁷ UNFPA, *The State of the World's Reproductive Health*.

⁹⁸ PAI, *Effects of the Expanded Global Gag Rule in Kenya*.

⁹⁹ Marie Stopes Kenya, 'Kenya Country Report: The Impact of GGR on Access to Contraception', 2019.

¹⁰⁰ International Planned Parenthood Federation (IPPF), 'Impact of the Global Gag Rule on IPPF Services'.

¹⁰¹ Kenya Ministry of Health, 'Kenya Health Sector Strategic and Investment Plan (KHSSIP) July 2018–June 2023', 2018.

pengembangan fasilitas dan teknologi kesehatan, serta rendahnya cakupan asuransi kesehatan nasional. Hingga tahun 2021, hanya sekitar 19% populasi Kenya yang terdaftar dalam skema asuransi kesehatan nasional (NHIF), dan bahkan lebih rendah di wilayah terpencil. Akibatnya, sebagian besar masyarakat harus membayar sendiri biaya kesehatan (out-of-pocket), yang mendorong banyak keluarga jatuh dalam kemiskinan ekstrem ketika menghadapi situasi darurat medis.

Kondisi ini juga sangat memengaruhi kesehatan reproduksi, terutama di kalangan perempuan muda dan remaja. Menurut laporan UNFPA Kenya¹⁰², satu dari lima perempuan usia 15–19 tahun di Kenya telah mengalami kehamilan, banyak di antaranya terjadi karena kurangnya akses terhadap pendidikan seks komprehensif dan kontrasepsi. Guttmacher Institute mencatat bahwa pada tahun 2020, tingkat unmet need for contraception di Kenya mencapai 18%, dengan perempuan di wilayah pedesaan dan masyarakat miskin sebagai kelompok paling terpengaruh. Layanan seperti penyuluhan tentang kesehatan menstruasi, akses terhadap IUD dan kondom, serta layanan pasca-aborsi (PAC) menjadi sangat terbatas sejak diberlakukannya GGR¹⁰³. Studi Marie Stopes Kenya menunjukkan bahwa sejak GGR diterapkan, sekitar 1,7 juta perempuan kehilangan akses

¹⁰² UNFPA Kenya, 'UNFPA Kenya Annual Report 2020', 2020.

¹⁰³ Guttmacher Institute, African Population, and Health Research Center, 'Abortion and Postabortion Care in Kenya', 2018.

terhadap layanan kontrasepsi jangka panjang, seperti implan dan suntik KB¹⁰⁴.

Pandemi COVID-19 pada tahun 2020–2021 semakin memperparah krisis kesehatan ini. Sumber daya sistem kesehatan dialihkan secara besar-besaran untuk menangani pandemi, sementara layanan esensial seperti imunisasi, layanan ibu dan anak, serta skrining kanker serviks mengalami penurunan tajam. Data dari WHO¹⁰⁵ menunjukkan bahwa angka kunjungan ibu hamil ke fasilitas kesehatan turun hingga 50% selama masa pandemi. Ini berpengaruh terhadap meningkatnya angka kematian ibu dan bayi, serta membatasi deteksi dini komplikasi kehamilan. Dalam laporan UNICEF Kenya¹⁰⁶, disebutkan bahwa lebih dari 250.000 anak balita tidak mendapatkan imunisasi dasar selama pandemi berlangsung, yang berpotensi menimbulkan krisis kesehatan lanjutan dalam jangka panjang.

Periode 2017–2021 menjadi fase kritis bagi sistem kesehatan Kenya, terutama layanan kesehatan perempuan dan reproduksi. Kebijakan donor luar negeri seperti GGR memperburuk indikator kesehatan publik karena ketergantungan Kenya pada bantuan asing dan lemahnya kapasitas domestik. Untuk mengatasinya, diperlukan komitmen politik nasional dalam memperkuat pembiayaan internal, memperbaiki layanan publik, dan

¹⁰⁴ Marie Stopes Kenya, 'Impact of the Global Gag Rule on Reproductive Health Services in Kenya'.

¹⁰⁵ World Health Organization, 'Continuity of Essential Health Services during COVID-19: Kenya Country Report', 2021.

¹⁰⁶ UNICEF Kenya, 'Kenya Situation Report: COVID-19 Response', 2021.

menjamin hak kesehatan reproduksi tanpa terpengaruh tekanan ideologis luar negeri.

Di sisi lain, kehamilan remaja tetap menjadi tantangan: tingkat kelahiran pada usia 15-19 tahun sekitar 73 per 1.000 perempuan, menandakan kebutuhan kuat terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi remaja (pendidikan seksual komprehensif, konseling ramah remaja, serta akses kontrasepsi yang tidak diskriminatif). Hambatan sosial-kultural turut memperberat beban masalah. KDHS 2022¹⁰⁷ melaporkan sekitar sepertiga perempuan ($\approx 34\%$) pernah mengalami kekerasan fisik sejak usia 15 tahun dan sekitar 13% pernah mengalami kekerasan seksual (sekitar 6–7% dalam 12 bulan terakhir).¹⁰⁸

Kekerasan pasangan intim dan kekerasan berbasis gender membatasi kemampuan perempuan mengakses dan mempertahankan penggunaan layanan, meningkatkan risiko kehamilan tidak direncanakan dan outcome kebidanan yang buruk. Selain itu, praktik pemotongan genital perempuan (FGM/C) secara nasional menurun tetapi masih bertahan di kantong-kantong budaya tertentu; prevalensinya sekitar 15% pada perempuan usia 15–49 tahun. Stigma, norma gender, dan pernikahan dini/anak yang lebih tinggi di wilayah tertentu berkaitan dengan rendahnya pencarian pertolongan dan keterlambatan dalam mengakses perawatan kebidanan darurat.¹⁰⁹

¹⁰⁷ Kenya National Bureau of Statistics and ICF, 'Kenya Demographic and Health Survey 2022: Volume 1'.

¹⁰⁸ UNFPA Kenya, 'Gender-Based Violence in Kenya'.

¹⁰⁹ *Ibid.*

Pada ranah penyakit prioritas, respons HIV pada ibu dan anak memperlihatkan kemajuan namun belum mencapai eliminasi. Cakupan pencegahan penularan ibu-anak (PMTCT) nasional sudah tinggi, tetapi laju penularan ibu-anak yang dilaporkan sekitar 2015–2020 masih berada di kisaran 8–11% sehingga membutuhkan penguatan skrining HIV berulang pada masa kehamilan dan menyusui, retensi dalam perawatan, serta pencegahan infeksi baru pada ibu. Kanker serviks menjadi penyebab kematian kanker tertinggi pada perempuan Kenya yang mencerminkan tantangan ganda skrining dan imunisasi HPV.

Meski pemerintah telah mengadopsi rejimen satu dosis untuk meningkatkan cakupan, laporan publik menunjukkan cakupan vaksin HPV masih rendah; pada 2023 hanya sekitar seperempat anak perempuan mendapatkan dosis pertama dan kurang dari itu yang menyelesaikan dosis kedua, jauh di bawah target WHO. Kesenjangan kapasitas untuk skrining dan tatalaksana lesi prakanker (waktu tunggu hasil sitologi yang panjang, rujukan yang tidak mulus, dan kelangkaan layanan ablasi/LEEP di tingkat kabupaten) menambah hambatan akses terutama bagi perempuan miskin dan di daerah terpencil.

Secara keseluruhan, masalah layanan kesehatan perempuan di Kenya ditandai kombinasi “*bottleneck*” suplai (jarak, tenaga, komoditas, mutu dan keramahan layanan) dan permintaan (biaya, norma, kekerasan, stigma),

dengan variasi geografis yang tajam. Data KDHS¹¹⁰ memberi sinyal bahwa prioritas kebijakan ke depan perlu menutup celah kunjungan ANC ≥ 4 , meningkatkan kunjungan nifas dini, memperkecil unmet need kontrasepsi, memperluas layanan remaja, mencegah dan merespons kekerasan berbasis gender, serta mempercepat cakupan vaksin HPV dan pelayanan skrining-tindak lanjut yang efektif semuanya dengan pendekatan yang sensitif konteks dan berfokus pada county yang tertinggal.

2.3.3 Status Aborsi di Kenya

Aborsi di Kenya menempati posisi hukum yang kompleks dan kontekstual, secara formal terdapat pembatasan dalam *Penal Code*¹¹¹ yang mengkriminalisasi tindakan aborsi, namun pada tingkat konstitusional terdapat pengecualian yang membuka ruang bagi layanan tersebut dalam kondisi tertentu. Konstitusi Kenya 2010, Pasal 26(4)¹¹², mengizinkan intervensi medis yang mengakhiri kehamilan apabila menurut pendapat seorang tenaga medis yang kompeten kelanjutan kehamilan akan membahayakan kehidupan atau kesehatan perempuan hamil, atau apabila diatur lain oleh undang-undang. Ketidaksesuaian antara ketentuan umum penal yang bersifat kriminalisasi dan pengecualian konstitusional ini menciptakan situasi ambivalen: secara hukum aborsi bersifat "terbatas legal" (*conditionally legal*), yang pada praktiknya sangat bergantung pada

¹¹⁰ Kenya National Bureau of Statistics and ICF, 'Kenya Demographic and Health Survey 2022: Volume 1'.

¹¹¹ 'Penal Code of Kenya'.

¹¹² Constitution of Kenya, 'Constitution of Kenya (2010). The Constitution of Kenya (Constitution of Kenya)', 2010.

interpretasi profesional, pedoman teknis, dan kebijakan administratif yang mengatur pelaksanaannya.

Dinamika politik domestik juga menentukan arah perubahan kebijakan. Legislator yang bergantung pada koalisi politik konservatif, atau pemerintah yang sensitif terhadap sentimen agama, cenderung menunda atau menolak pengesahan undang-undang pelaksana yang memperjelas akses aborsi. Sebaliknya, ketika kelompok advokasi hak reproduksi berhasil memasukkan isu ke agenda publik melalui kampanye awareness, litigasi strategis, atau aliansi dengan aktor internasional ruang kebijakan dapat mengerucut menuju reformasi yang lebih pro-akses.

Satu faktor eksternal yang secara praktis sangat menentukan implementasi akses aborsi adalah ketergantungan finansial pada bantuan luar negeri. Donor besar seperti Amerika Serikat menyediakan proporsi sangat besar dari dana ODA¹¹³ sektor kesehatan di Kenya; ketika kebijakan AS berubah misalnya lewat implementasi kembali *Global Gag Rule* (GGR) yang diperluas pada 2017 melalui *Protecting Life in Global Health Assistance* (PLGHA)¹¹⁴ organisasi penerima dana dipaksa memilih antara mematuhi syarat donor atau melanjutkan layanan yang mungkin mencakup rujukan atau informasi terkait aborsi.

Pengaruh kebijakan ini bersifat pragmatis: meskipun hukum domestik memungkinkan aborsi dalam kondisi tertentu, syarat donor dapat

¹¹³ Guttmacher Institute, 'Guttmacher Institute. (2019). Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health in Kenya.', 2019.

¹¹⁴ United States Agency for International Development (USAID), 'U.S. Government Policy: Protecting Life in Global Health Assistance', 2017.

membatasi layanan di lapangan karena organisasi lebih memprioritaskan kelangsungan operasional dan program yang dibiayai. Fenomena "over-compliance" menjadi lazim banyak organisasi membatasi layanan lebih luas dari yang diwajibkan aturan donor karena ketidakpastian interpretasi atau takut terkena sanksi. Konsekuensinya mencakup penutupan klinik, pengurangan distribusi kontrasepsi, gangguan program edukasi reproduksi, dan penurunan rujukan untuk kasus kehamilan berisiko.

Secara keseluruhan, status aborsi di Kenya dapat dipahami sebagai konfigurasi yang memungkinkan layanan dalam keadaan tertentu khususnya perlindungan nyawa dan kesehatan perempuan namun dibatasi oleh rezim pidana yang belum seluruhnya diselaraskan dengan konstitusi dan oleh norma sosial yang beragam. Prioritas kebijakan ke depan meliputi harmonisasi kerangka hukum, standarisasi prosedur klinis dan dokumentasi, ekspansi PAC dan kontrasepsi paska tindakan, serta strategi komunikasi publik yang mengurangi stigma dan meningkatkan literasi hukum dan kesehatan reproduksi.

2.4 Tantangan Sistem Kesehatan Kenya

2.4.1 Ketimpangan Wilayah

Salah satu tantangan terbesar dan paling lama di sistem kesehatan Kenya adalah ketimpangan layanan antara daerah dataran tinggi yang padat penduduk seperti Central, bagian subur Rift Valley, dan kota-kota seperti Nairobi, Nakuru, serta Kericho dengan wilayah gurun dan semi-kering (ASAL) di utara dan timur seperti Turkana, Marsabit, Wajir, Mandera,

Garissa, Isiolo, dan Samburu. Kondisi geografis dan infrastruktur yang sangat berbeda membuat kedua wilayah ini memiliki risiko kesehatan dan kemampuan layanan yang tidak sama.¹¹⁵ Dataran tinggi lebih diuntungkan karena jaringan jalannya lebih baik, fasilitas kesehatannya lebih banyak, dan tenaga kesehatan lebih tertarik bekerja di sana. Sebaliknya, wilayah ASAL memiliki jarak antar permukiman yang jauh, populasi yang tersebar atau nomaden, sering terdampak kekeringan atau banjir, serta minimnya infrastruktur dasar seperti jalan, listrik, dan air. Semua faktor ini membuat fasilitas kesehatan di ASAL lebih sulit beroperasi, termasuk dalam hal ketersediaan tenaga, obat, vaksin, dan layanan gawat darurat.¹¹⁶

Perbedaan ini terlihat jelas dari jumlah dan persebaran fasilitas. Di dataran tinggi, jarak antar fasilitas lebih dekat dan akses ambulans lebih mudah, sehingga perempuan lebih cepat mendapatkan layanan seperti persalinan, perawatan bayi baru lahir, atau imunisasi. Sementara di ASAL, jauhnya jarak antar fasilitas dan buruknya kondisi jalan membuat respon darurat lebih lambat dan biaya transportasi lebih mahal. Dampaknya, banyak indikator layanan seperti persalinan di fasilitas atau kunjungan pascapersalinan dalam 48 jam pertama cenderung lebih rendah dibanding wilayah dataran tinggi.¹¹⁷

¹¹⁵ Ministry of Health Kenya (MoH), Kenya Health Sector Strategic Plan (KHSSP) 2018–2023 (Nairobi: MoH, 2018); Kenya Law, Health Act No. 21 of 2017 (Nairobi: National Council for Law Reporting, 2017).

¹¹⁶ Kenya National Bureau of Statistics (KNBS), et al., Kenya Demographic and Health Survey 2022 (Nairobi: KNBS, 2023); World Health Organization (WHO), Service Availability and Readiness Assessment (SARA) Kenya (Geneva: WHO, 2018).

¹¹⁷ MoH, Human Resources for Health Strategic Plan (Nairobi: MoH, 2019); S. Barasa, et al., 'Human resources for health and devolution in Kenya', *BMJ Global Health*, 2 (2017), e000325.

Ketimpangan juga terjadi pada tenaga kesehatan. Kota-kota besar lebih menarik bagi tenaga medis karena peluang karier lebih baik, akses pelatihan lebih mudah, dan fasilitas kerja lebih lengkap. Sebaliknya, di ASAL, tingkat kekosongan posisi tenaga kesehatan lebih tinggi dan pergantian staf (turnover) terjadi lebih cepat karena kondisi kerja yang berat. Tenaga yang tersedia pun harus menangani banyak jenis layanan sekaligus karena jumlah mereka terbatas. Berbagai kebijakan seperti insentif daerah terpencil, rotasi tenaga, atau pembagian tugas (task shifting) memang membantu, namun keberhasilannya sangat tergantung pada dukungan anggaran, rumah dinas, dan jaminan keamanan bagi tenaga yang bertugas di daerah rawan.¹¹⁸

Masalah lain muncul dari rantai pasok. Di ASAL, distribusi obat dan vaksin sering terlambat karena perjalanan jauh, bahan bakar mahal, dan penyimpanan dingin yang tidak stabil akibat listrik yang sering mati. Hal ini membuat stok obat dan vaksin tidak konsisten. Sementara itu, wilayah dataran tinggi lebih jarang mengalami hambatan ini karena infrastrukturnya lebih baik. Solusi seperti kulkas vaksin tenaga surya, jadwal distribusi berbasis data, atau kerja sama logistik dengan pihak ketiga mulai banyak digunakan untuk menutup kesenjangan tersebut.¹¹⁹

Dari sisi biaya, perempuan di wilayah ASAL juga lebih terbebani.

Transportasi menuju fasilitas rujukan sangat mahal, dan layanan bergerak

¹¹⁸ MoH, KEML 2023 (Nairobi: MoH, 2023); PATH, Solar Cold Chain and Last-Mile Delivery in Kenya (Seattle: PATH, berbagai edisi).

¹¹⁹ World Bank, Tracking Universal Health Coverage: Kenya Country Profile (Washington, DC: World Bank, 2022); KIPPRA, Health Financing Options for UHC (Nairobi: KIPPRA, 2018).

tidak selalu tersedia tepat waktu. Akibatnya, pengeluaran langsung (out-of-pocket/OOP) untuk memperoleh layanan sering kali lebih tinggi dibanding perempuan di dataran tinggi yang fasilitas dan skema pembiayaannya lebih mudah diakses. Kebijakan seperti tarif berbasis jarak, voucher transportasi maternal, atau kontrak layanan dengan FBO/NGO menjadi sangat penting untuk menurunkan beban biaya tersebut.¹²⁰

Perbedaan masalah kesehatan pun terlihat antara kedua wilayah. Dataran tinggi menghadapi meningkatnya penyakit tidak menular seperti hipertensi dan diabetes karena urbanisasi dan perubahan gaya hidup, sementara ASAL masih dibayangi penyakit menular seperti TB, malaria di area tertentu, penyakit diare akibat kurangnya sanitasi, serta kekurangan gizi karena siklus kekeringan. Guncangan iklim memperburuk kondisi ini karena memengaruhi ketahanan pangan dan mempersulit pemberian layanan rutin seperti imunisasi atau kunjungan ANC/PNC.¹²¹

Untuk pemberian layanan, dataran tinggi mengandalkan fasilitas tetap dan sistem rujukan yang relatif stabil. Di ASAL, layanan bergerak seperti mobile clinic, telehealth, atau penanganan berbasis komunitas menjadi sangat penting untuk menjangkau masyarakat nomaden. Petugas kesehatan komunitas (CHV) memegang peran besar dalam menemukan kasus dini, memberikan edukasi, serta menghubungkan keluarga dengan

¹²⁰ World Bank, 'Tracking Universal Health Coverage: Kenya Country Profile'.

¹²¹ Ministry of Health Kenya, 'Community Health Strategy'.

fasilitas kesehatan. Agar model layanan bergerak efektif, dibutuhkan jadwal yang jelas, pasokan yang stabil, serta pencatatan data yang terintegrasi.¹²²

Dari sisi mutu dan keselamatan pasien, fasilitas di dataran tinggi memiliki peralatan diagnostik yang lebih lengkap dan kompetensi obstetri emergensi yang lebih baik. Di ASAL, beberapa solusi seperti rumah tunggu bersalin, ambulans berbasis komunitas, atau sistem komunikasi radio terbukti membantu menurunkan keterlambatan penanganan. Namun semua itu membutuhkan pendanaan yang stabil dan koordinasi antar lembaga.¹²³

Secara keseluruhan, ketimpangan antara dataran tinggi dan wilayah ASAL bukan hanya soal perbedaan jumlah fasilitas atau tenaga kesehatan, tetapi juga perbedaan struktur penduduk, tingkat risiko, dan biaya layanan. Untuk menutup kesenjangan ini, Kenya membutuhkan kebijakan yang mampu menyesuaikan layanan dengan kondisi geografis ekstrem, mendorong inovasi model layanan, dan memastikan pembiayaan yang stabil dengan pemantauan hasil yang jelas.

2.4.2 Kekurangan Tenaga Kesehatan

Salah satu tantangan terbesar dalam sistem kesehatan Kenya adalah kekurangan tenaga kesehatan yang berdampak langsung pada kualitas layanan, terutama bagi perempuan.¹²⁴ Kekurangan ini terjadi karena jumlah tenaga yang tersedia memang masih jauh dari cukup, persebarannya tidak merata, dan mereka yang sudah bekerja pun sering tidak bisa menjalankan

¹²² Controller of Budget, 'County Governments Budget Implementation Review Report' (2024) <<https://cob.go.ke/>>.

¹²³ Ministry of Health Kenya, 'Community Health Strategy'.

¹²⁴ Controller of Budget, 'County Governments Budget Implementation Review Report'.

tugas dengan maksimal. Dokter, perawat, dan bidan lebih banyak terkonsentrasi di kota besar karena fasilitasnya lebih lengkap dan kondisi kerjanya lebih nyaman.¹²⁵ Akibatnya, daerah terpencil kekurangan tenaga, sehingga layanan seperti pemeriksaan kehamilan, persalinan aman, imunisasi, dan penanganan gawat darurat sering tidak tersedia atau buka dalam waktu terbatas.

Di fasilitas kesehatan kecil, satu tenaga sering harus menangani banyak layanan sekaligus karena tidak ada staf lain yang membantu.¹²⁶ Sementara itu, rumah sakit yang lebih besar juga terkendala karena kurangnya spesialis seperti dokter kandungan, ahli bedah, atau anestesi, sehingga antrean tindakan panjang dan banyak pasien harus dirujuk ke wilayah lain.¹²⁷

Masalah ini makin berat karena tenaga kesehatan sering menghadapi kondisi kerja yang tidak stabil gaji terlambat, kontrak kerja pendek, fasilitas kerja tidak lengkap, serta minimnya peluang pelatihan. Banyak tenaga akhirnya pindah ke daerah lain atau ke luar negeri untuk mencari kondisi kerja yang lebih baik.¹²⁸ Di sisi lain, sekolah kesehatan belum mampu menghasilkan lulusan dalam jumlah yang cukup untuk menutupi kekurangan tenaga nasional.

¹²⁵ Center for Reproductive Rights, 'Kenya's High Court Issues a Landmark Ruling on Access to Safe Abortion', 2019 <<https://reproductiverights.org/>>.

¹²⁶ KIPPRA and Ministry of Health Kenya, 'Universal Health Coverage Policy 2020--2030: Accelerating Attainment of UHC'.

¹²⁷ *Ibid.*

¹²⁸ Kenya National Bureau of Statistics (KNBS), et al., Kenya Demographic and Health Survey 2022 (Nairobi: KNBS, 2023); MoH, Community Health Strategy (Nairobi: MoH, berbagai edisi).

Kenya sebenarnya sudah memiliki standar kebutuhan tenaga di tiap level fasilitas, tetapi pelaksanaannya masih tergantung pada kemampuan anggaran pemerintah daerah. Untuk meningkatkan jumlah tenaga kesehatan, Kenya perlu melakukan berbagai langkah sekaligus, seperti menambah kapasitas pendidikan tenaga kesehatan, memberi insentif bagi mereka yang mau bekerja di daerah terpencil, memperbaiki kondisi kerja, serta memanfaatkan teknologi seperti telekonsultasi agar beban kerja lebih ringan.¹²⁹ Dalam jangka pendek, bekerja sama dengan penyedia layanan swasta atau organisasi nonpemerintah bisa menjadi cara cepat untuk menutupi kekurangan tenaga. Namun secara keseluruhan, Kenya membutuhkan pendanaan yang lebih stabil dan kebijakan yang konsisten agar pemerataan tenaga kesehatan benar-benar tercapai dan layanan bagi perempuan bisa ditingkatkan.¹³⁰

2.4.3 Ketergantungan Pada Dana Donor

Fokus Ketergantungan Kenya pada dana donor dalam sektor kesehatan merupakan karakter struktural yang terbentuk sejak ekspansi program-program prioritas (terutama HIV, tuberkulosis, malaria, imunisasi, kesiapsiagaan, dan penguatan laboratorium) pada awal dekade 2000-an, ketika dukungan dari lembaga internasional seperti The Global Fund, PEPFAR melalui Badan Pembangunan Internasional Amerika Serikat, Gavi Aliansi Vaksin, Bank Dunia, Organisasi Kesehatan Dunia, dan Dana Anak

¹²⁹ World Bank, 'Kenya Health Systems Strengthening -- Disbursement Linked Indicators'.

¹³⁰ World Bank, 'Kenya Health Systems Strengthening -- Disbursement Linked Indicators'.

Perserikatan Bangsa-Bangsa mengisi kesenjangan pendanaan publik dan mempercepat penyediaan komoditas serta layanan berskala nasional.¹³¹

Di sisi lain, ketergantungan ini menimbulkan risiko volatilitas ketika prioritas global berubah, fragmentasi karena siklus proyek dan pelaporan yang berbeda dari tata kelola anggaran nasional, serta keberlanjutan yang rapuh pada komoditas kunci (seperti obat antiretroviral, reagen diagnostik, kelambu berinsektisida, dan vaksin baru) yang sulit segera digantikan oleh sumber domestik apabila terjadi guncangan.

Alur penyaluran dana kesehatan Kenya pada dasarnya berjalan melalui tiga sumbu yang saling berinteraksi pertama, anggaran pemerintah pusat dan pemerintah daerah; kedua, pembelian layanan oleh Dana Asuransi Rumah Sakit Nasional dalam kerangka kebijakan Cakupan Kesehatan Semesta; dan ketiga, pendanaan eksternal dari donor.¹³² Pada sumbu anggaran pemerintah, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara ditetapkan oleh Kementerian Keuangan melalui kerangka kerja belanja menengah yang menentukan plafon untuk Kementerian Kesehatan guna fungsi kebijakan, regulasi, rumah sakit rujukan nasional, program prioritas, pembiayaan pendamping untuk hibah dan pinjaman, serta investasi sistem (misalnya laboratorium rujukan, sistem informasi kesehatan, cadangan darurat).¹³³

¹³¹ World Bank, Kenya Health Sector Public Expenditure Review (Washington, DC: World Bank, 2021); The Global Fund, Grant Portfolio: Kenya (Geneva: GF, berbagai edisi); Gavi, Kenya Country Programme (Geneva: Gavi, berbagai edisi); PEPFAR/USAID, Kenya COP/Strategic Direction Summary (Washington, DC: PEPFAR/USAID, berbagai edisi).

¹³² KIPPR and Ministry of Health Kenya, 'Universal Health Coverage Policy 2020--2030: Accelerating Attainment of UHC'.

¹³³ *Ibid.*

Pada saat yang sama, pemerintah daerah tingkat kabupaten membiayai layanan primer dan sekunder, gaji serta tunjangan tenaga kesehatan, operasi dan pemeliharaan fasilitas, pengadaan obat dan perbekalan melalui Otoritas Pengadaan Obat Kenya, serta layanan kesehatan masyarakat, yang sumbernya berasal dari transfer bagian adil antardaerah berdasarkan formula Komisi Alokasi Pendapatan, hibah bersyarat untuk prioritas tertentu, dan pendapatan asli daerah.¹³⁴

Penarikan dan penyaluran anggaran dilakukan melalui proses pelepasan kas negara, pemberian kewenangan belanja kepada unit pelaksana, dan pencatatan pada sistem informasi keuangan, sedangkan di tingkat fasilitas sebagian pendapatan dapat dikelola sebagai dana peningkatan fasilitas yang digunakan untuk kebutuhan operasional yang tidak tercakup dalam pos anggaran rutin.¹³⁵

Pada sumbu pembelian layanan, Dana Asuransi Rumah Sakit Nasional mengontrak penyedia layanan publik, swasta, dan berbasis keagamaan melalui pembiayaan berbasis kapitasi untuk layanan rawat jalan tingkat primer dan pembayaran berbasis klaim atau tarif kasus untuk layanan rawat inap dan tindakan, termasuk paket manfaat kebidanan yang menanggung pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan perawatan setelah melahirkan; mekanisme ini membuat aliran dana bergerak langsung ke

¹³⁴ Kenya Medical Supplies Authority, 'Procurement and Supply Chain Frameworks' (2021) <<https://www.kemsa.co.ke/>>.

¹³⁵ World Bank, Public Expenditure Review; WHO, Development Assistance for Health: Kenya Profiles (Geneva: WHO, berbagai edisi).

penyedia terakreditasi berdasarkan volume dan mutu layanan yang diberikan sehingga mendorong efisiensi sekaligus perluasan akses.

Pada sumbu pendanaan eksternal, dana donor mengalir dalam dua bentuk: dana yang tercantum dalam anggaran negara (*on-budget*) dan disalurkan melalui Kementerian Keuangan dengan prosedur pinjaman atau hibah terprogram, serta dana di luar anggaran (*off-budget*) yang disalurkan melalui unit pelaksana proyek atau mitra pelaksana yang melaksanakan kegiatan, pelatihan, dukungan teknis, dan pengadaan komoditas secara langsung; untuk barang tertentu pengadaan dapat menggunakan saluran global seperti Divisi Pengadaan Dana Anak Perserikatan Bangsa-Bangsa, sementara untuk barang lain mengikuti proses pengadaan nasional melalui Otoritas Pengadaan Obat Kenya dan didistribusikan dari gudang pusat ke gudang kabupaten lalu ke fasilitas, bersamaan dengan pencatatan dan pelaporan melalui sistem informasi kesehatan dan mekanisme pemantauan evaluasi program.¹³⁶

Dengan demikian, pembagian peran antara Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dapat diringkaskan sebagai berikut: tingkat nasional menanggung fungsi kebijakan, regulasi, rumah sakit nasional, program dan komoditas prioritas serta pendampingan hibah, sedangkan tingkat kabupaten menanggung layanan primer dan sekunder beserta sumber daya manusianya, operasi fasilitas,

¹³⁶ National Treasury and Planning, 'Budget Policy Statement and Medium-Term Expenditure Framework' (2023) <<https://www.treasury.go.ke/>>.

logistik, layanan bergerak, dan program kesehatan masyarakat; aliran pembelian strategis oleh Dana Asuransi Rumah Sakit Nasional menjembatani keduanya dengan membayar penyedia di semua kepemilikan, sementara dana donor menambah kapasitas pada area berdaya ungkit tinggi melalui komoditas, pelatihan, dan investasi sistem.¹³⁷

Tantangan kebijakan yang muncul dari ketergantungan terhadap dana donor adalah kebutuhan untuk menyelaraskan siklus proyek global dengan siklus anggaran nasional dan daerah, memastikan integrasi pelaporan keuangan dengan pelaporan layanan agar beban administratif di fasilitas tidak berlebih, menyiapkan rencana transisi pembiayaan komoditas dan layanan kunci secara bertahap agar tidak terjadi kekosongan pasokan ketika dukungan berkurang, serta memperkuat ruang fiskal domestik melalui efisiensi belanja, optimalisasi penerimaan, dan penguatan pembelian strategis sehingga pada akhirnya porsi pembiayaan domestik menjadi dominan dan berkelanjutan tanpa mengorbankan capaian akses, mutu, dan pemerataan layanan kesehatan perempuan dan populasi secara keseluruhan.

¹³⁷ *Ibid.*