



GUBERNUR JAWA TENGAH

PERATURAN GUBERNUR JAWA TENGAH

NOMOR 47 TAHUN 2006

TENTANG

SISTEM KESEHATAN PROVINSI JAWA TENGAH

GUBERNUR JAWA TENGAH,

- Menimbang:
- a. bahwa untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Provinsi Jawa Tengah, perlu arah dan keterpaduan dari semua potensi dalam proses pembangunan kesehatan yang berkesinambungan;
 - b. bahwa untuk menentukan arah dan keterpaduan, serta mengantisipasi berbagai perubahan dan tantangan strategis dalam pembangunan kesehatan, diperlukan sistem yang dapat digunakan sebagai pedoman untuk mengatur berbagai potensi di Provinsi Jawa Tengah;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Tengah;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1950 tentang Pembentukan Provinsi Jawa Tengah;
 2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
 3. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);
 4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);

5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4548);
6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat Dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah Dan Kewenangan Provinsi Sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4091);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 108 Tahun 2000 tentang Tata Cara Pertanggungjawaban Kepala Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 209, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4027);
9. Keputusan Presiden Nomor 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2005-2009;
10. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 7 Tahun 2001 tentang Pembentukan, Kedudukan, Tugas Pokok, Fungsi dan Susunan Organisasi Dinas Kesejahteraan Sosial, Dinas Pariwisata, Dinas Pelayanan Koperasi Dan Usaha Kecil Menengah, Dinas Tenaga Kerja Dan Transmigrasi, Dinas Bina Marga, Dinas Permukiman Dan Tata Ruang, Dinas Pengelolaan Sumber Daya Air, Dinas Pertanian Dan Tanaman Pangan, Dinas Peternakan, Dinas Perikanan Dan Kelautan, Dinas Kehutanan, Dinas Perkebunan, Dinas Perhubungan Dan Telekomunikasi, Dinas Pendidikan Dan Kebudayaan, Dinas Perindustrian Dan Perdagangan, Dinas Kesehatan, Dinas Pertambangan

Dan Energi, Dinas Pendapatan Daerah dan Dinas Lalu Lintas Dan Angkutan Jalan Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2001 Nomor 26) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 3 Tahun 2006 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 7 Tahun 2001 tentang Pembentukan, Kedudukan, Tugas Pokok, Fungsi dan Susunan Organisasi Dinas Kesejahteraan Sosial, Dinas Pariwisata, Dinas Pelayanan Koperasi Dan Usaha Kecil Menengah, Dinas Tenaga Kerja Dan Transmigrasi, Dinas Bina Marga, Dinas Permukiman Dan Tata Ruang, Dinas Pengelolaan Sumber Daya Air, Dinas Pertanian Dan Tanaman Pangan, Dinas Peternakan, Dinas Perikanan Dan Kelautan, Dinas Kehutanan, Dinas Perkebunan, Dinas Perhubungan Dan Telekomunikasi, Dinas Pendidikan Dan Kebudayaan, Dinas Perindustrian Dan Perdagangan, Dinas Kesehatan, Dinas Pertambangan Dan Energi, Dinas Pendapatan Daerah dan Dinas Lalu Lintas Dan Angkutan Jalan Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006 Nomor 3 Seri D);

11. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 11 Tahun 2003 tentang Rencana Strategis (RENSTRA) Provinsi Jawa Tengah Tahun 2003-2008 (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2003 Nomor 109);
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 574/Menkes/SK/IV/2000 tentang Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 131/MenKes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN);
14. Keputusan Gubernur Jawa Tengah Nomor 27 Tahun 2002 tentang Penjabaran Tugas Pokok Dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN GUBERNUR JAWA TENGAH TENTANG SISTEM KESEHATAN PROVINSI JAWA TENGAH**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan :

1. Provinsi adalah Provinsi Jawa Tengah.
2. Pemerintah Daerah adalah Gubernur, Bupati atau Walikota dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah.
3. Gubernur adalah Gubernur Jawa Tengah.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
5. Kabupaten/Kota adalah Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah.
6. Sistem Kesehatan Provinsi di Provinsi Jawa Tengah yang selanjutnya disebut Sistem Kesehatan Provinsi adalah suatu tatanan yang menghimpun dan menguraikan berbagai usaha pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta di daerah, yang berinteraksi secara terpadu, saling mendukung dan saling bergantung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang tinggi.
7. Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah yang selanjutnya disebut Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota adalah suatu tatanan yang menghimpun dan menguraikan berbagai usaha pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta di daerah, yang berinteraksi secara terpadu, saling mendukung dan saling bergantung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang tinggi.
8. Sub Sistem adalah sub sistem sebagai bagian Sistem Kesehatan Provinsi.

BAB II MAKSUD, TUJUAN DAN AZAS

Pasal 2

- (1) Sistem Kesehatan Provinsi dimaksudkan untuk memberikan landasan, arah dan pedoman bagi penyelenggaraan pembangunan kesehatan baik oleh pemerintah daerah, masyarakat dan sektor swasta.
- (2) Tujuan Sistem Kesehatan Provinsi untuk menjamin keberhasilan pembangunan kesehatan di Provinsi, dalam mencapai derajat kesehatan masyarakat yang tinggi.

- (3) Azas penyelenggaraan Sistem Kesehatan Provinsi meliputi :
- a. perikemanusiaan;
 - b. hak asasi manusia;
 - c. adil dan merata;
 - d. pemberdayaan dan kemandirian masyarakat;
 - e. kemitraan dan Jejaring;
 - f. manfaat;
 - g. akuntabilitas;
 - h. tata pemerintahan yang baik.

BAB III SISTEM KESEHATAN PROVINSI

Pasal 3

Sistem Kesehatan Provinsi menjadi acuan dalam penyusunan Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota.

Pasal 4

Sistem Kesehatan Provinsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 tercantum dalam Lampiran Peraturan Gubernur ini.

BAB IV PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) Sistem Kesehatan Provinsi dilaksanakan secara bertahap dan berkesinambungan.
- (2) Sistem Kesehatan Provinsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan dengan melibatkan berbagai pelaku kepentingan yang meliputi:
 - a. masyarakat, yang meliputi tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat, media massa, organisasi profesi, akademisi, para pakar serta masyarakat luas termasuk swasta atau dunia usaha;
 - b. pemerintah daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota;
- (3) Peran masing-masing pelaku kepentingan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), adalah :
 - a. masyarakat berperan dalam penyelenggaraan berbagai upaya sesuai dengan bidang keahlian dan kemampuan masing-masing untuk pembangunan kesehatan serta melaksanakan pengawasan sosial;

- b. Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota berperan sebagai penanggungjawab, penggerak, pembina dan pelaksana pembangunan kesehatan dalam lingkup wilayah kerja dan kewenangan masing-masing.
 - c. Pemerintah Daerah Provinsi menetapkan kebijakan, standar dan pedoman pembangunan kesehatan dalam lingkup provinsi, yang dipakai sebagai acuan penyelenggaraan pembangunan kesehatan daerah.
- (4) Semua pelaku kepentingan menjalankan perannya secara bersinergi.

Pasal 6

- (1) Gubernur bertanggungjawab atas terlaksananya Sistem Kesehatan Provinsi.
- (2) Dinas Kesehatan mengkoordinir pelaksanaan operasional Sistem Kesehatan Provinsi.

BAB V PEMBINAAN

Pasal 7

- (1) Pemerintah Provinsi memfasilitasi penerapan sub sistem dalam Sistem Kesehatan Provinsi dengan mekanisme kerja antar pelaksana di Provinsi dan Kabupaten/ Kota.
- (2) Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam bentuk :
 - a. penyusunan mekanisme kerja dari masing-masing sub sistem di Provinsi;
 - b. supervisi dan pemberdayaan pada penerapan sub sistem sesuai Sistem Kesehatan Provinsi;
 - c. penyusunan dan penerapan Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi.

BAB VI PENGAWASAN, PENGENDALIAN DAN PENILAIAN

Pasal 8

- (1) Gubernur melaksanakan pengawasan, pengendalian dan penilaian penerapan Sistem Kesehatan Provinsi.
- (2) Kepala Dinas Kesehatan memfasilitasi dan mengkoordinasikan pelaksanaan pengawasan, pengendalian dan penilaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

BAB VII PEMBIAYAAN

Pasal 9

Semua biaya yang timbul sebagai akibat ditetapkan Peraturan Gubernur ini dibebankan pada :

- a. Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara;
- b. Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah Provinsi;
- c. Sumber dana lain yang sah dan tidak mengingkat.

BAB VIII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 10

Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan ini sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya akan diatur lebih lanjut oleh Kepala Dinas Kesehatan.

Pasal 11

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah.

Ditetapkan di Semarang
pada tanggal 19 Mei 2006

GUBERNUR JAWA TENGAH

ttd

MARDIYANTO

Diundangkan di Semarang
pada tanggal 22 Mei 2006

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI

JAWA TENGAH,

ttd

MARDJIJONO

BERITA DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2006 NOMOR 47

LAMPIRAN
PERATURAN GUBERNUR JAWA TENGAH
NOMOR 47 TAHUN 2006
TANGGAL 19 MEI 2006

SISTEM KESEHATAN PROVINSI
JAWA TENGAH

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Undang-Undang Dasar 1945 yang telah diamandemen mengamankan "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan **sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan sesuai Pasal 28 H ayat (1), dan Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak sesuai Pasal 34 ayat (3)**". Yang dimaksud **sehat** adalah suatu keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan). Sehat merupakan sesuatu yang sangat *essensial* dalam diri manusia yang perlu dipertahankan dan dipelihara, dan karunia Tuhan yang perlu disyukuri dengan perkataan, perasaan, dan perbuatan untuk memelihara dan berupaya meningkatkannya, serta merupakan prasyarat agar hidup menjadi berarti, sejahtera dan bahagia. Sehat merupakan hak asasi manusia, dimana setiap individu atau warga negara mempunyai hak dan kewajiban untuk mendapatkan dan mengupayakan kesehatan bagi dirinya, keluarga, dan lingkungannya. Mereka yang berhak memperoleh pelayanan kesehatan adalah setiap individu, keluarga, dan masyarakat yang mempunyai kesempatan sama untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, berkualitas, terjangkau dan tepat waktu. Dalam pelayanan kesehatan tidak boleh memandang perbedaan ras, golongan, agama, dan status sosial ekonomi seseorang, keluarga, atau sekelompok masyarakat, dalam mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Reformasi di bidang kesehatan ditandai dengan ditetapkannya visi pembangunan kesehatan mencapai **Indonesia Sehat 2010** yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Paradigma sehat sebagai landasan utama adalah cara

pandang, pola pikir, atau model pembangunan yang bersifat holistik, proaktif dan antisipatif, yang melihat masalah kesehatan saling berkait dan dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan bersifat lintas sektor. Upaya kesehatan lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan, serta pencegahan gangguan kesehatan, karena hal ini lebih efektif dari pada pengobatan dan pemulihan kesehatan. Paradigma sehat tidak akan tercapai tanpa adanya gerakan masyarakat untuk mencapai budaya sehat, baik lokal, regional maupun nasional. Wujud nyata dari penerapan paradigma sehat, Presiden Republik Indonesia pada tanggal 1 Maret 1999 mencanangkan "Gerakan Pembangunan yang Berwawasan Kesehatan" artinya pembangunan semua sektor harus memperhatikan dampaknya di bidang kesehatan, minimal memberikan sumbangan dalam pengembangan lingkungan dan perilaku sehat, serta melihat masalah kesehatan saling berkait dan dipengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat lintas sektor.

Selama 20 tahun terakhir pembangunan kesehatan di Indonesia diselenggarakan berdasarkan pada "Sistem Kesehatan Nasional 1982", yang telah digunakan sebagai acuan penyusunan GBHN bidang kesehatan, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, berbagai kebijakan, pedoman dan arah pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dengan adanya Millennium Development Goals (MDG) sebagai salah satu indikator global pencapaian pembangunan di bidang kesehatan, adanya perubahan peraturan perundangan, situasi dan kondisi pembangunan secara umum maupun pembangunan kesehatan di tingkat nasional dan provinsi, serta menselaraskan dengan kebijakan baru, telah disusun SKN baru tahun 2004. SKN 2004 dipakai sebagai acuan mencapai tujuan pembangunan kesehatan untuk menjawab berbagai tantangan yang ada.

Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah. Tujuan Pembangunan Kesehatan di Jawa Tengah adalah tercapainya Visi **"JAWA TENGAH SEHAT 2010 YANG MANDIRI DAN BERTUMPU PADA POTENSI DAERAH"**.

Sesuai Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, menjelaskan bahwa Pemerintahan terdiri dari Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah, Pemerintahan Daerah meliputi Pemerintahan Provinsi dan Pemerintahan Kabupaten/Kota. Daerah otonom berwenang mengatur urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat

setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dalam sistem NKRI. Salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan Pemerintahan Provinsi dan pemerintahan Kabupaten/Kota adalah penanganan bidang kesehatan, dan sesuai Pasal 22 dalam menyelenggarakan Otonomi Daerah mempunyai kewajiban menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk mewujudkan visi Pembangunan Kesehatan Jawa Tengah perlu diatur dan diorganisir berbagai potensi di Jawa Tengah dengan menyusun Sistem Kesehatan Provinsi (SKP) sebagai landasan, arah dan pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Jawa Tengah. Untuk masing-masing Kabupaten/Kota diwajibkan untuk menyusun Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota (SKK) dengan mengacu pada SKN dari SKP. SKP dan SKK merupakan pola dalam menyusun perencanaan pembangunan kesehatan jangka panjang dan menengah serta rencana operasional di Provinsi dan Kabupaten/Kota. Salah satu bentuk perencanaan adalah Rencana strategis di bidang kesehatan yang memuat indikator pencapaian dari setiap tahap pembangunan kesehatan.

B. MAKSUD PENYUSUNAN SISTEM KESEHATAN PROVINSI (SKP).

Sistem Kesehatan Provinsi ini ditetapkan dengan maksud memberikan landasan, arah dan pedoman bagi penyelenggaraan pembangunan kesehatan baik oleh pemerintah, masyarakat dan dunia usaha, serta pihak terkait lainnya. Sehingga SKP akan mempertegas makna pembangunan kesehatan dalam rangka pemenuhan hak asasi manusia, memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misi Provinsi Jawa Tengah, memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, meningkatkan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, serta meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan kesehatan.

C. SISTEMATIKA

Dokumen Sistem Kesehatan Provinsi, meliputi Bab-bab sebagai berikut:

1. Pendahuluan yang menjelaskan latar belakang dan landasan perlunya Sistem Kesehatan Provinsi.
2. Analisis situasi dan isue strategis SKP yang menjelaskan secara ringkas situasi dan kecenderungan pembangunan Provinsi dan sistem diluar kesehatan yang berperan atau berpengaruh terhadap kesehatan. Juga dibahas situasi dan kecenderungan pembangunan kesehatan di Jawa Tengah yang selama ini dilaksanakan, berbagai keberhasilan maupun masalah yang ada, serta potensi yang dimiliki Provinsi Jawa Tengah. Dari hasil analisis situasi dapat disimpulkan isue strategis yang ada di Jawa Tengah.

3. Pokok-pokok penyelenggaraan SKP menjelaskan pengertian, landasan penyusunan sistem dan komponen dalam SKP dengan penerapannya, prinsip-prinsip dasar, tujuan, komponen sistem kesehatan, kedudukan SKP dan hubungan antar subsistem dalam SKP.
4. Subsistem-subsistem SKP menjelaskan tentang pengertian, tujuan, unsur-unsur, prinsip-prinsip, bentuk pokok, hubungan sub sistem, indikator keberhasilan, dari setiap sub sistem dalam SKP Jawa Tengah.
5. Penyelenggaraan SKP menjelaskan tentang langkah-langkah yang harus dilaksanakan setelah SKP ditetapkan.
6. Penutup
7. Daftar Pustaka.
8. Lampiran-lampiran yang meliputi; daftar singkatan dan istilah.

BAB II

ANALISIS SITUASI DAN ISUE STRATEGIS

A. ANALISIS SITUASI PEMBANGUNAN PROVINSI

Pembangunan sektor-sektor lain diluar sistem kesehatan, mempunyai hubungan dan pengaruh besar terhadap sistem kesehatan antara lain:

1. Kependudukan.

Jumlah penduduk Provinsi Jawa Tengah tahun 2003 (hasil P4B) sekitar 32.386.377, dan diperkirakan proyeksi jumlah penduduk pada tahun 2010 sekitar 34.653.000, dengan asumsi pertumbuhan penduduk 1% setiap tahun. Pada piramida kependudukan, terjadi perubahan kecenderungan pada mengecilnya jumlah penduduk usia muda/balita dan meningkatnya jumlah angkatan kerja dan usia lanjut. Dari Surkesnas tahun 2001 menunjukkan bahwa angka rata-rata keluhan sakit pada wanita 55% lebih tinggi dibandingkan laki-laki yaitu 49%, dan kesakitan tinggi pada anak-anak dan usia diatas 55 tahun. Pergeseren kependudukan ini akan memberikan beban masalah kesehatan yang lebih luas yaitu disamping masalah penduduk usia muda yang akan tetap ada, muncul masalah lain dari penduduk usia produktif (remaja dan angkatan kerja), serta penduduk usia lanjut yang perlu mendapat perhatian serius. Selain itu meningkatnya urbanisasi, migrasi dan pengangguran, kriminalitas meningkat, anak jalanan, gelandangan/pengemis, tawuran/ perkelahian antar kelompok, akan menyebabkan munculnya masalah kesehatan yang serius.

2. Lingkungan fisik dan biologis serta eploitasi alam

Lingkungan fisik dan biologi berubah sangat cepat akibat berbagai pembangunan, antara lain: pembangunan gedung; jalan; jembatan; pengembangan pemukiman; persampahan; munculnya pabrik/industri; meningkatnya jumlah kendaraan bermotor; akan memberikan dampak masalah di bidang kesehatan dengan berbagai limbah termasuk limbah industri dan asapnya. Eploitasi alam yang tidak terkendali dan perubahan lingkungan yang mengarah pada perusakan, berakibat munculnya masalah kesehatan. Perubahan iklim dan keseimbangan ekologi, meningkatnya bencana alam, akan berdampak masalah kesehatan masyarakat di masa mendatang yang makin serius.

3. Ekonomi, transportasi, komunikasi, budaya dan perilaku

Kondisi perekonomian belum pulih akibat krisis berkepanjangan, menyebabkan eskalasi jumlah penduduk miskin dan rendahnya kemampuan daya beli masyarakat merosot tajam termasuk untuk kesehatan. Kemudahan transportasi, komunikasi dan penyebar luasan

berbagai informasi, berpengaruh terhadap pengetahuan dan perilaku maupun gaya hidup masyarakat. Perubahan budaya, adat istiadat masyarakat, dan agama, sangat berpengaruh terhadap perilaku masyarakat yang mendukung maupun yang menyebabkan masalah kesehatan, seperti perilaku seksual masyarakat, peredaran NAPZA, dan munculnya berbagai penyakit menular dan tidak menular. Penanggulangan berbagai penyakit sudah terbukti harus memperhitungkan faktor budaya dan adat istiadat masyarakat, dengan "pemanfaatan dinamika institusi lokal" dalam pemberdayaan masyarakat, yang harus sejalan dengan penerapan implementasi ilmu pengetahuan modern.

4. Ilmu Pengetahuan dan teknologi

Peran ilmu pengetahuan dan teknologi sangat menentukan keberhasilan berbagai program pembangunan termasuk pembangunan kesehatan. Berbagai penemuan hasil penelitian dan pengembangan sangat mendukung pelaksanaan program pembangunan kesehatan.

5. Perubahan pemerintahan

Reformasi dan desentralisasi dalam berbagai bidang, termasuk bidang kesehatan membuka peluang lebih besar bagi masyarakat untuk menentukan arah pembangunan kesehatan di Provinsi Jawa Tengah. Isue hak asasi manusia termasuk kesehatan sebagai hak dasar penduduk yang dijamin Undang-undang Dasar, memerlukan tindak lanjut dan penjabaran dalam kehidupan sehari-hari. Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 dan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah menjelaskan bahwa, pemerintah memberikan otonomi yang seluas-luasnya, yang berarti memberikan kewenangan cukup besar kepada Daerah baik Provinsi maupun Kabupaten/Kota untuk mengatur berbagai urusan dengan harapan mendekatkan pengambilan keputusan dalam pemecahan masalah di daerah, termasuk kesehatan merupakan urusan wajib yang menjadi kewenangan Provinsi dan Kabupaten/Kota Undang-Undang 22 Tahun 1999 menjelaskan tidak ada hubungan hirarkhi antara Provinsi dan Kabupaten/Kota, dan dirinci dalam Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang pembagian tugas antara Provinsi dan Kabupaten/Kota. Sedangkan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 terjadi perubahan mendasar yaitu ada hubungan hirarkhi antara Provinsi dan Kabupaten/Kota.

6. Komitmen global, regional

Adanya Millennium Gold Development (MGD), dan berbagai komitmen global dan regional yang ditetapkan oleh WHO (seperti: eradikasi polio, eliminasi penyakit kusta, dll),

Perkembangan sistem diluar kesehatan disertai dengan reformasi dan desentralisasi di semua jajaran administrasi pemerintah, serta didukung komitmen global dan regional, sangat berperan dalam perubahan kebijakan dan tatanan di semua bidang termasuk kesehatan, dan mendorong penerapan pembangunan berwawasan kesehatan serta mendorong penerapan berbagai sub sistem kesehatan

B. ANALISIS SITUASI PEMBANGUNAN KESEHATAN

Situasi dan kondisi yang terkait langsung dengan pembangunan kesehatan meliputi:

1. Analisis sistem kesehatan di Provinsi Jawa Tengah

Perkembangan peraturan perundangan menunjukkan bahwa penyerahan urusan kesehatan kepada daerah mulai tahun 1974, diperjelas dan dirinci pada tahun 1987, dan diperkuat peraturan perundangan yang lain sampai saat ini. Penyerahan urusan sebelum reformasi sangat dikendalikan oleh pemerintah pusat, dan belum sepenuhnya disertai penyerahan keuangan terdesentralisasi. Sehingga kewenangan pengaturan keuangan tetap ada di Pemerintah Pusat, dan Pemerintah provinsi serta kabupaten/ kota hanya berwenang mengelola keuangan sesuai dengan pendapatan rumah tangganya. Setelah reformasi terjadi perubahan otonomi yang lebih luas dan mendasar, dimana penyerahan urusan kesehatan dan tanggung jawab yang lebih besar di daerah, diikuti dengan penyerahan dana perimbangan untuk melaksanakan kewenangan desentralisasi, sehingga memberikan dorongan daerah mengatur tugas dan fungsinya sesuai kebutuhan daerah. Alokasi dana dekonsentrasi dan dana tugas pembantuan dari pemerintah pusat, menyesuaikan kebutuhan dan usulan daerah tanpa meninggalkan kepentingan secara nasional. Hal ini menunjukkan adanya perubahan dari sentralisasi menjadi desentralisasi yang lebih nyata. Perubahan perundangan berdampak pada perubahan struktur RS Pemerintah dari Unit Teknis Dinas Kesehatan berubah menjadi Unit Teknis Pemda, dan saat ini berubah menjadi Perjan atau Badan atau Badan Layanan Umum. Hal tersebut berpengaruh terhadap hubungan RS dengan Dinas kesehatan dan berdampak perubahan sistem kesehatan yang ada dan penerapannya.

2. Derajat Kesehatan

- a. Berdasarkan perhitungan BPS Jawa Tengah yang memberi gambaran kualitas hidup dan kesehatan masyarakat, antara lain:
 - 1) Peningkatan Umur Harapan Hidup (UHH) waktu lahir dalam empat dekade cenderung meningkat dari 66,2 tahun pada

tahun 1999, menjadi 68,2 tahun pada tahun 2000 menjadi 69,3 tahun pada tahun 2003.

- 2) Menurunnya Angka Kematian Bayi (AKB) dari 34 tahun 2000 menjadi 31 per 1000 kelahiran hidup tahun 2003.
 - 3) Menurunnya Angka Kematian Balita (AKABA) dari 44,93 tahun 1999 menjadi 41,13 per 1000 kelahiran hidup tahun 2000.
 - 4) Menurunnya Angka Kematian Ibu (AKI) 152 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2000 menjadi 116,12 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2003.
- b Beberapa penyakit menular di Jawa Tengah masih menjadi masalah antara lain:
- 1) Peningkatan kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) dari 6.483 (1,95/10.000 penduduk) tahun 2002 menjadi 8.532 (2,57/10.000 penduduk) tahun 2003 dan menjadi 9.049 (2,72/10.000 penduduk) tahun 2004. Peningkatan dari 560 desa rawan (endemis) DBD tahun 2003 menjadi 940 desa endemis tahun 2004.
 - 2) Angka kesakitan malaria mencapai 0,5/1000 penduduk tahun 2003 turun menjadi 0,15/1000 pada tahun 2004, lebih baik dari target sebesar 1,25/1000, namun masih ada 11 Kabupaten dengan 391 Desa endemis tinggi tahun 2003 yang turun menjadi 109 desa endemis tinggi pada tahun 2004.
 - 3) Prevalensi penyakit TBC meningkat dari 33 /100.000 penduduk tahun 2003 menjadi 45/100.000 penduduk tahun 2004, dan masih dibawah target WHO 115/100.000 penduduk, tetapi fenomena gunung es dapat terjadi karena kesadaran masyarakat untuk berobat dan upaya penemuan penderita TBC yang belum optimal.
 - 4) Prevalensi kusta di Jawa Tengah mencapai 0.62/10.000 penduduk tahun 2004, masih lebih baik dibandingkan target Eliminasi Kusta 1/10.000 penduduk, namun masih 10 kabupaten dengan prevalensi lebih dari 1/10.000 penduduk.
 - 5) Angka kesakitan Tetanus Neonatorum di Jawa Tengah tercatat 0,011/1000 kelahiran hidup sudah lebih kecil dibandingkan target Eliminasi Tetanus Neonatorum (ETN) yaitu kurang dari 1/1000.
 - 6) Pada bulan Juni 2005 telah ditemukan kasus polio di kabupaten Demak.
 - 7) Penyakit HIV/AIDS di Jawa Tengah meningkat sejak ditemukan pertama kali penderita AIDS tahun 1993 sampai dengan tahun 2004 telah mencapai 393 penderita HIV/AIDS. Perkembangan mulai dari 7 penderita tahun 1999, 14 penderita tahun 2000, 39

penderita tahun 2001, 61 penderita tahun 2002, 101 penderita tahun 2003, 149 tahun 2004. Penyebaran penderita ada di 30 kabupaten/kota (86%).

- 8) Beberapa penyakit perlu diwaspadai antara lain: a) diare masih menjadi penyakit masyarakat, dan kematian diare kurang dari 2%, dan semua kasus diare tertangani 100%.; b) penyakit Filariasis di Kabupaten Pekalongan tahun 2003 ditemukan 1,4% dari yang diperiksa, di Kabupaten Tegal dan Kota Semarang pernah ditemukan kasus filariasis; c) Penyakit Pes (Kab.Boyolali) dan Anthrax (Kab.Boyolali dan Kab. Semarang) pernah ditemukan.
 - 9) Kejadian Luar Biasa (KLB) karena penyakit menular potensial KLB, keracunan makanan, dan bencana, pada tahun 2002 ditangani 276 KLB, tahun 2003 ditangani 272 KLB, dan tahun 2004 ditangani 344 KLB.
 - 10) Jumlah kasus penyakit tidak menular cenderung meningkat, khususnya: a) penyakit jantung coroner 12.929 kasus tahun 2002 menjadi 13.831 kasus tahun 2003 dan meningkat 17.900 kasus tahun 2004; b) kencing manis 51.354 kasus tahun 2002 menjadi 56.883 kasus tahun 2003 dan meningkat 113.572 kasus tahun 2004; c) hipertensi 52.658 kasus tahun 2002 menjadi 132.436 kasus tahun 2003 serta meningkat 293.147 kasus tahun 2004; d) Neoplasma 7.249 kasus tahun 2002 turun menjadi 5.371 kasus pada tahun 2003 dan meningkat 7.961 kasus tahun 2004; e) kasus Stroke 17.189 tahun 2002 turun menjadi 15.194 tahun 2003 dan naik menjadi 21.218 tahun 2004.
 - 11) Untuk kasus lain seperti: a) kebutaan (katarak, glaucoma, kelainan refraksi) mencapai 1,5% dari jumlah penduduk pada tahun 2003; b) ketulian 0,4% dari jumlah penduduk pada tahun 2003; c) kasus gangguan mental remaja dan dewasa 140/1000 anggota rumah tangga, gangguan mental anak usia sekolah 104/1000 anggota rumah tangga, dan kasus penyalahgunaan Narkoba pada tahun 2003 sebanyak 404 kasus; d) penyakit gigi dan mulut termasuk 10 kelompok penyakit terbanyak. Laporan kasus berbagai penyakit tersebut belum tertata dengan baik, dan penyakit tersebut mempunyai tingkat fatalitas yang tidak terlalu tinggi, tetapi tetap harus mendapat perhatian dalam upaya pencegahan dan penanganannya.
- c. Gambaran status gizi balita di Jawa Tengah berdasarkan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Balita pada tahun 2002, 2003, dan 2004 menunjukkan bahwa:

- 1) Balita gizi buruk meningkat dari 1,32% tahun 2002 menjadi 1,36% tahun 2003 dan 1,87% tahun 2004. Balita gizi lebih meningkat dari 1,75% tahun 2002 menjadi 2,12% tahun 2003 dan 2,49% tahun 2004. Balita gizi kurang menurun 12,98% tahun 2002 menjadi 12,75% tahun 2003 dan meningkat lagi menjadi 15,22% tahun 2004. Balita gizi baik menurun dari 83,95% tahun 2002 menjadi 83,78% tahun 2003 dan 80,42% tahun 2004.
- 2) Hasil survei Kekurangan Energi Kronik (KEK) di Jawa Tengah tahun 2002, KEK pada Wanita Usia Subur (WUS) 45,41%, KEK Remaja putri 41,37%, KEK Ibu hamil 29,25%, yang berarti KEK cukup tinggi.
- 3) Hasil survei vitamin A Nasional (Suwita 1978 dan 1992) menunjukkan kasus kekurangan Vit A balita di Jawa Tengah 11,28% tahun 1978 turun menjadi 0,25% tahun 1992.

Situasi tersebut memberi gambaran bahwa beberapa penyakit menular telah memperlihatkan kecenderungan menurun, namun masih ada penyakit menular tertentu menjadi masalah utama di Jawa Tengah. Sedangkan penyakit tidak menular, dan masalah gizi masyarakat cenderung meningkat. Penyakit beresiko kecacatan dan penyakit gigi mulut belum tertata dengan baik.

3. Upaya Kesehatan

a Upaya pelayanan kesehatan dasar

Keberhasilan upaya pelayanan dasar dapat dilihat dari:

- 1) Upaya kesehatan Ibu, anak, usia lanjut
 - a) Pelayanan kesehatan ibu dapat dilihat dari cakupan kunjungan Ibu Hamil pertama (K1) 91,50% dan cakupan keempat (K4) 80,84% tahun 2004, cakupan persalinan nakes 77,19%, dan kunjungan neonatal 76,51% tahun 2004, hal ini belum mencapai target. Sedangkan deteksi resiko tinggi yang dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan masih 20% tahun 2003 yang seharusnya semua dirujuk.
 - b) Pelayanan kesehatan anak balita dapat dilihat dari deteksi dini tumbuh kembang balita dan anak pra sekolah dengan angka estimasi 63.2% seharusnya target dicapai 80%. Cakupan vit A pada Balita mencapai 96,21% telah melebihi target (92%).
 - c) Cakupan pelayanan Usia Lanjut (Usila) mencapai 18% lebih kecil dibandingkan target (20%).
- 2) Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit
 - a) Cakupan imunisasi lengkap dengan indikator Universal Child Immunization (UCI) desa di Jawa Tengah sejak tahun 1990 (\geq

80%), dan tahun 2004 UCI desa mencapai 82% (target 90%). Tahun 2004 cakupan Imunisasi DPT 3 mencapai 90%, cakupan Polio 3 rutin 80%, cakupan TT2 ibu hamil 80%. Penemuan kasus Polio (Acute Flaccid Paralyse = AFP Rate) melalui screening kasus kelumpuhan tahun 2004 mencapai 1,42/100.000 anak usia dibawah 15 tahun, lebih tinggi dari target minimal 1/100.000 anak usia dibawah 15 tahun. Sampai tahun 2004 terdapat 97.1% kabupaten/kota yang telah mencapai target penemuan AFP, karena adanya peningkatan kualitas surveilans terpadu dengan RS dan Puskesmas, pelatihan tenaga, komitmen pemerintah, dukungan dana, serta adanya SO (Surveillance Officer).

- b) Penemuan penyakit malaria di daerah endemis berkisar antara 5% s/d 8%, dengan 100% penderita diobati.
- c) Tatalaksana penderita DBD menunjukkan bahwa hampir di seluruh unit pelayanan telah melaksanakan tatalaksana sesuai standar, yang dapat terlihat dari Case Fatality Rate (CFR) DBD di Jawa Tengah 2,26% tahun 2003 menurun menjadi 1,80% tahun 2004, tetapi masih 15 kabupaten/kota dengan CFR >2%.
- d) Upaya penemuan penderita TB Paru mengalami peningkatan dari 5.754 (22%) tahun 2002 menjadi 10.470 (28,72%) tahun 2003 dan meningkat menjadi 14.373 (39,44%) tahun 2004, meskipun target yang diharapkan dalam penemuan penderita sebesar 75%. Angka kesembuhan penderita TB Paru meningkat dari 71,8% pada tahun 2002 menjadi 85% pada tahun 2004. Pengobatan Tb Paru dengan metode Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) diupayakan dilaksanakan di Puskesmas, RS, BP4, dan RS swasta.
- e) Penderita Kusta yang selesai berobat tahun 2003 mencapai 94.5% dari target 90%.
- f) Kewaspadaan dini untuk penanggulangan cepat dan tepat sasaran, telah diintensifkan kegiatan surveilans epidemiologi dengan District Epidemiologi Surveillance Team (DEST) di 31 kabupaten/kota, dan pengembangan Tim Epidemiologi Puskesmas (TEPUS) di 122 Puskesmas dari 5 kabupaten, pengembangan surveilans Kejadian Luar Biasa (KLB) di 12 Puskesmas.
- g) Bencana alam masih sering terjadi seperti banjir, tanah longsor, kekeringan, dll. Upaya menangani kedaruratan tersebut telah dibentuk Brigade Siaga Bencana (BSB) yang berkoordinasi dengan Satuan koordinasi pelaksanaan penanggulangan bencana di provinsi dan kabupaten/ kota, namun pelaksanaan dilapangan belum optimal.

- h) Kejadian keracunan makanan di sekolah dan di masyarakat secara massal maupun individual keluarga sering terjadi, dan sangat terkait dengan produksi makanan, sistem distribusi, penjual makanan, dan pemahaman masyarakat terhadap makanan yang memenuhi syarat, serta pemantauan jasa boga belum optimal dilaksanakan oleh provinsi dan kabupaten/kota.
- 3) Upaya perbaikan gizi masyarakat
- a) Deteksi dini balita gizi buruk dilaksanakan melalui unit pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta, Bidan di desa serta Posyandu. Posyandu sebagai tempat pemantauan gizi balita, dengan partisipasi yang datang dari seluruh balita (D/S) belum mencapai target. Peningkatan balita gizi buruk dan gizi salah menunjukkan kualitas pelayanan gizi serta promosi untuk mewujudkan keluarga sadar gizi belum optimal. Pelacakan kasus gizi buruk untuk mengetahui faktor risiko dan potensi yang dimiliki keluarga dalam mengatasi masalah, telah dilakukan di 100 Puskesmas dengan Pendekatan keluarga.
 - b) Hasil pemantauan garam konsumsi ditingkat masyarakat, pada tahun 2002 garam konsumsi yang memenuhi syarat kadar yodium (30-80 ppm) baru mencapai 66,36% dari sampel yang diperiksa, sedangkan pada tahun 2003 mencapai 54,20%.
 - c) Di Jawa Tengah telah dikembangkan Pusat kajian gizi klinik di Rumah Sakit pendidikan, dan Pusat Kajian GAKI di Magelang, serta Laboratorium GAKI di FK UNDIP RS Dr Kariadi yang merupakan pusat rujukan GAKI di Asia Tenggara.
 - d) Dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan gizi di institusi, sampai saat ini sarana dan standard pelayanan gizi klinik belum tertata dengan baik.
- 4) Rawat jalan hasil Survei Kesehatan Nasional (SurKesNas) 2001, menunjukkan bahwa 40% penduduk yang mempunyai keluhan sakit dalam 1 bulan terakhir melakukan rawat jalan, dan yang memanfaatkan pelayanan Puskesmas dan Puskesmas pembantu hanya 33,5%, sedangkan 55% pada praktek swasta (praktek dokter dan petugas kesehatan).
- 5) Upaya kesehatan sekolah dan kesehatan kerja tahun 2004
- a) Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa TK, SLTP, SLTA dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih/guru UKS/dokter kecil mencapai 19.7%, dan cakupan pelayanan kesehatan remaja 15.75%.

- b) Rasio kader kesehatan dan dokter kecil dengan murid SD/MI 4.6.
 - c) Upaya Kesehatan Kerja dapat dilihat dari Pos UKK baru mencapai 15% dari seluruh desa di Jawa Tengah dengan tingkat strata pratama 77%.
 - d) Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja sektor formal 61.64% dan cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja sektor informal kurang dari 40%.
 - e) Standar upaya kesehatan kerja yang disepakati antara Kesehatan dan Tenaga kerja, saat ini sedang dalam proses penyusunan.
- 6) Sarana kesehatan dasar

Sarana pelayanan kesehatan dasar pemerintah pada tahun 2004, ada 841 Puskesmas (yang meliputi 225 Puskesmas Perawatan dan 616 Puskesmas non perawatan), serta pengembangan jaringan Puskesmas melalui 1824 Puskesmas Pembantu. Puskesmas mempunyai fungsi melakukan upaya kesehatan baik untuk perorangan maupun masyarakat dalam suatu wilayah tertentu. Beberapa Puskesmas telah dikembangkan kegiatan unggulan sesuai dengan keadaan epidemiologis setempat dan kebutuhan masyarakat, sampai tahun 2004 antara lain:

- a) Pengembangan Perawatan kesehatan masyarakat di 134 Puskesmas;
- b) Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar (PONED) di 187 Puskesmas;
- c) Dilatih Penanganan Gawat Darurat di 192 Puskesmas.

Dalam meningkatkan kualitas pelayanan Puskesmas, telah diupayakan penyediaan sarana dan prasarana dari berbagai sumber dana tetapi belum merata, dan telah dikembangkan akreditasi Puskesmas mulai tahun 2004 di 28 Puskesmas. Dalam rangka mendekatkan pelayanan kesehatan masyarakat di desa, pemerintah provinsi Jawa Tengah menetapkan kebijakan pengembangan Polindes menjadi Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) sejak tahun 2004. Semula Polindes hanya memberikan pelayanan kebidanan, dikembangkan fungsinya untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar yang lain secara komprehensif, khususnya mendorong upaya promotif dan preventif. Jumlah PKD sampai dengan tahun 2005 mencapai 46% dari Polindes yang ada (4332 di 29 kabupaten) dan diharapkan akhir 2008 selesai.

Sarana pelayanan kesehatan dasar oleh swasta dan masyarakat saat ini telah berkembang dengan pesat baik oleh yayasan maupun perorangan. Sampai saat ini belum dapat dilakukan akses hasil cakupan pelayanan. Berbagai bentuk pelayanan swasta antara lain:

- a) Balai Pengobatan swasta; Klinik 24 jam; BP perusahaan; dokter praktek swasta; bidan Praktek swasta; Perawat praktek swasta.
- b) Sarana pengobat tradisional dan alternatif di masyarakat antara lain: pengobat guruh; pengobat sangkal putung; pengobat pijat (syaraf, refleksi, dll); pengobat tradisional lain.
- c) Upaya meningkatkan dan mengatasi masalah kesehatan secara dini antara lain: Centra fitness; Centra Mandi uap; Pijat kecantikan, dll.
- d) Sentra Penerapan dan Pengembangan Pengobatan Tradisional (SP3T) di RS Dr. Kariadi, tetapi belum berfungsi sesuai yang diharapkan. Selain itu Pengobat Tradisional yang tercatat sejumlah 2.571 belum sepenuhnya terpantau mutu pelayanan agar tidak membahayakan bagi masyarakat.

Hasil analisis diatas menunjukkan bahwa berbagai upaya kesehatan dasar untuk masyarakat pada umumnya, baik oleh pemerintah, masyarakat, maupun swasta dan dunia usaha, dalam kesehatan ibu dan anak, pencegahan dan penanggulangan penyakit serta bencana alam, perbaikan gizi masyarakat, kesehatan sekolah, kesehatan kerja, belum optimal. Upaya kesehatan dasar untuk perorangan melalui Puskesmas dan jaringannya, telah meningkat, tetapi belum merata, bermutu, dan berkesinambungan. Upaya pelayanan dasar oleh masyarakat dan swasta, lebih ditujukan pada upaya kesehatan perorangan berkembang pesat dengan berbagai bentuk dan jenis pelayanan, tetapi hasil cakupan dan mutu pelayanan belum tertata dan termonitor dengan baik, dan belum terkait dengan sistem kesehatan di pemerintah.

b. Upaya pelayanan kesehatan rujukan

Perkembangan sarana pelayanan rujukan pada tahun 2004, terdapat 51 RSU (2 RSU milik Dep.Kes, 3 RSU milik provinsi dan 35 RSU milik Pemerintah kabupaten/kota, 9 RSU milik TNI/Polri dan 2 milik Departemen lain). RSU Pemerintah tahun 2004, terdapat 5 RS type B pendidikan, 13 RS type B, dan 22 RS type C. RSU swasta ada 89 RS tahun 2003 dan menjadi 96 RS tahun 2004, dengan rincian 5 RS tipe B, 30 RS tipe C, dan 22 tipe D. Untuk RS khusus Pemerintah ada 4 RS Jiwa, 1 RS Orthopedi, 1 RS paru, dan 1 RS Kusta, dan RS Khusus swasta ada 45 pada awal tahun 2005 yang terdaftar di Provinsi. RS dengan kemampuan gawat darurat yang dapat diakses

masyarakat sebanyak 149 RS (100%), RS Sayang ibu dan bayi (RSSIB) siap 24 jam mencapai 10%, RSU unggulan dengan Pelayanan Peduli kekerasan pada wanita terdapat di RS Tugu, dan Pelayanan rehabilitasi pengguna narkoba dilaksanakan di RS Jiwa. Pengembangan RS yang baru baik RS swasta maupun RS pemerintah daerah, belum semua memenuhi standar yang ditetapkan sesuai jenis pelayanan yang diberikan, dan belum semua terdata dengan baik.

Pemanfaatan tempat tidur di Rumah Sakit dilihat dari indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) RS. Berdasarkan laporan yang masuk, BOR RSU pemerintah yang mencapai 60% tahun 2004 mencapai 19 RSU (47.4%) dengan kisaran antara 29% s/d 121%, dan BOR RSU swasta yang mencapai 60% mencapai 28 RSU (31%) dengan kisaran antara 11% s/d 83%. Hal ini menunjukkan bahwa pemanfaatan RSU dengan indikator BOR masih rendah dan variasi BOR sangat besar, dan BOR RS Pemerintah lebih tinggi dibanding rumah sakit swasta. Sampai saat ini pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin masih diarahkan pada pelayanan pemerintah.

Kualitas pelayanan RS dapat dilihat dari indikator akreditasi RS minimal 5 standar dengan target 60%. Sampai dengan tahun 2005 akreditasi RSU Pemerintah dengan 5 standar 35%, 12 standard 52,5%, 18 standard 7,5%, dan yang belum akreditasi 2 RSU (5%), sedangkan RS Khusus Pemerintah dengan 5 standard baru 71%, dan yang belum masih 2 RS Khusus. Untuk akreditasi RSU swasta dengan 5 standard 24%, 12 standard 18%, 18 standard 1%, dan yang belum 49 RSU (51%).

Pelayanan kesehatan rujukan lain di Jawa Tengah, ada 1 Balai Kesehatan Indra Masyarakat (BKIM), 11 Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru (BP4), sampai tahun 2004 dalam proses penyusunan standar dan kelengkapannya. Pelayanan Balai Laboratorium Kesehatan, pelayanan radiologi, dan pelayanan spesifik lain, sampai tahun 2004 belum ada yang terakreditasi. Pelayanan tranfusi darah oleh Unit Tranfusi Darah (UTD) sebagai pendukung pelayanan kesehatan rujukan, merupakan bagian dari PMI, dari 32 UTD Cabang yang ada di Jawa Tengah telah menerapkan standar mencapai 80% dan perlu terus dipertahankan serta ditingkatkan.

Dari hasil analisis diatas menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan rujukan Pemerintah dan swasta cukup berkembang dan dimanfaatkan masyarakat, tetapi kualitas pelayanan masih belum

optimal, serta pengembangan RS baru belum tertata dan terkendali dengan baik.

4. Pembiayaan Kesehatan

Rendahnya pembiayaan kesehatan di Indonesia menjadi salah satu penghambat kecepatan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pembiayaan kesehatan perkapita di Indonesia masih terendah dibandingkan negara ASEAN lainnya yaitu hanya \$18 pada tahun 1999. Prosentase anggaran kesehatan terhadap total anggaran pemerintah dari tahun ke tahun cenderung menurun, walaupun WHO menganjurkan biaya kesehatan suatu negara minimal 5% dari GNP agar tujuan pembangunan kesehatan tercapai. Pada tahun 2000 telah ada kesepakatan bupati/walikota se Indonesia untuk mengalokasikan 15% APBD bagi pembangunan kesehatan. Hasil sidang tahunan MPR tahun 2002, melalui Tap MPR Nomor VI Tahun 2002 merekomendasikan agar alokasi anggaran kesehatan secara bertahap menjadi 15% APBN/APBD. Pada kenyataannya rata-rata pembiayaan kesehatan Kabupaten/Kota baru mencapai 9% APBD tahun 2001 dan 3-4% APBD tahun 2002.

Perhatian pemerintah Provinsi Jawa Tengah terhadap pemecahan masalah kesehatan diukur dari alokasi anggaran pemerintah (APBD) untuk bidang kesehatan, dari tahun ke tahun porsi anggaran terus bertambah jumlah nominalnya, namun secara proporsional diukur dengan GDP dan anggaran pembangunan, masih jauh di bawah batas yang diisyaratkan oleh WHO. Selain sumber dana pemerintah, masyarakat dan dunia usaha serta LSM. telah berpartisipasi dalam pembiayaan kesehatan terutama untuk kesehatan perorangan, maupun membantu berbagai pembangunan kesehatan, tetapi sumber pembiayaan tersebut belum terpadu dan terkoordinir serta berkesinambungan. Dalam mendukung pembangunan berwawasan kesehatan, berbagai sektor terkait dalam melaksanakan mengalokasikan pembiayaan kegiatan selalu mempertimbangkan dampak peningkatan kesehatan, seperti dampak lingkungan, perubahan perilaku dan gaya hidup sehat, mendorong pemberdayaan dan kemandirian bidang kesehatan, serta pengembangan potensi untuk mengatasi masalah kesehatan di masyarakat. Koordinasi pembiayaan antar sektor belum tertata secara optimal.

Keterbatasan pembiayaan dan belum jelasnya kepemilikan sarana antara pemerintah pusat dan daerah sebelum era desentralisasi, menyebabkan ketergantungan dan saling menunggu dalam menentukan alokasi pembiayaan kesehatan. Sehingga pembiayaan sarana penunjang dan perbekalan kesehatan yang sangat dibutuhkan,

kurang memadai untuk melakukan fungsi pelayanan secara optimal, dan berdampak negatif pada efektivitas dan mutu pelayanan yang dihasilkan. Pembiayaan pengembangan rumah sakit dengan peralatannya baik sumber pemerintah maupun swasta, dan pengembangan Puskesmas dengan pelayanan spesialistik yang bersifat pelayanan kuratif, mendapat alokasi lebih besar dari pada pembiayaan promotif dan preventif untuk upaya kesehatan masyarakat. Peningkatan pembiayaan kesehatan sangat dipengaruhi oleh komitmen stake holder, institusi, LSM, dunia usaha, dan masyarakat, serta ada komitmen global, nasional, dan regional atau lokal. Hal ini terlihat dari upaya penanggulangan penyakit seperti: Eradikasi Polio, Eliminasi Tetanus Neonatorum, Eliminasi Kusta, Penyakit HIV/AIDS, DBD, Tb Paru, Malaria, dalam bentuk kegiatan Gebrak Malaria, TB Day, hari AIDS, dll.

Survei (SurKesNas) 2001 menunjukkan bahwa kelompok masyarakat dengan strata ekonomi baik, memanfaatkan lebih banyak layanan rawat jalan rumah sakit dan praktek dokter, sedangkan strata ekonomi rendah lebih memanfaatkan layanan rawat jalan Puskesmas, Puskesmas Pembantu, dan praktek petugas kesehatan. Komitmen kebijakan pemerintah untuk jaminan kesehatan semakin meningkat melalui amandemen Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 ayat 2, menyatakan **"negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat manusia"** yang dirumuskan dalam Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dengan jaminan kesehatan sebagai salah satu komponennya.

Pembiayaan kesehatan dari pemerintah dikelola melalui APBN, APBD. Sedangkan dana masyarakat, LSM dan dunia usaha, pemanfaatannya dikelola oleh masing-masing, sehingga kemungkinan dapat terjadi duplikasi pemanfaatan bila tidak ditata secara terpadu. Pembiayaan masyarakat masih dilakukan secara pasca bayar atau *out of pocket* dan belum sepenuhnya dilakukan secara pra upaya. Telah diupayakan meningkatkan kesadaran kepesertaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, pada tahun 2002 mencapai 10,5% dari jumlah penduduk dan tahun 2003 mencapai 36.46%, ada peningkatan tetapi masih belum menuju kemandirian. Jumlah Bapel JPKM baru mencapai 6% pada tahun 2003 jauh dibawah target 40% yang akan dicapai tahun 2005.

Untuk tarif pelayanan kesehatan oleh pemerintah khususnya Rumah Sakit, sangat bervariasi antar Unit pelayanan dan antar kabupaten/Kota. Kajian untuk penetapan tarif pelayanan kesehatan pemerintah telah dilaksanakan, tetapi belum ditata dengan baik. Sedangkan penetapan

tarip pelayanan kesehatan oleh swasta sangat bervariasi dan belum terkontrol dengan baik, sehingga belum memberikan perlindungan cukup baik pada masyarakat pengguna pelayanan. Adanya standar harga sediaan farmasi dengan adanya obat generik telah memberikan kejelasan biaya bagi masyarakat pengguna maupun pembelanjaan oleh pemerintah dan swasta. Tetapi untuk perbekalan kesehatan termasuk peralatan kesehatan, masih terdapat perbedaan yang menyolok walaupun kualitasnya sama. Selain itu pemerintah telah menyusun indeks atau standar harga dan biaya kegiatan yang mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan, tetapi antara provinsi dan antar kabupaten/kota terjadi variasi yang cukup besar.

Dari analisis diatas menunjukkan bahwa ketersediaan pembiayaan kesehatan belum digali secara terpadu, terkoordinir, dan berkesinambungan, melalui suatu tatanan yang saling mendukung kecukupan pembiayaan kesehatan, dari berbagai sumber baik pemerintah, masyarakat, maupun dunia usaha, serta tatanan yang ada belum sepenuhnya mendorong kemandirian. Pengalokasian pembiayaan kesehatan selama ini belum proporsional, dan sebagian besar untuk upaya yang bersifat kuratif, kurang mendukung upaya promotif dan preventif. Dan pengalokasian pembiayaan untuk subsistem kesehatan lain yang mendukung upaya kesehatan masih kurang. Kajian dan penetapan tarip pelayanan kesehatan dan standar harga/biaya sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan serta kegiatan pendukung oleh pemerintah maupun swasta dan dunia usaha, belum ditata secara optimal.

5. Sumber Daya Manusia Kesehatan

Pada tahun 2004, perguruan tinggi pemerintah dengan program studi di bidang kesehatan antara lain: Fakultas Kedokteran (FK) UNDIP dengan pendidikan spesialis; FK UNS; FK UNSOED; FKM UNDIP; Fakultas Keperawatan UNDIP; Politeknik kesehatan di Semarang dan Surakarta membawahi Akper, AkBid, AKL, Akpro, dll; Akper Pemprov Jawa Tengah. Perguruan tinggi swasta berkembang dengan sangat pesat, ada 1 FK, 3 FKM, 1 Fak Farmasi, Akademi Analis dan Akademi Farmasi, dan Akper atau Akbid hampir di setiap kabupaten/kota. Indikator peningkatan kualitas pendidikan tenaga kesehatan dapat dilihat dari akreditasi institusi pendidikan, pada tahun 2003 dari 109 institusi telah terakreditasi 79 institusi (73%) baik negeri maupun swasta, yang telah terakreditasi, dan pada tahun 2004 dari 118 institusi telah terakreditasi 84 institusi (71,19%).

Produksi tenaga kerja kesehatan perlu diimbangi dengan kesiapan distribusi dan pemanfaatan tenaga. Pada tahun 2004 di Provinsi Jawa Tengah ada 2.860 tenaga dokter umum, 759 dokter spesialis, 801 dokter gigi, 1.456 tenaga farmasis, 7.876 bidan, 14.269 perawat, 1.037 tenaga gizi, 1.150 tenaga sanitarian, 614 tenaga kesmas, 238 tenaga fisio terapis, dimana tenaga tersebut tersebar di berbagai unit pelayanan dan unit kerja pemerintah dan swasta. Distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata. terlihat dari rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk, tahun 2003 rasio dokter 5/100.000 penduduk dari target 6/100.000 penduduk, rasio dokter gigi 2/100.000 penduduk dari target 10/100.000 penduduk, rasio bidan 24/100.000 penduduk dari target 117/100.000 penduduk, rasio perawat 22/100.000 dari target 23/100.000 penduduk. Penyebaran dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan farmasis, lebih terkonsentrasi di perkotaan, dan telah dikirim tenaga kesehatan ke luar negeri bekerja sama dengan instansi terkait. Beberapa institusi pendidikan kesehatan telah mempersiapkan untuk mengisi peluang tenaga kerja profesional di luar negeri.

Undang undang no. 8 tahun 1961 tentang kebijakan Pemerintah Wajib Kerja Sarjana (WKS) memberi kesempatan Departemen Kesehatan untuk melakukan pemerataan penyebaran tenaga kesehatan. Keppres no. 37 tahun 1991, bahwa pemerintah menetapkan kebijakan mengangkat dokter sebagai pegawai tidak tetap (PTT) dan kebijakan ini diperluas untuk mengangkat PTT bagi dokter gigi dan bidan di desa. Namun setelah ada otonomi daerah, sangat berpengaruh terhadap kemampuan memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang belum optimal dan mobilitas tenaga kesehatan dari kabupaten/kota satu ke kabupaten lain atau dari provinsi ke kabupaten/kota, karena kewenangan serta keterbatasan sumber dana di masing-masing wilayah. Sebagai salah satu indikator pemerataan tenaga kesehatan dapat dilihat dari desa yang mempunyai Bidan desa ada 5922 dari 8130 (72,8%).

Dengan diberlakukannya *Asean Free Trade Area* (AFTA) pada tahun 2005, maka Sumberdaya Manusia Kesehatan perlu ditingkatkan kompetensinya ke tingkat standar internasional, untuk mengantisipasi masuknya Sumberdaya Manusia Kesehatan asing ke Jawa Tengah. Sampai saat ini perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan masih dikembangkan dengan ujicoba berbagai metode sesuai jenis tenaga kesehatan yang ada, tetapi masih belum optimal, sehingga jumlah kebutuhan dan komposisi tenaga kesehatan ditingkat provinsi dan di kabupaten/kota belum mencukupi/tertata. Dalam rangka meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan di Jawa Tengah, telah ada sarana pelatihan teknis kesehatan yaitu: Bapelkes Salaman dan BPPTK

Gombong. Selain itu beberapa Rumah Sakit telah dikembangkan menjadi Pusat Pelatihan teknis untuk kompetensi teknis tertentu (APN, LSS, PONED, Kontap KB, dll) baik pre service maupun inservice training, seperti: RSUD Margono Sukaryo Purwokerto, RSUD Banyumas, RSUD Pemalang, RSUD Tugurejo, dan RSUD Kabupaten/Kota (APN). Selain itu ada pusat latihan yang dikembangkan swasta seperti PKBI Semarang untuk KB, dan oleh perguruan tinggi terkait. Peningkatan kualitas dan kompetensi petugas dapat dilihat dari tenaga kesehatan dengan sertifikasi promosi kesehatan sebagai tenaga fungsional, dan baru dicapai di 13 kabupaten/kota. Kejelasan peran dan hubungan antar sarana pelatihan teknis dan manajerial, serta pemanfaatan tenaga terlatih oleh unit kerja belum tertata secara optimal.

Sesuai SK Gubernur tahun 2004, telah ditetapkan Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (MTKP). MTKP Jawa Tengah adalah lembaga independen yang mempunyai tugas melaksanakan registrasi dan sertifikasi tenaga kesehatan, menetapkan standar pendidikan kesehatan berkelanjutan, menapis atau merumuskan arah perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi pelayanan kesehatan yang digunakan dalam praktek sesuai keputusan organisasi profesi, melakukan pembinaan terhadap penyelenggaraan pelayanan praktek kesehatan, serta menetapkan peraturan pelaksanaan guna kelancaran tugas dan menyampaikan hasil pelaksanaan tugas kepada Gubernur. Registrasi tenaga kesehatan khususnya registrasi tenaga dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan apoteker, sudah terregulasi di Provinsi, yang digunakan untuk mendapatkan lisensi di kabupaten/kota. Pengaturan ijin praktek bagi tenaga kesehatan tersebut dilakukan oleh pemerintah setelah mendapat rekomendasi dari organisasi profesi. Tenaga kesehatan profesional yang mempunyai lisensi/ijin tenaga kesehatan ada 20.076 orang (47.8%) dari 42.000 orang.

Dari analisis tersebut menunjukkan bahwa institusi pendidikan tenaga kesehatan baik pemerintah maupun swasta berkembang pesat, namun kualitas pendidikan dan sistem pendidikan yang mengutamakan kompetensi belum optimal. Pengembangan tenaga kesehatan dalam mendukung kualitas pelayanan kesehatan melalui kompetensi dan pengembangan tenaga kerja kesehatan di lain daerah atau pasar luar negeri cukup memberi harapan. Penyebaran tenaga kesehatan masih belum merata dan lebih banyak terkonsentrasi di perkotaan, serta belum semua pelayanan kesehatan mempunyai tenaga kesehatan sesuai standar dan kompetensi. Hubungan antar institusi pendidikan kesehatan dan institusi penerima tenaga kesehatan belum tertata secara optimal. Pengelolaan SDM Kesehatan baik pemerintah maupun diluar pemerintah

belum optimal, mulai perencanaan dan pendayagunaan SDM kesehatan termasuk sistem penghargaan, pengembangan karier, dan sanksi, belum tertata secara optimal. Penataan SDM kesehatan profesional yang kompeten telah dikembangkan melalui registrasi, perijinan, lisensi, berbagai pelatihan teknis dan profesi, pembinaan dan pengawasan SDM, tetapi belum optimal terutama hubungan antar unsur yang ada dan antar sektor terkait.

6. Sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan

Ketersediaan obat publik dan perbekalan kesehatan di Jawa Tengah dapat dilihat dari alokasi dana obat dan kualitas pengelolaan obat di kabupaten/kota dan provinsi. Selama ini obat publik dan perbekalan kesehatan lainnya dibiayai dari berbagai sumber anggaran. Ketersediaan anggaran sesuai kebutuhan untuk populasi merupakan prasyarat terlaksananya penggunaan obat dan perbekalan kesehatan yang rasional serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Akan tetapi, penyediaan anggaran dari Kab/Kota belum sesuai harapan. Berdasarkan nilai penggunaan obat publik dan perbekalan kesehatan lainnya, Rp.86.429.744.289,- tahun 2003, Rp.98.108.495.318,- tahun 2004, dan kontribusi anggaran Kab/Kota Rp.51.033.706.677,- tahun 2003 atau 59,05%, Rp. 44.574.228.025 tahun 2004 atau 45,43%. Kontribusi anggaran Provinsi tahun 2003: Rp.15.000.000.000,- atau 17,36% dan tahun 2004: Rp.17.770.2065.000,- atau 18,11%.

Adanya otonomi daerah telah membuka berbagai perubahan bentuk dan fungsi Gudang Farmasi Kab/Kota dalam melaksanakan pengelolaan obat publik dan perbekalan kesehatan lainnya, dimana secara struktural dibedakan menjadi 2 yaitu 28 Kab/Kota sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) dan 7 Kabupaten sebagai struktural (Non-UPT) Dinas Kesehatan Kab/Kota. Ada 7 Kabupaten dipimpin tenaga non apoteker. Persentase tenaga farmasis dibanding dengan jumlah tenaga, rata-rata adalah 40% dan persentase tenaga terlatih dibanding dengan jumlah tenaga, rata-rata adalah 22,52%. Sedangkan kondisi sumber daya pengelola obat di Puskesmas, rata-rata persentase tenaga pengelola obat adalah 45,17% adalah tenaga asisten apoteker ; 54,83% adalah tenaga non-asisten apoteker ; ada 3 Kota dimana pemenuhan tenaga asisten apoteker lebih dari 100 %, yaitu: Semarang (105,41%), Kota Magelang (100%) dan Kota Surakarta (206,67%) serta ada 23 Kab/Kota dimana persentase tenaga AA dibanding jumlah Puskesmas yang ada di Kab/Kota adalah dibawah 50%.

Dengan perubahan sistem pengelolaan obat publik dan perbekalan kesehatan di Kabupaten/Kota serta penganggarannya yang belum terpadu, maka sistem pengelolaan obat publik dan perbekalan kesehatan yang efektif dan efisien serta terjangkau masyarakat, masih belum optimal.

Produksi dan distribusi sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan termasuk makanan minuman di Jawa Tengah semakin berkembang pesat. Jumlah industri farmasi di Jawa Tengah 25 (terdiri dari 2 BUMN: PT. Phapros Tbk, PT. Kimia Farma Tbk/Industri Farmasi Bahan Baku dan 23 PMDN/Swasta Nasional) Industri Obat Tradisional 12, Industri Kecil Obat Tradisional 235, sarana produksi Kosmetik 44, sarana produksi Alat Kesehatan 17, sarana produksi Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) 50. Perusahaan yang bergerak dalam distribusi obat (Pedagang Besar Farmasi / PBF) sebanyak 258, distributor alat kesehatan (Penyalur Alat Kesehatan/PAK) sebanyak 238. Sedangkan sarana pelayanan sediaan farmasi: jumlah apotek 783, Pedagang Eceran Obat 314. Untuk meningkatkan pemerataan dan keterjangkauan harga obat, diterapkan penggunaan obat generik. Pada tahun 2003 persentase pengadaan obat generik di Kab/Kota 78,58%, persentase penulisan resep obat generik di Puskesmas 86,20% dan di RS Pemerintah 32,05%. Hal ini menunjukkan bahwa upaya pemerataan dan keterjangkauan pelayanan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan ini masih belum optimal.

Diberlakukannya *Asean Free Trade Association* (AFTA) pada tahun 2005, sebagai jaminan mutu produk sediaan farmasi dan makanan, baik ditingkat produsen dan distributor diwajibkan memenuhi standar mutu *Good Production Practices* dan *Good Distribution Practices*. Pengaruh krisis ekonomi menyebabkan penerapan standar mutu tsb cenderung menurun. Tahun 2004 persentase produsen dan distributor yang memenuhi standar mutu terhadap jumlah produsen dan distributor yang dibina adalah 7,41% untuk Industri Obat Tradisional dan Industri Kecil Obat Tradisional; 8,70% untuk industri kosmetika; 5,13% untuk industri alat kesehatan; 23,26% untuk industri makanan minuman; 21,66% untuk distributor obat dan alat kesehatan. Target sediaan farmasi dan makanan yang tidak bermutu maksimal masih diperbolehkan 1% dari sampel yang dipantau, namun kenyataannya sediaan untuk obat sebesar 3,3%, narkotika psikotropika sebesar 3,03%, kosmetika sebesar 1,42%, alat kesehatan 48,49%. Obat Asli Indonesia (OAI) sebesar 42,56% dan makanan minuman 54%. Selama ini pembinaan CPOB dan penerapan standar di berbagai tahapan dalam rangka jaminan mutu sediaan farmasi dan perbekalan

kesehatan dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi, Badan POM, perindustrian, perdagangan, tetapi peran masing-masing sering tumpang tindih dan hasilnya kurang terkoordinasi dengan baik.

Perkembangan industri makanan dan minuman sangat pesat, seiring dengan upaya pemerintah mendorong peningkatan industri kecil dan industri rumah tangga untuk peningkatan perekonomian rakyat. Di Jawa Tengah terdapat industri makanan sejumlah 7006, yang terdaftar dan mempunyai nomor MD (Makanan Dalam) 178 industri, dan industri kecil yang bernomor Sertifikat Penyuluhan (SP) 6.828 industri. Hal ini telah diimbangi dengan upaya penyuluhan dan pembinaan dalam rangka meningkatkan lingkungan yang sehat, serta mencegah penggunaan bahan tambahan makanan yang berbahaya, tetapi cakupan pembinaannya baru 1%, masih jauh dari target yaitu 10%. Cara produksi makanan yang baik dengan hasil penilaian baik sebesar 25%, masih jauh dari target yaitu 60%. Industri makanan minuman yang dibina, penggunaan Bahan Tambahan Makanan (BTM) yang dilarang ditambahkan pada produk makanan minuman masih tinggi ada 11,22%, terutama penggunaan pewarna, pengawet dan pemanis. Penyuluhan, pembinaan, pengendalian, dan pengawasan makanan dan minuman dilakukan Badan POM, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, Perindustrian, Perdagangan, dan LSM. Sistem yang menata hubungan antar instansi dan institusi, agar jelas peran dan upaya untuk melindungi masyarakat dari berbagai kejadian keracunan yang sering terjadi, belum tertata dengan baik.

Obat merupakan salah satu bahan pokok yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan, dan penggunaan obat oleh masyarakat sampai ditingkat desa cukup luas. Untuk melindungi dari kesalahan dan kekeliruan pemberian dan penggunaan obat, perlu pelayanan kefarmasian. Kabupaten/Kota khususnya Unit Farmasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota selama ini lebih memperhatikan upaya penyediaan obat, dan belum membina pentingnya pelayanan kefarmasian sebagai suatu sistem yang harus dikembangkan. Tuntutan pasien dan masyarakat akan mutu pelayanan obat mengharuskan ada perubahan, yang semula berfokus penyediaan obat sebagai komoditi menjadi pelayanan kefarmasian secara komprehensif yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan. Di Jawa Tengah sedang dirintis pelayanan kefarmasian diberbagai unit pelayanan, walaupun belum optimal. Pencapaian standar pelayanan kefarmasian dengan kriteria baik di RS sebesar 23% dan di apotik sebesar 25,97%, masih jauh dari target yang

diharapkan yaitu sebesar 50%. Pelayanan kefarmasian di RS masih bersifat konvensional yang hanya berorientasi pada penyediaan dan pendistribusian produk. Peran apotik lebih banyak sebagai penjual obat, belum optimal memberikan pelayanan kefarmasian. Sistem informasi kefarmasian masih sangat terbatas, dan sebagian besar tenaga kesehatan justru mendapat informasi obat dari detailman dan salesman bukan dari informasi resmi yang lebih bersifat obyektif dan ilmiah. Dari hasil pantauan di lapangan, banyak faktor yang terkait, antara lain: produsen obat, distribusi obat, penjual obat, pemberi resep, penerima obat, menjadi suatu mata rantai yang masing-masing mempunyai peran sebagai bagian sistem pelayanan kefarmasian.

Ditingkat desa telah dirintis pengembangan Warung Obat Desa (WOD) sebagai bagian pelayanan PKD, untuk meningkatkan ketersediaan, pemerataan, mutu dan mendekatkan pelayanan obat pada masyarakat desa. Program WOD telah diresmikan oleh Presiden RI pada tanggal 1 Juli 2004 di Cisauk, Provinsi Banten. Di Jawa Tengah pencanangan Program Warung Obat Desa (WOD) dilaksanakan di Kabupaten Wonogiri pada tanggal 1 September 2004. WOD di Jawa Tengah dikembangkan sebagai bagian dari Pelayanan PKD.

Potensi Jawa Tengah sebagai sentra jamu/obat tradisional/obat asli Indonesia (OAI) dirasakan belum tergalai / dimanfaatkan secara optimal. Data dari Asosiasi Produsen dan Eksportir Tanaman Obat Indonesia (APETOI), pemanfaatan tanaman obat Jateng sekitar 47-50 ribu ton per tahun, dan diserap oleh kalangan pabrikan dan pasar ekspor. Sebagai contoh Sido Muncul yang setiap tahunnya membutuhkan sekitar 800 ton kering dengan nilai produksi Rp 180-200 miliar, sedangkan volume ekspornya Rp 15 miliar per tahun. Di Jateng, pada tahun 2000 ada sebanyak 10 industri obat tradisional (IOT) dan 184 industri kecil obat tradisional (IKOT), dan tahun 2004 meningkat menjadi 12 IOT dan 235 IKOT, ada kenaikan sebesar 27 %. Hal ini memberikan gambaran bahwa potensi Jawa Tengah sebagai daerah penghasil obat tradisional dan pemanfaatan bahan baku tanaman obat cukup besar.

Rendahnya mutu bahan baku serta ketidakmampuan menjamin ketersediaan yang berkesinambungan antara lain disebabkan karena bahan baku yang tersedia merupakan hasil tanaman para petani yang belum intensif dan sebagian besar mengambil dari alam (74%), dan belum merupakan hasil budidaya yang dapat menjamin kualitas dan kuantitas hasil produksi. Lemahnya tata niaga bahan baku tanaman obat sehingga petani selalu dirugikan menyebabkan petani enggan untuk melakukan upaya budidaya tanaman obat. Oleh karena itu telah

dilakukan suatu upaya yang komprehensif mulai dari hulu (bahan baku) sampai ke hilir (produk jamu), melibatkan semua lintas sektor terkait sesuai kewenangan, tugas dan kemampuan masing-masing, dengan pembentukan Institut Pengembangan Obat Asli Indonesia di Jawa Tengah yang merupakan suatu wadah pengembangan Obat Asli Indonesia di Jawa Tengah yang terdiri dari :

- a Pusat Kajian Budidaya Tanaman Obat, dengan leading sektor Dinas Perkebunan.
- b Pusat Kajian Simplisia dan ekstrak, dengan *leading* sektor: Dinas Kesehatan.
- c Pusat Kajian Pengembangan obat dari bahan alam, dengan leading sektor : LEMLIT UNDIP Semarang.

Pembinaan dan Pengawasan sediaan farmasi, makanan dan perbekalan kesehatan, mulai produksi, distribusi sampai pemanfaatan, belum ditata dengan baik. Perlindungan masyarakat terhadap peredaran produk sediaan farmasi dan makanan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan bagi kesehatan, belum tertata dan terkoordinir dengan baik. Pelayanan kefarmasian telah dirintis pengembangannya, tetapi belum mendapat perhatian dan belum tertata khususnya koordinasi dengan berbagai pihak yang terkait.

7. Manajemen Kesehatan

Didalam kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010, perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, pengutamaan dan manfaat, merupakan empat dasar atau landasan berpikir dan bertindak dalam pembangunan kesehatan. Perubahan kebijakan nasional, berbagai peraturan perundangan di bidang kesehatan yang berkembang, serta peraturan daerah kabupaten/kota, berdampak pada perubahan organisasi dan tatalaksana jaringan kesehatan, dan belum sepenuhnya dapat diikuti oleh semua jajaran yang terkait. Penyusunan, penerapan, pengendalian peraturan perundangan agar tidak saling bertentangan, ada kepedulian dan kepatuhan serta perlindungan hukum, sampai saat ini belum tertata dengan baik. Hal ini dapat dilihat dari hasil survei tahun 2001 yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi, hanya 25% tenaga kesehatan yang paham hukum di bidang kesehatan.

Masalah kesehatan tidak terlepas dari berbagai kebijakan sektor lain. Beberapa program sektoral masih ada yang tidak atau kurang berwawasan kesehatan, sehingga memberikan dampak yang kurang baik bagi kesehatan masyarakat. Peningkatan upaya dan manajemen kesehatan tidak terlepas dari peran sektor-sektor yang membidangi

pembiayaan, pemerintahan dan pembangunan Kabupaten/Kota, ketenagaan, pendidikan, perdagangan dan sosial budaya. Dalam menghadapi dampak dari arus globalisasi terhadap bidang kesehatan, perlu manajemen kesehatan yang handal. Sejak tahun 2001, dilaksanakan kebijakan desentralisasi di segala bidang, termasuk kesehatan, dan terjadi perubahan cara kerja yang semula bersifat sentralisasi menjadi desentralisasi.

Pada tahun 2001 telah disusun Renstra Kesehatan Jawa Tengah sebagai acuan dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring evaluasi, dan pertanggung-jawaban keberhasilan program. Juga telah dikembangkan perencanaan kesehatan terpadu baik di provinsi maupun di kabupaten/kota melalui latihan tim provinsi dan kabupaten serta fasilitasi perencanaan, tetapi proses perencanaan kabupaten/Kota belum optimal yang terlihat dari kabupaten/kota yang melaksanakan perencanaan terpadu baru 54,3%.

Mulai tahun 2003 untuk meningkatkan akuntabilitas program telah dikembangkan penilaian kinerja institusi, program, maupun pegawai. Juga telah disusun Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan untuk kabupaten/kota dan telah tersosialisasi serta dalam proses penerapan. Panduan atau acuan tentang manajemen kesehatan yang memberdayakan masyarakat dalam tatanan otonomi kabupaten/kota, belum sepenuhnya tertata dengan baik. Dalam rangka meningkatkan manajemen Puskesmas, telah dikembangkan 36 Puskesmas yang menerapkan 7 (tujuh) program pokok Puskesmas untuk lebih mendorong peran upaya kesehatan masyarakat dan memberikan pelayanan yang berkualitas dengan berbagai keterbatasan tenaga di Puskesmas.

Untuk mendukung manajemen kesehatan yang berbasis fakta, data, dan informasi kesehatan, telah dikembangkan berbagai sarana informasi untuk mendapatkan akses informasi yang tepat, akurat, cepat dan saling mendukung dari berbagai program maupun secara lintas sektor. Namun pemanfaatan dan penyediaan data/informasi dari aspek kelengkapan dan keterpaduan data/informasi belum optimal, sehingga data/informasi yang ada belum optimal sebagai landasan dalam pengambilan keputusan.

Pengembangan teknologi kesehatan telah dilaksanakan oleh berbagai instansi baik pemerintah maupun perguruan tinggi dan dunia usaha, tetapi pelaksanaan masing-masing komponen belum terjadi jaringan kemitraan secara baik. Selain itu hasil pengembangan dan penelitian

di bidang kesehatan belum tersosialisasikan dan dimanfaatkan dengan baik. Sehingga keterpaduan dalam perencanaan dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta sosialisasi perlu dikembangkan dalam suatu tatanan dari berbagai unsur terkait.

8. Pemberdayaan Masyarakat

Gotong royong merupakan salah satu ciri budaya di Indonesia sebagai perwujudan peran serta masyarakat dalam berbagai aspek kehidupan berbangsa dan bermasyarakat. Azas ini secara yuridis tertulis dalam landasan Idiil Pancasila maupun landasan Konstitusional Undang-undang Dasar 1945. Dibidang kesehatan penterjemahan terhadap budaya gotong royong ini secara jelas tertuang dalam Undang-undang Kesehatan Nomor 23/1992 Bab VII (Pasal 71) yang menyebutkan bahwa masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan beserta sumber dayanya. Pemerintah mempunyai kewajiban dan wewenang untuk membina, mendorong dan menggerakkan swadaya masyarakat agar dapat lebih berdayaguna dan berhasil guna dengan mempersiapkan perangkat peraturannya dan tata caranya.

Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan dilakukan melalui peningkatan pengetahuan, sikap positif, pengembangan perilaku dan peran aktif individu, keluarga dan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan diri dan lingkungannya, menuju masyarakat yang sehat, mandiri dan produktif, dengan menggali dan memanfaatkan potensi yang ada di masyarakat. Hasil pemberdayaan masyarakat dapat terlihat dari perubahan perilaku bersih dan sehat dari individu, keluarga, institusi, dan masyarakat pada umumnya, peningkatan kondisi lingkungan sehat, serta berbagai bentuk upaya atau kegiatan peran serta aktif individu, keluarga, dan masyarakat.

Kesadaran penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) terlihat dari strata PHBS yang terdeteksi (Sehat Utama dan Sehat Paripurna) 36,6% dari target 75%. Selain itu munculnya berbagai kasus penyakit menular dan tidak menular maupun kasus narkoba, disebabkan perilaku yang kurang sehat. Berbagai upaya telah dilaksanakan di Jawa Tengah melalui promosi kesehatan pada individu, keluarga, dan masyarakat. Perubahan perilaku bersih dan sehat sangat dipengaruhi oleh pendidikan masyarakat, gaya hidup, dan perkembangan informasi diluar kesehatan, serta sosial politik dan budaya yang berkembang di masyarakat.

Perubahan kondisi lingkungan sehat dapat dilihat dari: cakupan air bersih 74% pada tahun 2003 dari target 85% yang akan dicapai tahun 2005, cakupan rumah sehat 70% dari target 80%, cakupan Sarana Pembuangan Air Limbah (SPAL) di tingkat keluarga 36,18% dari target 50%, pemanfaatan jamban 56,6% pada tahun 2003 dari target 70%. Adapun dalam komitmen insitusi maupun stake holder dilihat dari beberapa angka yang ada: cakupan Tempat-tempat Umum (TTU) 65% tahun 2003 dari target 75% tahun 2005, cakupan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) 68% dari target 80% tahun 2005. Jumlah Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) tahun 2003 ada 15% dengan tingkat strata 77% pratama. Industri yang melaksanakan K3 mencapai 30% tahun 2003 jauh dibawah target 60% pada tahun 2005. Industri yang mempunyai sarana kesehatan baru mencapai 10%. Upaya peningkatan kondisi lingkungan yang sehat sebagian besar dilaksanakan oleh berbagai sektor terkait, dunia usaha, maupun masyarakat.

Mulai tahun 2001 sampai tahun 2004 di 23 kabupaten/kota provinsi Jawa Tengah telah dikembangkan pemberdayaan masyarakat melalui pendekatan keluarga di bidang kesehatan. Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, yang mempunyai potensi cukup besar dalam mengatasi masalah kesehatan di masyarakat. Pendekatan keluarga untuk mendorong keluarga sehat dan mandiri dalam mengatasi masalah kesehatan mereka, utamanya kesehatan secara umum, kesehatan ibu, kesehatan remaja, dan penanggulangan faktor risiko penyakit menular. Hasil yang didapat ada peningkatan peran dan partisipasi keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan. Beberapa lintas sektor dan LSM secara terpadu telah mengembangkan berbagai upaya pendekatan keluarga melalui keluarga berkualitas, keluarga sakinah, keluarga sejahtera, dll.

Potensi partisipasi masyarakat sangat banyak dan beragam, baik berupa organisasi, tenaga, dana, sarana, teknologi, maupun mekanisme pengambilan keputusan, dan lain-lain. Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) yang ada seperti: Posyandu; UKS; Polindes (Pondok Bersalin Desa); Pos Obat Desa (POD), Dana sehat atau tabulin, dll. Pada tahun 2002 Polindes Pratama sejumlah 2831 (64,18%), Polindes Madya 946 (21,45%), Polindes Purnama 473 (10,72%) serta Polindes Mandiri sejumlah 149 (3,38%). Saka Bakti Husada (SBH) dari 0,69% tahun 2002 menjadi 35% tahun 2003. Pada tahun 2003, Posyandu mencapai 38,4%, sekolah yang melaksanakan UKS di Sekolah Dasar 49%, UKS tingkat SLTP 14,62%, UKS SLTA 19%, dan target 65% pada tahun 2005. Kemitraan dengan LSM, Lintas sektor, perusahaan, organisasi kemasyarakatan, dan masyarakat, dalam upaya perbaikan gizi

masyarakat mencapai 50%, tetapi keterpaduan dan kualitas kegiatan masih kurang.

Beberapa organisasi telah berperan menggerakkan masyarakat untuk hidup sehat antara lain: PMR (Palang Merah Remaja); Pramuka dengan Saka Bakti Husada; Karang taruna dengan kesehatan remaja; Yayasan Jantung; Yayasan Kanker; Perkumpulan penderita Tb Paru; Perkumpulan penderita Diabetes Melitus; Perkumpulan donor darah; Perkumpulan Senam sehat; dunia usaha, dll. Selain itu penggerak masyarakat desa oleh LKMD dengan PKK, LSM keagamaan yang mempunyai struktur sampai tingkat desa, dan kader. Upaya pemberdayaan masyarakat pada umumnya masih menempatkan masyarakat sebagai obyek dan upayanya lebih banyak berupa bantuan kemanusiaan (charity) yang bersifat mendesak (emergency), penggerakan (mobilization) yang bersifat sementara dan baru pada tahap pengembangan. Hal ini berkait erat dengan budaya feodalisme dan paternalisme di sebagian besar masyarakat yang masih kuat, disamping masih kuatnya orientasi pada birokrat. Di pihak lain sebagian besar birokrasi belum memahami apa dan bagaimana pemberdayaan masyarakat, seringkali arah pemberdayaan berbalik menjadi memperlemah potensi masyarakat sendiri. Kemampuan masyarakat mengemukakan pendapat dan mengambil keputusan tentang kesehatan, baik dalam bidang pelayanan, menyampaikan usulan atau desakan, maupun mengkritisi upaya kesehatan, belum berkembang secara optimal.

Norma dan tata nilai yang berdasarkan sosial budaya masyarakat kurang menjadi bahan pertimbangan dalam pemberdayaan masyarakat, sedangkan arus globalisasi semakin kuat, bersamaan dengan berkembangnya reformasi informasi, desentralisasi dan keinginan untuk mewujudkan masyarakat madani. Pemberdayaan potensi individu, keluarga dan masyarakat belum optimal, karena masih sebatas mobilisasi dan penggerakan peran serta masyarakat. Selama ini telah dilakukan kemitraan dengan berbagai pihak termasuk sektor pemerintahan di setiap jenjang administrasi, organisasi kemasyarakatan atau LSM, dan dunia usaha, tetapi belum optimal. Kemitraan yang telah dibangun belum menampakkan kepekaan, kepedulian, dan rasa memiliki terhadap permasalahan dan upaya kesehatan. Ada wacana pembentukan Dewan/Komite Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/Kota sebagai wujud peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan, dan membuka peluang demokratisasi masyarakat di bidang kesehatan.

Dari analisis data tersebut menunjukkan bahwa perilaku hidup bersih dan sehat dan kondisi lingkungan masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Kesadaran masyarakat dan komitmen institusi serta stakeholder dalam pembangunan berwawasan kesehatan masih kurang, termasuk komitmen dalam meningkatkan mutu kesehatan lingkungan dan pemberdayaan potensi yang ada. Pemberdayaan keluarga merupakan potensi yang perlu dikembangkan, tetapi perlu ditata dalam suatu hubungan dan mekanisme yang jelas dari berbagai unsur terkait untuk mencapai tujuan. Ada partisipasi masyarakat dalam bentuk kelompok potensial yang berperan mendorong perbaikan di bidang kesehatan khususnya meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat, mendorong keluarga sehat yang mandiri, maupun mengembangkan berbagai Upaya Kesehatan bersumber daya Masyarakat (UKBM), tetapi belum optimal hasilnya. Sistem yang menata berbagai upaya pemberdayaan potensi yang ada melalui pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat menuju kemandirian bidang kesehatan belum optimal. Banyak sektor terkait, LSM, dunia usaha, yang dapat berperan dalam peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, peningkatan kondisi lingkungan sehat, serta pemberdayaan dalam mengatasi masalah kesehatan sesuai peran, fungsi dan tanggung jawabnya, dalam suatu tatanan kemitraan agar saling membantu, belum optimal dilaksanakan.

ISUE STRATEGIS

Sesuai analisis situasi dapat dirumuskan isue-isue strategis sebagai berikut:

1. Upaya Kesehatan

- a. Beberapa penyakit menular, tidak menular, dan gizi masyarakat masih menjadi masalah. Faktor lingkungan, perilaku dan gaya hidup, kependudukan, serta upaya kesehatan yang dilakukan oleh individu, keluarga, maupun masyarakat, yang kurang mendukung, berperan terhadap masalah tersebut.
- b. Upaya kesehatan selama ini lebih mengutamakan kuratif dari pada promotif dan preventif.
- c. Pelayanan kesehatan dasar oleh pemerintah belum terpadu, menyeluruh, berkelanjutan, merata dan terjangkau. Pelayanan kesehatan dasar oleh swasta berkembang pesat, tetapi mutu dan keterjangkauan kurang terpantau, dan upaya lebih kearah perorangan.
- d. Pelayanan kesehatan rujukan oleh pemerintah dan swasta berkembang pesat, tetapi upaya peningkatan kualitas pelayanan

swasta kurang terpantau dan tertata dari pada pelayanan kesehatan pemerintah.

- e. Pelayanan kesehatan pemerintah lebih banyak dimanfaatkan oleh masyarakat miskin.
- f. Pembagian tugas dan tanggung jawab penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan belum jelas, hubungan antar pelayanan pemerintah sektor kesehatan dan sektor lain, swasta, dan dunia usaha, termasuk pelayanan masyarakat miskin, belum tertata baik.

2. Pembiayaan Kesehatan

- a. Ketersediaan pembiayaan kesehatan dari berbagai sumber baik pemerintah, masyarakat, maupun dunia usaha, masih rendah, belum tertata secara terpadu dan terkoordinir.
- b. Pengalokasian dana masih lebih mengutamakan pada upaya kuratif dari pada promotif dan preventif.
- c. Pengalokasian pembiayaan kesehatan pemerintah, masyarakat, swasta dan dunia usaha, belum tertata secara terpadu, dengan pembagian tugas yang jelas, baik untuk upaya kesehatan masyarakat maupun perorangan, dan subsistem kesehatan lainnya.
- d. Alokasi dana untuk masyarakat miskin diupayakan oleh pemerintah dan pembelajaan telah dirintis secara praupaya.
- e. Pembiayaan kesehatan dari masyarakat, swasta, dan dunia usaha, masih bersifat perorangan atau kelompok, dan pembelanjaan sebagian besar masih secara pasca upaya (*out of pocket*) serta belum dalam sistem yang tertata.
- f. Pembelanjaan pembiayaan kesehatan belum tertata secara terpadu, berkesinambungan, sehingga terjadi duplikasi pemanfaatan, unit cost yang jauh berbeda, serta pembiayaan kurang proporsional.

3. Sumber Daya Manusia Kesehatan

- a. Pengembangan institusi pendidikan tenaga kesehatan sangat pesat, tetapi kualitas pendidikan masih belum optimal ditata dalam sistem pendidikan bidang kesehatan yang mengutamakan kualitas dan kompetensi serta memperhatikan moral kemanusiaan, agar tidak merugikan masyarakat.
- b. Penyebaran tenaga kesehatan masih belum merata sesuai standar dan kompetensi yang dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan yang berkualitas.
- c. Tataunan yang mengatur hubungan antar institusi penghasil dan penerima tenaga kesehatan yang kompeten dan profesional, serta siap bersaing untuk pangsa pasar dalam negeri dan luar negeri, belum optimal.

- d. Pengelolaan tenaga kesehatan baik pemerintah maupun diluar pemerintah belum optimal, perencanaan dan sistem informasi tenaga kesehatan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan belum tertata secara optimal.
- e. Penataan tenaga kesehatan profesional melalui sertifikasi, registrasi, lisensi, dan berbagai pelatihan teknis profesi, belum optimal.
- f. Pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan profesional serta hubungan antar sektor dan organisasi serta lembaga yang terkait, belum berjalan dan tertata secara optimal.
- g. SDM Kesehatan belum berlevel internasional.

4. Sediaan Farmasi dan Perbekalan Kesehatan

- a. Ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan masyarakat terhadap obat publik dan perbekalan kesehatan yang bermutu, belum sesuai kebutuhan.
- b. Adanya perubahan pengelolaan obat publik dan perbekalan kesehatan di Kabupaten/Kota, serta penganggaran belum tertata secara optimal agar terpadu, efektif dan efisien.
- c. Ketersediaan, pemerataan, serta keterjangkauan masyarakat terhadap obat dan perbekalan kesehatan yang bermutu di unit pelayanan obat dan perbekalan kesehatan pemerintah maupun swasta, belum sesuai kebutuhan, dan sistem yang ada belum tertata secara optimal.
- d. Masih ditemukan peredaran sediaan farmasi, makanan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan kesehatan. Tatanan kerja sama antar lintas program (Badan POM, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota), lintas sektor dan organisasi profesi terkait, serta lembaga masyarakat, dalam pembinaan, pengendalian, dan pengawasan, sejak dari produksi, distribusi sampai dengan pemanfaatannya, belum optimal.
- e. Mutu, pengembangan dan pemanfaatan obat tradisional belum tertata secara optimal, baik mutu bahan baku, produksi, maupun pemanfaatan di sarana pelayanan kesehatan formal.
- f. Pelayanan kefarmasian belum mendapat perhatian, dan hubungan koordinasi dengan berbagai pihak yang terkait belum tertata dengan baik. dan belum secara komprehensif dan terintegrasi dalam pelayanan kesehatan.

5. Manajemen Kesehatan

- a. Pemahaman dan perhatian sektor terkait terhadap pembangunan berwawasan kesehatan masih kurang.
- b. Penyelenggaraan manajemen kesehatan di berbagai tingkat administrasi, belum terpadu dan berkesinambungan dalam

perencanaan, pelaksanaan, pengendalian dan pengawasan, serta pertanggungjawaban pembangunan kesehatan sesuai SPM.

- c. Sistem informasi kesehatan untuk mendukung manajemen kesehatan masih belum optimal, terutama akses informasi, ketepatan, akurasi, kecepatan, kelengkapan, keterpaduan lintas program dan lintas sektor, pemanfaatan data/informasi sebagai landasan dalam pengambilan keputusan.
- d. Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan yang efektif dan efisien, serta hasil penelitian, belum terdokumentasi dan dimanfaatkan dengan baik, belum terarah, terpadu dan tertata secara sistematis dari berbagai instansi baik pemerintah, perguruan tinggi dan dunia usaha.
- e. Berbagai peraturan perundangan di bidang kesehatan belum sepenuhnya dapat diikuti, dipahami, diperhatikan, dan diterapkan secara optimal oleh semua jajaran yang terkait.
- f. Penyusunan, penetapan, penerapan dan pengendalian peraturan perundangan yang ada, agar tidak saling bertentangan dan dapat meningkatkan kepedulian serta kepatuhan untuk menjamin kepastian hukum bagi semua pihak yang terkait, belum tertata secara optimal.

6. Pemberdayaan Masyarakat

- a. Kesadaran masyarakat, komitmen institusi dan stakeholder dalam pembangunan berwawasan kesehatan masih kurang, termasuk komitmen meningkatkan mutu kesehatan lingkungan dan pemberdayaan potensi.
- b. Banyak sektor terkait, LSM, dunia usaha, yang dapat berperan dalam peningkatan pembangunan berwawasan kesehatan, perilaku hidup bersih dan sehat, serta kondisi lingkungan sehat, sesuai fungsi dan tanggung jawabnya, agar saling membantu, tetapi belum tertata dengan baik.
- c. Keluarga merupakan potensi untuk mendorong perilaku hidup bersih dan sehat serta mengatasi masalah kesehatan menuju kemandirian keluarga, telah diupayakan melalui pendekatan keluarga, tetapi masih sangat terbatas. Pemberdayaan keluarga dengan berbagai unsur terkait untuk mencapai tujuan, belum tertata dalam mekanisme yang jelas.
- d. Pemberdayaan potensi individu, keluarga dan masyarakat belum optimal, masih sebatas mobilisasi dan penggerakan peran serta masyarakat, serta belum mendorong kemampuan masyarakat untuk berani mengemukakan pendapat dan mengambil keputusan tentang kesehatan. Disamping itu sistem yang ada belum optimal mendorong berbagai upaya pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat menuju kemandirian bidang kesehatan.

- e. Jaringan kemitraan dengan berbagai pihak termasuk sektor pemerintahan dan dunia usaha belum optimal. Kemitraan yang telah dibangun belum menampakkan kepekaan, kepedulian, dan rasa memiliki terhadap permasalahan dan upaya kesehatan. Kemitraan berbagai unsur terkait termasuk stakeholder belum ditata secara baik sesuai peran, fungsi, dan tanggung jawab masing-masing dalam pemberdayaan di bidang kesehatan.

BAB III

POKOK-POKOK PENYELANGGARAAN SISTEM KESEHATAN PROVINSI

A. PENGERTIAN

Pembangunan Kesehatan adalah salah satu upaya yang diarahkan guna terwujudnya Jawa Tengah Sehat 2010, yang ditandai oleh penduduk yang hidup dengan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Kebijakan Pembangunan Kesehatan adalah garis besar pembangunan kesehatan untuk meningkatkan mutu sumberdaya manusia dan lingkungan yang saling mendukung dengan pendekatan paradigma pembangunan kesehatan yang baru yakni paradigma sehat yang intinya menekankan pentingnya kesehatan sebagai hak asasi manusia, kesehatan sebagai investasi dan kesehatan menjadi titik sentral pembangunan Provinsi.

Sistem atau Tatanan adalah seperangkat unsur yang secara teratur saling berkaitan sehingga membentuk suatu totalitas.

Sistem Kesehatan Provinsi adalah suatu tatanan yang menghimpun dan menguraikan berbagai usaha pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta di daerah, yang berinteraksi secara terpadu, saling mendukung dan saling bergantung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

B. PRINSIP DASAR

Dasar-dasar Sistem Kesehatan Provinsi adalah nilai kebenaran dan aturan pokok yang dipergunakan sebagai landasan berfikir dan bertindak dalam menyelenggarakan Sistem Kesehatan Provinsi yang meliputi:

1. Perikemanusiaan

Perikemanusiaan harus dijiwai, digerakkan dan dikendalikan oleh keimanan dan ketaqwaan terhadap Ketuhanan Yang Maha Esa. Seluruh unsur penyelenggara kesehatan dituntut untuk berbudi luhur, profesional dan memegang teguh etika profesi.

2. Hak Asasi Manusia

Setiap orang berhak untuk hidup mempertahankan kehidupannya. Memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi setiap orang adalah salah satu hak asasi manusia tanpa membedakan suku, golongan, agama, dan status sosial ekonominya. Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin serta berhak memperoleh pemeliharaan kesehatan dan jaminan sosial.

3. Adil dan Merata

Dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, perlu diselenggarakan upaya kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat secara adil dan merata, baik secara geografis maupun secara ekonomis.

4. Pemberdayaan dan Kemandirian Masyarakat

Setiap individu bersama masyarakat dan pemerintah, berkewajiban dan tanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya. Dengan demikian pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan berlandaskan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri serta bersendikan kepribadian bangsa.

5. Kemitraan dan Jejaring

Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan antara pemerintah, masyarakat dan dunia usaha, serta lembaga terkait, dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki. Kemitraan antara pemerintah, masyarakat dan dunia usaha serta kerjasama lintas sektor dalam pembangunan kesehatan diwujudkan dalam suatu kemitraan dan jejaring, agar diperoleh sinergisme yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya .

6. Pengutamaan dan Manfaat

Prinsip pengutamaan dan manfaat pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan lebih mengutamakan kepentingan umum dari pada kepentingan perorangan maupun golongan. Upaya kesehatan yang bermutu dilaksanakan dengan memperhatikan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan harus lebih mengutamakan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pembangunan kesehatan diselenggarakan agar memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi masyarakat banyak dalam upaya peningkatan derajat kesehatannya serta

dilaksanakan oleh pemerintah bersama masyarakat dan dunia usaha sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

7. Akuntabilitas

Prinsip akuntabilitas pembangunan kesehatan yang diselenggarakan harus dapat dipertanggung jawabkan untuk kepentingan masyarakat. Pelaksanaan sistem kesehatan provinsi perlu disusun indikator keberhasilan.

8. Tata Pemerintahan yang baik

Pembangunan Kesehatan diselenggarakan secara demokratis, berkepastian hukum, terbuka (transparant), rasional/profesional.

C. TUJUAN DAN FUNGSI

Tujuan Umum :

Tujuan dari Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Tengah adalah untuk menjamin keberhasilan pembangunan kesehatan di provinsi Jawa Tengah dengan menghimpun dan menguraikan secara spesifik unsur-unsur berbagai subsistem yang ada agar terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua potensi masyarakat, swasta, pemerintah provinsi dan kabupaten/kota, serta lembaga dan pihak-pihak terkait lainnya, secara sinergis dari berbagai unsur, berhasil-guna dan berdaya-guna, sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Tujuan Khusus:

1. Tercapainya pembangunan kesehatan yang optimal (*Health Out come*)
2. Terciptanya sikap sigap-tanggap dalam memenuhi harapan masyarakat dalam pembangunan kesehatan (*Responsiveness*)
3. Terciptanya keadilan dalam pembiayaan kesehatan, dan mengurangi kesenjangan dalam pembangunan kesehatan (*Fairness in Financing*)

Sistem Kesehatan Provinsi diharapkan dapat meningkatkan *responsiveness* yaitu bagaimana sistem kesehatan itu dapat menjalin hubungan saling mendukung dalam pencapaian tujuan pembangunan kesehatan, memperhatikan kualitas upaya kesehatan dan kenyamanan, menghargai hak-manusia, menjaga kerahasiaan, menghargai dalam menentukan pilihan untuk kesehatan dirinya dan keluarga, serta sikap tanggap dalam keadaan darurat. Sistem Kesehatan Provinsi dapat meningkatkan manajemen yang bertanggungjawab dan hati-hati terhadap sesuatu yang telah dipercayakan, dan merupakan tugas atau peran utama pemerintah untuk mengatur pembangunan kesehatan yang merata, berkeadilan, agar indikator pembangunan kesehatan tercapai secara optimal.

Fungsi Sistem Kesehatan Provinsi sebagai berikut:

1. Fungsi Pengarahan (*Stewardship*), terkait dengan tugas utama pemerintah dalam perannya sebagai regulator/perumus kebijakan sekaligus dalam pembinaan dan pengendaliannya.
2. Fungsi Penyediaan Sumber Daya (*Creating Resources*), sistem kesehatan harus mampu menyediakan sumber daya dalam pembangunan kesehatan, termasuk mengatur pembiayaan kesehatan secara merata dan berkeadilan
3. Fungsi Pemberdayaan (*Empowerment*), sistem kesehatan harus mampu mengatur dan menyelenggarakan pemberdayaan seluruh potensi guna mendukung pembangunan kesehatan secara merata dan berkeadilan.
4. Fungsi Pemberi Pelayanan Kesehatan (*Delivering Services*), sistem kesehatan harus mampu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada masyarakat secara adil dan merata.

D. JENJANG SISTEM KESEHATAN

1. SISTEM KESEHATAN NASIONAL (SKN)

SKN merupakan suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945. SKN menghimpun upaya sektor kesehatan dan upaya dari berbagai sektor lainnya termasuk masyarakat dan swasta. Pada hakikatnya SKN sebagai wujud dan metode penyelenggaraan pembangunan kesehatan, yang memadukan berbagai upaya Bangsa secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai wujud kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945.

2. SISTEM KESEHATAN PROVINSI (SKP)

SKP merupakan suatu tatanan yang menghimpun dan menguraikan secara spesifik dari unsur-unsur berbagai subsistem kesehatan di provinsi sesuai dengan potensi dan kondisi daerah baik oleh pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta di daerah yang secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. SKP sebagai pedoman dalam mewujudkan dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan di provinsi dan kabupaten/kota serta desa di wilayahnya, baik oleh Pemerintah, masyarakat, sektor swasta, lembaga atau pihak-pihak terkait lain, secara sinergis, berhasil-guna dan berdaya-guna, untuk menjamin keberhasilan pembangunan

kesehatan di provinsi. Penyusun dan pendorong penerapan SKP adalah Pemerintah Provinsi dengan Dinas teknis terkait.

3. SISTEM KESEHATAN KABUPATEN/KOTA (SKK)

SKK merupakan suatu tatanan yang menghimpun dan menguraikan secara spesifik dan lebih operasional dari unsur-unsur berbagai subsistem kesehatan kabupaten/kota di Jawa Tengah sesuai potensi dan kondisi daerah baik oleh pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta di daerah yang secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. SKK sebagai pedoman dalam mewujudkan dan menyelenggaraan pembangunan kesehatan di kabuapten/kota serta desa di wilayahnya, baik oleh Pemerintah, masyarakat, sektor swasta maupun lembaga atau pihak-pihak terkait lainnya, secara sinergis, berhasil-guna dan berdaya-guna, untuk menjamin keberhasilan pembangunan kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Tengah. Penyusun dan pendorong penerapan SKK adalah Pemerintah Kabupaten/kota dengan Dinas Teknis terkait.

4. SISTEM KESEHATAN DESA ATAU KELURAHAN (SKD)

Sesuai UU No 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, menjelaskan bahwa Desa atau yang disebut dengan nama lain, selanjutnya disebut desa, adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas wilayah yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat. Urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan desa mencakup urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan kabupaten/kota yang diserahkan pengaturannya kepada desa. Tugas dan kewajiban kepala desa dalam memimpin penyelenggaraan pemerintahan desa diatur lebih lanjut dengan Perda. Hal ini menunjukkan bahwa desa mempunyai otonomi dalam mengatasi masalah pembangunan termasuk kesehatan di tingkat desa, sehingga perlu dikembangkan Sistem Kesehatan Desa atau Kelurahan (SKD).

SKD merupakan suatu tatanan yang menghimpun dan menguraikan secara spesifik dan lebih operasional dengan mekanisme yang jelas dari unsur-unsur subsistem upaya kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat, dan subsistem manajemen kesehatan tingkat desa di Jawa Tengah, sesuai potensi dan kondisi daerah baik oleh pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta, yang secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. SKD sebagai pedoman mewujudkan dan menyelenggarakan pembangunan kesehatan di tingkat desa/kelurahan oleh Pemerintah, masyarakat, sektor swasta, lembaga atau pihak terkait lain, secara sinergis, berhasil-guna dan berdaya-guna.

Penyusun Pedoman SKD secara garis besar oleh Pemerintah kabupaten/kota, sedangkan penyusunan serta penerapan SKD dengan mekanisme dan tanggung jawab yang jelas oleh Pemerintah Desa. PKD sebagai pelaksana utama SKD bersama lembaga di desa dan masyarakat.

E. KEDUDUKAN DAN HUBUNGAN ANTAR SISTEM

SKP harus dapat mendorong kebijakan dan upaya dari berbagai sistem Provinsi dan Kabupaten/Kota serta desa, agar berwawasan kesehatan, sehingga berkontribusi positif terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan Provinsi Jawa Tengah.

1. Suprasistem SKP

Suprasistem SKP adalah SKN dan berbagai subsistem lain tingkat nasional, maupun sistem Pembangunan Provinsi. SKN diarahkan untuk terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua potensi bangsa, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah secara sinergis, berhasil-guna dan berdaya-guna. SKN merupakan acuan dalam penyusunan dan penerapan SKP.

2. Kedudukan SKP

SKP merupakan acuan bagi berbagai pihak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di provinsi Jawa Tengah. SKP adalah suprasistem yang digunakan sebagai acuan penyusunan dan penerapan SKK dan SKD.

3. Kedudukan SKP terhadap Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota (SKK), Sistem Kesehatan Desa (SKD), dan sistem lainnya.

a. Kedudukan SKP dengan Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota (SKK)

Suprasistem SKK adalah SKN dan SKP, serta Sistem Pembangunan Kabupaten/Kota, sebagai acuan dalam penyusunan dan penerapannya SKK. SKK merupakan acuan bagi berbagai pihak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kabupaten/Kota masing-masing. SKK sebagai suprasistem yang digunakan acuan penyusunan dan penerapan SKD.

b. Kedudukan SKP dengan Sistem Kesehatan Desa (SKD)

Supra sistem SKD adalah SKN, SKP, dan SKK serta Sistem Pembangunan Desa/kelurahan, sebagai acuan dalam penyusunan dan penerapannya SKD. SKD merupakan acuan bagi berbagai pihak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di desa.

c. Kedudukan SKP dengan sistem lain di Provinsi

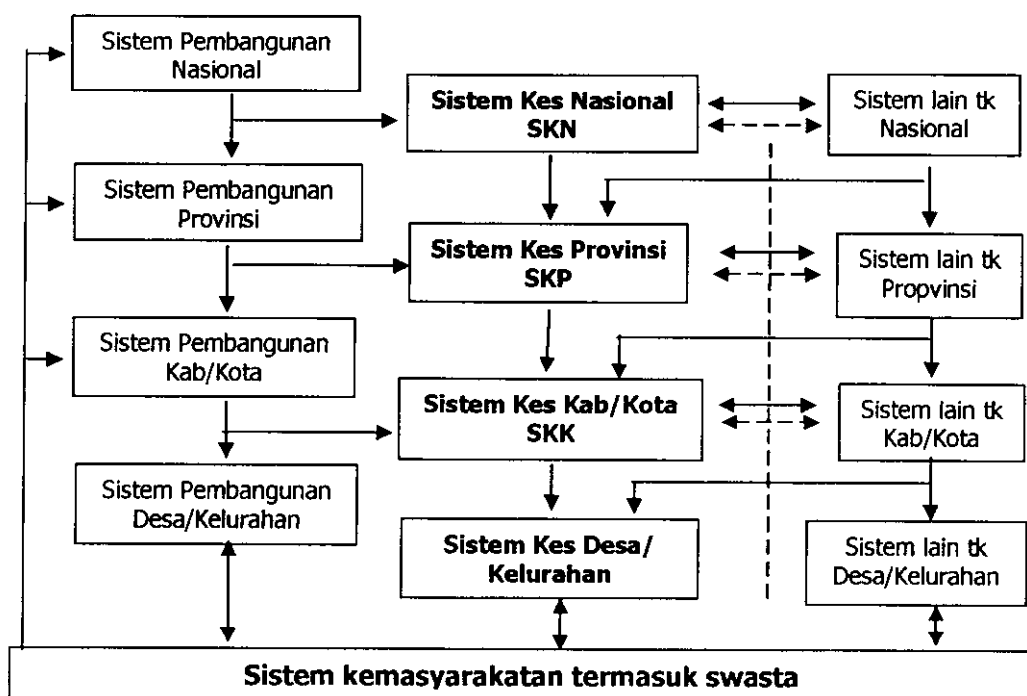
SKP berinteraksi secara harmonis dengan sistem lainnya, seperti:

- 1) Sistem Pendidikan Provinsi
- 2) Sistem Kependudukan Provinsi
- 3) Sistem Perekonomian Provinsi
- 4) Sistem Ketahanan Pangan Provinsi
- 5) Sistem Pengendalian Dampak Lingkungan Provinsi
- 6) Sistem Tenaga Kerja Provinsi
- 7) Sistem Informasi dan komunikasi Provinsi
- 8) Sistem Transportasi Provinsi
- 9) Sistem-sistem lainnya.

d. Kedudukan SKP dengan sistem kemasyarakatan dan swasta

Sistem kemasyarakatan yang menghimpun nilai dan budaya masyarakat, dan peran aktif swasta melalui penggalangan kemitraan yang setara, terbuka, saling menguntungkan, merupakan potensi keberhasilan pembangunan kesehatan. Masyarakat dan swasta merupakan bagian integral dalam membentuk SKP. SKP sebagai acuan utama mengembangkan perilaku, lingkungan sehat, serta peran aktif masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan oleh masyarakat, dan dapat mewarnai kemitraan berbagai potensi swasta agar sejalan dengan tujuan pembangunan Provinsi yang berwawasan kesehatan dan mandiri.

Bagan 1. Hubungan Sistem Kesehatan dengan sistem lain



F. SUB SISTEM DALAM SKP

Dari isue strategis yang ada di Jawa Tengah, perlu disusun subsistem-subsistem yang saling terkait dan saling mendukung dalam SKP, dengan mempertimbangkan:

1. Tujuan dan fungsi utama disusun Sistem Kesehatan Provinsi.
2. Peran sektor lain yang terkait dengan SKP
3. Peran serta masyarakat dan swasta
4. Bentuk pokok Subsistem-subsistem SKN
5. Kepentingan dan kemampuan daerah

Masing-masing sub sistem dalam SKP mempunyai peran menentukan kinerja Sistem Kesehatan Provinsi (SKP) secara menyeluruh dalam upaya mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, yang diselenggarakan dengan menghimpun seluruh potensi yang ada, dan menguraikan peran dan fungsi dari masing-masing potensi serta menyusun hubungan dari berbagai unsur dalam sub sistem maupun hubungan berbagai sub sistem kesehatan yang saling terkait dan saling mempengaruhi.

Dalam meningkatkan derajat kesehatan, perlu berbagai upaya kesehatan yang didukung dana, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan. Dukungan dana untuk pembiayaan kesehatan, semakin penting dalam menentukan kinerja SKP, dan mengingat kompleksnya pembiayaan kesehatan, maka pembiayaan kesehatan merupakan subsistem dalam SKP. Sumber daya manusia kesehatan merupakan unsur penting dalam pelaksanaan berbagai pembangunan kesehatan, yang perlu mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitas sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan, sehingga sangat berperan dalam menentukan kinerja SKP dan perlu sebagai subsistem dalam SKP. Sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan yang sangat kompleks, karena menyangkut aspek mutu, harga, khasiat, keamanan, ketersediaan dan keterjangkauan bagi konsumen kesehatan, penting dalam menentukan kinerja SKP dan perlu sebagai subsistem dalam SKP.

Agar SKP dapat berfungsi optimal, harus ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat termasuk swasta. Masyarakat bukan semata-mata sebagai obyek pembangunan kesehatan, melainkan sebagai subyek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan. Pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan. sehingga pemberdayaan masyarakat merupakan subsistem dalam SKP. Untuk menggerakkan pembangunan kesehatan secara berhasil-guna dan berdaya-guna, diperlukan manajemen kesehatan yang

berperan menetapkan regulasi dan kebijakan, koordinasi, integrasi, sinkronisasi berbagai upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat. Keberhasilan pembangunan kesehatan ditentukan oleh manajemen kesehatan, sehingga manajemen kesehatan merupakan subsistem dalam SKP. Makin pentingnya upaya kesehatan promotif, preventif tanpa meninggalkan kuratif dan rehabilitatif, serta berkembangnya upaya kesehatan untuk masyarakat maupun perorangan, perlu ditata dengan baik agar memenuhi kebutuhan dan kualitas yang dapat dipertanggung jawabkan, sehingga upaya kesehatan merupakan sub sistem yang sangat berperan menentukan kinerja SKP.

Penyusunan sub sistem dalam SKP harus memperhatikan fungsi sistem yang akan digunakan sebagai pedoman dan arah pembangunan kesehatan di Jawa Tengah. Fungsi Stewardship sebagai regulator/ perumus kebijakan dengan pembinaan dan pengendaliannya, terurai di sub sistem Manajemen Kesehatan. Fungsi Creating Resources yang mengatur penyediaan sumber daya pembangunan kesehatan, ada di sub sistem Sumber Daya Manusia Kesehatan, sub sistem Sediaan Farmasi dan Perbekalan Kesehatan, serta mengatur pembiayaan kesehatan secara merata dan berkeadilan ada di sub sistem Pembiayaan Kesehatan. Fungsi *Empowerment* yang mengatur pemberdayaan potensi untuk mendukung pembangunan kesehatan secara merata dan berkeadilan, ada di sub sistem pemberdayaan masyarakat. Fungsi Delivering Services yang mampu memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, ada di sub sistem Upaya Kesehatan

Penyelenggaraan SKP menerapkan pendekatan sistem, cara berpikir dan bertindak logis, sistematis, komprehensif dan holistik dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan, menuntut pemahaman keterkaitan sebagai berikut:

1. Unsur masukan dalam SKP adalah subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumberdaya manusia kesehatan dan subsistem sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan.
2. Unsur Proses dalam SKP adalah subsistem upaya kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat, dan subsistem manajemen kesehatan
3. Unsur keluaran dalam SKP adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan yang berhasil-guna, berdaya-guna, bermutu, merata dan berkeadilan
4. Unsur lingkungan dalam SKP adalah berbagai keadaan yang menyangkut kependudukan, lingkungan, pendidikan, ekonomi, sosial budaya, politik dan pertahanan keamanan, transportasi, komunikasi

dan informasi, baik nasional, regional maupun global yang berdampak terhadap pembangunan kesehatan

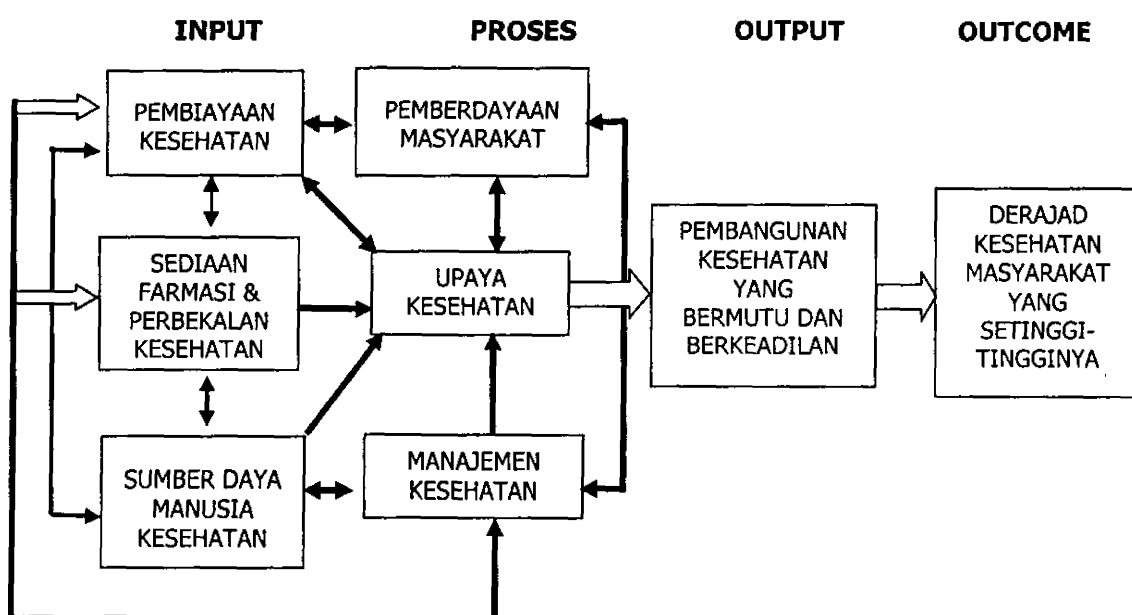
Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa SKP terdiri enam subsistem, yakni:

1. Subsistem Upaya Kesehatan
2. Subsistem Pembiayaan Kesehatan
3. Subsistem Sumberdaya Manusia Kesehatan
4. Subsistem Sediaan farmasi dan Perbekalan Kesehatan.
5. Subsistem Pemberdayaan Masyarakat.
6. Subsistem Manajemen Kesehatan.

Indikator SKP diharapkan dapat mengukur tujuan SKP antara lain tentang:

1. Mengukur pencapaian pembangunan kesehatan.
2. Mengukur responsiveness
3. Mengukur keadilan dalam kesehatan.

Bagan 2: Hubungan antar subsistem dalam SKP



BAB IV
POKOK – POKOK SUB SISTEM KESEHATAN
PROVINSI JAWA TENGAH

Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Tengah terdiri: Subsistem upaya kesehatan, Subsistem pembiayaan kesehatan, Sub sistem Sumberdaya manusia kesehatan, Sub sistem sediaan farmasi dan Perbekalan Kesehatan, Sub sistem pemberdayaan masyarakat, dan Subsistem manajemen kesehatan.

A. SUB SISTEM UPAYA KESEHATAN

Upaya meningkatkan kesejahteraan berarti suatu usaha untuk mewujudkan tingkat kehidupan masyarakat secara optimal yang memenuhi kebutuhan dasar manusia termasuk kesehatan. Kesehatan meliputi semua segi kehidupan baik perorangan, keluarga, kelompok masyarakat, maupun masyarakat luas. Upaya kesehatan menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif yang didukung oleh upaya kuratif dan rehabilitatif yang berkesinambungan. Upaya kesehatan yang luas dan kompleks perlu diselenggarakan dengan memperhitungkan dinamika faktor-faktor lingkungan yang selalu berubah dan berpengaruh pada pola dan strategi pembangunan kesehatan.

1. Pengertian

Sub sistem Upaya Kesehatan adalah tatanan yang menghimpun dan menguraikan struktur dan fungsi Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) yang terpadu, menyeluruh, dan berkelanjutan dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

2. Tujuan

Tujuan subsistem upaya kesehatan adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang tercapai (*accessible*), terjangkau (*affordable*) dan bermutu (*quality*) dengan menghimpun dan berinteraksi dari berbagai unsur untuk menjamin terpenuhinya hak asasi kesehatan, serta terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Unsur-unsur Utama

Sub sistem upaya kesehatan terdiri dari dua unsur utama, yakni Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) yang dalam pelaksanaannya merupakan kegiatan yang tidak dapat dipisahkan.

- a UKM adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat. UKM mencakup upaya-upaya:
- 1) Perbaikan gizi masyarakat,
 - 2) Upaya kesehatan olah raga,
 - 3) Upaya kesehatan perorangan dan penyehatan lingkungan serta penyediaan sanitasi dasar,
 - 4) Pemeliharaan kesehatan masyarakat (seperti: pemantauan tumbuh kembang balita, pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan kesehatan dan gigi serta mata secara berkala, dll)
 - 5) Usaha kesehatan sekolah,
 - 6) Upaya kesehatan kerja,
 - 7) Upaya kesehatan jiwa,
 - 8) Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular (seperti: imunisasi, deteksi dini penyakit, penanggulangan faktor risiko penyakit, dll),
 - 9) Pengendalian penyakit tidak menular,
 - 10) Penanggulangan bencana dan bantuan kemanusiaan.
- b UKP adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh perorangan, keluarga dan atau masyarakat serta swasta, yang didukung oleh pemerintah, dengan tujuan utama untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan baik fisik dan mental. UKP mencakup upaya-upaya:
- 1) Konseling gizi,
 - 2) Konseling kesehatan olah raga dan kebugaran fisik.
 - 3) Pemeliharaan kesehatan yang bersifat perorangan (seperti: pemantauan tumbuh kembang balita, pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan kesehatan secara berkala, dll),
 - 4) Perawatan kesehatan,
 - 5) Pencegahan penyakit (seperti: imunisasi, dll),
 - 6) Klinik Sanitasi,
 - 7) Pengobatan rawat jalan dan rawat inap,
 - 8) Konseling dan penanganan kesehatan jiwa.
 - 9) Pelayanan pengobatan dan perawatan spesifik untuk perorangan sesuai kebutuhan dan situasi kondisi setempat (seperti: critical care, housekeeping, dll),
 - 10) Pembatasan dan pemulihan kecacatan.
 - 11) Rehabilitasi narkoba, panti wreda, panti jiwa, dll.

- 12) Pengobat tradisional seperti: ramuan jamu; akupunktur; akupressure dan pijat refleksi serta pijat syaraf; gurah; sangkal putung, dll.

Kedua upaya kesehatan bersinergi dan dilengkapi dengan berbagai upaya kesehatan penunjang. Pelayanan laboratorium kesehatan masyarakat untuk kualitas air, kimia dan bakteri limbah, polusi udara dan kebisingan, makanan minuman, dan lainnya, merupakan upaya penunjang untuk UKM. Sedangkan laboratorium klinik dan penunjang diagnostik lainnya, serta pelayanan optik, merupakan upaya penunjang untuk UKP.

4. Prinsip

Penyelenggaraan sub sistem upaya kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. UKM terutama diselenggarakan oleh pemerintah dengan peran aktif masyarakat dan swasta.
- b. UKP diselenggarakan baik oleh masyarakat, swasta, dan pemerintah serta dan dunia usaha.
- c. Penyelenggaraan upaya kesehatan oleh swasta harus memperhatikan fungsi sosial.
- d. Penyelenggaraan upaya kesehatan, termasuk pengobatan tradisional dan alternatif, harus tidak bertentangan dengan kaidah ilmiah.
- e. Bersifat menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, terjangkau/ tercapai, profesional dan bermutu, serta berjenjang
- f. Mengikuti prinsip ekonomis, profesional, kaidah sosial serta sesuai dengan moral dan etika bangsa.
- g. Didasarkan atas perkembangan mutakhir ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dan kesehatan

5. Bentuk Pokok

a. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

1) UKM strata pertama

Yang dimaksud dengan UKM strata pertama adalah UKM tingkat dasar, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar yang ditujukan kepada masyarakat.

Penyelenggara UKM strata pertama di Jawa Tengah adalah Puskesmas dan jaringannya, yang didukung secara lintas sektoral dan didirikan sekurang-kurangnya satu disetiap kecamatan. Puskesmas mempunyai 3 (tiga) fungsi yaitu:

- a) pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan,
- b) pusat pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan dan

- c) pusat pelayanan kesehatan tingkat dasar dan rujukan pertama PKD di wilayah kerjanya.

Untuk melaksanakan fungsi ketiga, Puskesmas berperan sebagai penyelenggara UKM strata pertama sekurang-kurangnya melaksanakan pelayanan antara lain: kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana, perbaikan gizi, kesehatan lingkungan, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular dan tidak menular, pengobatan dasar dan lanjutan sebagai rujukan dari PKD. Puskesmas dalam melaksanakan tugasnya, secara administratif maupun teknis fungsional bertanggung jawab kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat. Puskesmas bertanggung jawab atas masalah kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya, dengan menata berbagai upaya kesehatan masyarakat secara menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, merata dan terjangkau untuk masyarakat di wilayahnya.

Dalam rangka meningkatkan pemerataan pelayanan dan kualitas pelayanan di tingkat desa, dikembangkan jaringan pelayanan melalui Poliklinik Kesehatan Desa (PKD), untuk meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan dasar yang bermutu, serta meningkatkan rujukan pertama dari Posyandu, BKB (Bina Keluarga Balita), maupun dari masyarakat pada umumnya. PKD sebagai penyelenggara UKM di desa, akan mendorong upaya promotif dan preventif mendapat prioritas walaupun tidak meninggalkan upaya kuratif. Pelayanan yang diberikan antara lain: Pelayanan kesehatan Ibu dan anak; Pelayanan Keluarga berencana; Perbaikan gizi; Kesehatan lingkungan khususnya sanitasi dasar; Pencegahan dan Pemberantasan penyakit menular; Pencegahan penyakit tidak menular. Upaya PKD dalam pencegahan penyakit dititik beratkan pada deteksi dini dan penemuan penderita penyakit di masyarakat, melaksanakan surveilans terhadap penyakit menular yang berpotensi menimbulkan KLB sebagai tindakan kewaspadaan dini (*preventive*), dan faktor risiko penyakit di masyarakat. PKD secara administratif bertanggung jawab kepada Kepala Desa, dan secara teknis fungsional bertanggung jawab kepada Puskesmas di wilayah kerjanya. Puskesmas bertanggung jawab terhadap penerapan SKD khususnya subsistem pelayanan kesehatan di desa dengan melaksanakan pembinaan, pemantauan, dan evaluasi, serta rujukan teknis kesehatan. Peran aktif masyarakat dan sasta dalam penyelenggaraan UKM strata pertama diwujudkan melalui berbagai upaya yang dimulai

dari diri sendiri, keluarga sampai dengan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM). Sebagai rujukan UKBM tingkat desa ke PKD, rujukan tingkat kecamatan ke Puskesmas.

Berbagai bentuk UKBM seperti:

- a) Posyandu, Polindes
- b) Pos Upaya Kesehatan Kerja
- c) Dokter Kecil dalam Usaha Kesehatan Sekolah
- d) Upaya Kesehatan Masjid
- e) Pos Kesehatan Pesantren.

Bentuk peran aktif swasta baik perorangan atau yayasan atau institusi pelayanan kesehatan swasta, dengan memberikan pelayanan bidang kesehatan masyarakat, perbaikan gizi masyarakat, Laboratorium air, pencegahan dan pemberantasan penyakit, pelayanan pemeliharaan kesehatan masyarakat, serta pelayanan dalam mengatasi bencana dan bantuan kemanusiaan lainnya. Peran aktif berbagai perguruan tinggi dengan program pengabdian masyarakat, sering memberikan pelayanan dalam bentuk penyelenggaraan UKM strata pertama.

2) UKM strata kedua

Yang dimaksud UKM strata kedua adalah UKM tingkat lanjutan, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik yang ditujukan kepada masyarakat

Penanggung jawab UKM strata kedua adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang berfungsi administratif dan teknis fungsional dalam bidang kesehatan, didukung secara lintas sektoral. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan fungsi teknis kesehatan mencakup penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat lanjutan, yakni dalam rangka melayani kebutuhan rujukan Puskesmas

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dilengkapi dengan berbagai fungsi pelaksana teknis seperti pencegahan dan pemberantasan penyakit, promosi kesehatan, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, kesehatan keluarga, kesehatan kerja dan institusi, kefarmasian. Disamping itu sesuai kebutuhan dapat pula dibentuk berbagai sarana kesehatan masyarakat lainnya seperti: BP-4, Laboratorium daerah, dan lain-lain.

Yang dimaksud rujukan kesehatan masyarakat adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas masalah kesehatan masyarakat yang dilakukan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal. Rujukan kesehatan masyarakat dibedakan atas tiga aspek yakni, rujukan sarana, rujukan teknologi dan rujukan operasional.

3) UKM strata ketiga

Yang dimaksud UKM strata ketiga adalah UKM tingkat unggulan/strategis, yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik yang ditujukan kepada masyarakat.

Penanggung jawab UKM strata ketiga adalah Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan yang didukung secara lintas sektoral, mempunyai dua fungsi, yakni fungsi manajerial dan fungsi teknis kesehatan. Fungsi teknis kesehatan mencakup penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat unggulan, yakni dalam rangka melayani kebutuhan rujukan dari kabupaten/kota dan provinsi.

Dalam melaksanakan fungsi teknis kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi perlu didukung oleh berbagai pusat unggulan yang dikelola oleh sektor kesehatan dan sektor pembangunan lainnya, seperti: seperti BKIM, BP-4, Laboratorium Kesehatan, Gizi, Penyakit Infeksi, Kesehatan Jiwa, Kesehatan Kerja, serta berbagai pusat-pusat unggulan lainnya. Pusat pelayanan unggulan ini disamping menyelenggarakan pelayanan langsung juga membantu berbagai sarana pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten/kota dalam bentuk pelayanan rujukan kesehatan.

b. Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

1) UKP strata pertama

Yang dimaksud UKP strata pertama adalah UKP tingkat dasar, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar yang ditujukan kepada perorangan.

Penyelenggara UKP strata pertama adalah perorangan, masyarakat, swasta, dan pemerintah, yang diwujudkan melalui berbagai bentuk pelayanan profesional. Peran swasta dan dunia usaha dalam upaya kesehatan perorangan strata pertama diwujudkan melalui berbagai bentuk pelayanan, seperti praktik

bidan, praktik asuhan keperawatan, praktik dokter, praktik dokter gigi, praktik dokter keluarga, poliklinik, balai pengobatan, praktik dokter/klinik 24 jam, praktik bersama dan rumah bersalin. Dalam UKP strata pertama termasuk penyelenggaraan pelayanan pelayanan kebugaran fisik, dan pengobatan tradisional serta alternatif, yang secara ilmiah telah terbukti keamanan dan khasiatnya.

Penyelenggaraan UKP strata pertama yang diselenggarakan oleh pemerintah adalah Puskesmas dengan jaringannya seperti: Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, dengan pelayanan antara lain: Pengobatan dasar, kesehatan ibu dan anak serta imunisasi perorangan, keluarga berencana, konsultasi remaja dan usila, konsultasi gizi, klinik sanitasi. Upaya kesehatan perorangan strata pertama didukung oleh berbagai pelayanan laboratorium klinik dan penunjang diagnostik serta optik sebagai pelayanan penunjang.

Peran serta masyarakat untuk penyelenggaraan UKP strata pertama, diselenggarakan oleh PKD (Poliklinik Kesehatan Desa). Sesuai pedoman PKD, dalam melaksanakan UKP (upaya kesehatan perorangan) di desa harus sesuai kewenangan tenaga yang tersedia dan kompetensi yang dimiliki. Untuk pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh Bidan antara lain: Kesehatan ibu dan anak, dan keluarga berencana; konsultasi gizi; Pengobatan dasar. Sedangkan yang dilaksanakan oleh Perawat antara lain: memberikan pelayanan asuhan keperawatan, dan pengobatan dasar. Dalam melakukan pendelegasian pelayanan kesehatan oleh bidan maupun perawat harus dibawah pengawasan dokter Puskesmas maupun profesi terkait, dengan melaksanakan pembinaan, pemantauan, dan evaluasi, serta rujukan teknis kesehatan sesuai profesinya.

Untuk menjamin dan meningkatkan mutu UKP strata pertama perlu dilakukan berbagai program kendali mutu melalui lisensi, sertifikasi, gugus kendali mutu, dan akreditasi, dengan penerapan pengembangan manajemen mutu pelayanan di berbagai unit pelayanan kesehatan. Dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan perlu didukung oleh tenaga profesional yang bermoral dan menerapkan etika profesi, kecukupan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan, kecukupan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan dengan pelayanan kefarmasian yang memadai, serta meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan

dengan pemberdayaan. Dalam pelaksanaan UKP perlu diatur dan dikendalikan **tarip pelayanan**, serta penerapan subsidi bagi masyarakat miskin, yang keduanya terkait dengan sub sistem pembiayaan yang mendukung.

Yang bertanggung jawab terhadap mutu, keterjangkauan pelayanan UKP strata pertama serta hubungan berbagai pelayanan yang ada baik swasta, pemerintah sektor kesehatan dan sektor terkait, UKBM, dan dunia usaha, agar dapat disinkronkan, ditata oleh Pemerintah Kabupaten/Kota khususnya instansi teknisnya. Untuk masa mendatang, apabila sistem jaminan kesehatan nasional telah berkembang, pemerintah tidak lagi menyelenggarakan UKP strata pertama melalui Puskesmas. Penyelenggaraan UKP strata pertama akan diserahkan kepada masyarakat dan swasta dengan menerapkan konsep dokter keluarga, kecuali di daerah yang sangat terpencil dan masyarakat miskin masih dipadukan dengan pelayanan Puskesmas.

2) UKP strata kedua

Yang dimaksud UKP strata kedua adalah UKP tingkat lanjutan, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik yang ditujukan kepada perorangan.

Penyelenggara upaya kesehatan perorangan strata kedua oleh swasta adalah praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, klinik spesialis, Rumah Sakit swasta. Penyelenggaraan UKP oleh pemerintah, seperti: Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru (BP4), Balai Kesehatan Indra Masyarakat (BKIM), rumah sakit kelas C dan B non pendidikan milik pemerintah (termasuk TNI/POLRI dan BUMN), Rumah Sakit khusus. Untuk mendirikan rumah sakit pemerintah maupun swasta, harus memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan, dan pengembangan pelayanan rujukan unggulan rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat agar efektif dan efisien.

Berbagai sarana pelayanan ini disamping memberikan pelayanan langsung juga membantu sarana upaya kesehatan perorangan strata pertama dalam bentuk pelayanan rujukan medik. Upaya kesehatan perorangan strata kedua ini juga didukung oleh berbagai pelayanan penunjang seperti laboratorium klinik, optik dan imaging (rontgen, USG).

Yang dimaksud dengan pelayanan rujukan medik adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas kasus penyakit yang dilakukan secara timbal balik secara vertikal maupun horizontal. Rujukan medik terdiri dari tiga aspek yaitu: rujukan kasus, rujukan ilmu pengetahuan serta rujukan bahan-bahan pemeriksaan laboratorium. Untuk meningkatkan mutu UKP strata kedua, perlu dilakukan berbagai bentuk program kendali mutu, dan penetapan lisensi, sertifikasi dan akreditasi. Yang bertanggung jawab terhadap mutu, keterjangkauan pelayanan UKP strata kedua serta hubungan berbagai pelayanan swasta, pelayanan oleh pemerintah sektor kesehatan dan sektor terkait, dan dunia usaha, agar dapat disinkronkan, ditata oleh Pemerintah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Provinsi khususnya instansi teknisnya.

3) UKP strata ketiga

Yang dimaksud UKP strata ketiga adalah UKP tingkat unggulan, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan subspecialistik yang ditujukan kepada perorangan.

Penyelenggara upaya kesehatan perorangan strata ketiga adalah masyarakat, swasta, dan pemerintah dalam bentuk: praktik dokter spesialis konsultan, praktik dokter gigi spesialis konsultan, klinik spesialis konsultan, rumah sakit kelas B pendidikan dan A milik pemerintah (termasuk TNI/POLRI dan BUMN) serta rumah sakit khusus dan rumah sakit swasta. Berbagai sarana pelayanan ini disamping memberikan pelayanan langsung juga membantu sarana upaya kesehatan perorangan strata kedua dalam bentuk pelayanan rujukan medik. Upaya kesehatan perorangan strata ketiga ini juga didukung oleh berbagai pelayanan penunjang seperti apotek, laboratorium klinik, optik dan CT Scan. Untuk menghadapi persaingan global upaya kesehatan perorangan strata ketiga perlu dilengkapi dengan didirikannya beberapa pusat-pusat pelayanan unggulan, seperti pusat unggulan jantung, pusat unggulan kanker, pusat penanggulangan stroke, dan sebagainya di provinsi.

Untuk meningkatkan mutu UKP strata ketiga, perlu dilakukan berbagai bentuk program kendali mutu, dan penetapan lisensi, sertifikasi dan akreditasi. Yang bertanggung jawab terhadap mutu, keterjangkauan pelayanan UKP strata ketiga, serta hubungan berbagai pelayanan swasta, pelayanan oleh pemerintah sektor kesehatan dan sektor terkait, dan dunia usaha, agar dapat

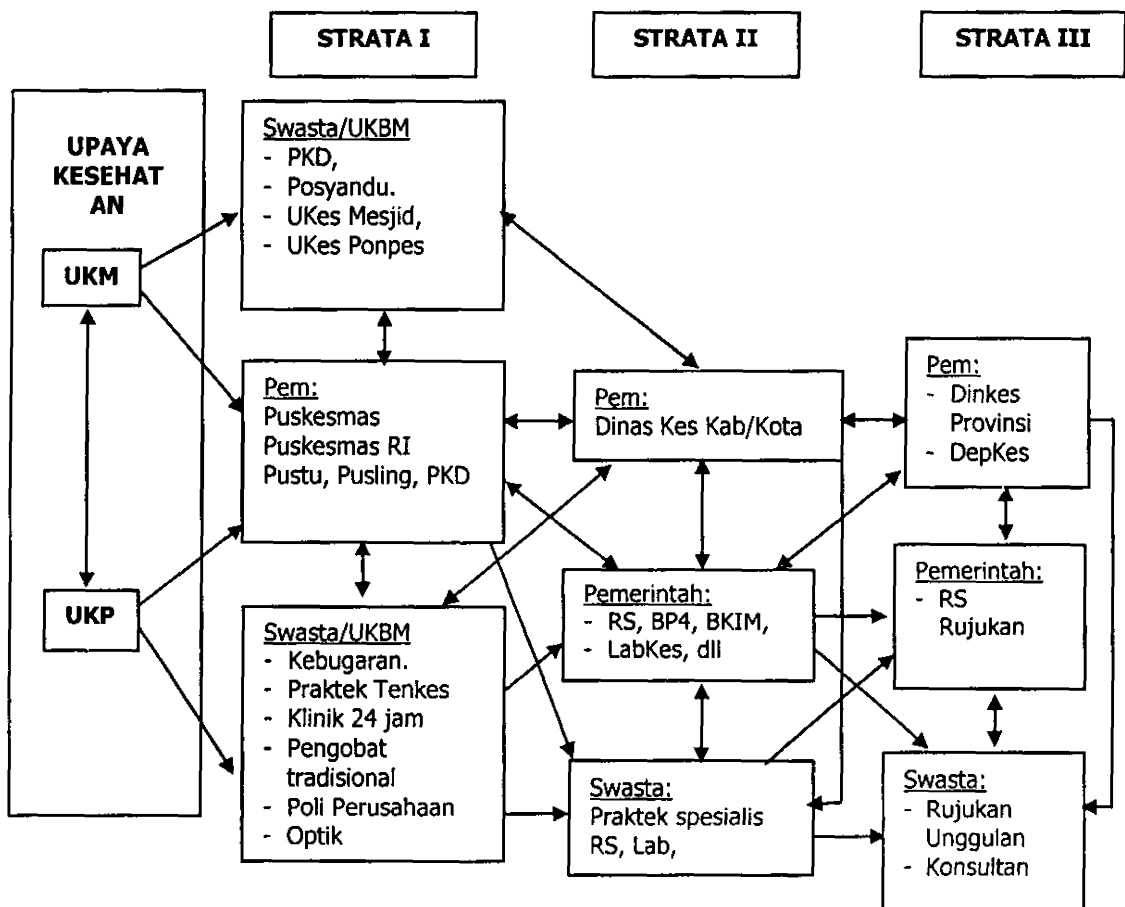
disinkronkan, ditata oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Pusat khususnya instansi teknisnya.

6. Indikator keberhasilan

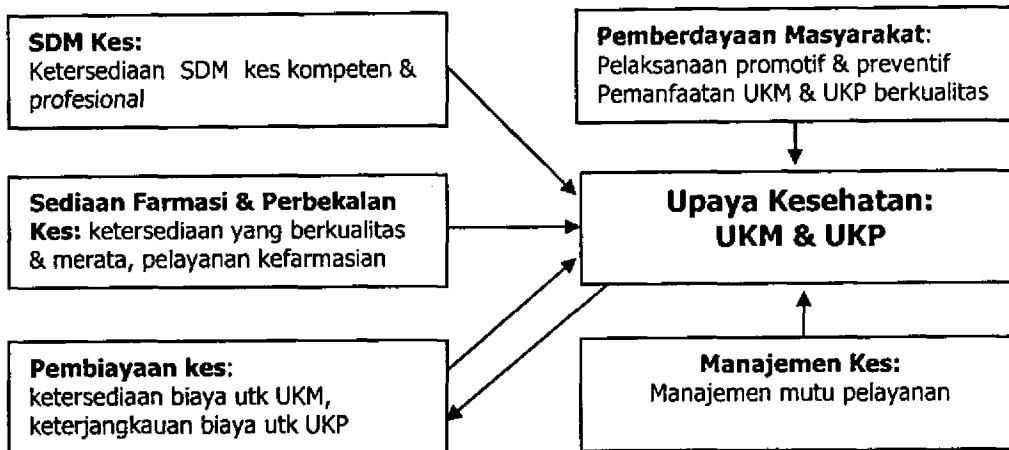
- a Pemerataan upaya kesehatan: cakupan program UKM dan UKP
- b Mutu Upaya Kesehatan:
 - 1) Standarisasi upaya kesehatan,
 - 2) Pelayanan profesional sesuai kewenangan
 - 3) Akreditasi unit pelayanan dan kegiatan.
- c Efektifitas Upaya Kesehatan:
 - 1) Peningkatan status gizi perorangan dan masyarakat,
 - 2) Penurunan kesakitan,
 - 3) Peningkatan kesembuhan berbagai penyakit yang ditangani,
 - 4) Penurunan kematian,
 - 5) Peningkatan Umur harapan hidup (UHH),

7. Hubungan sub sistem UK dan sub sistem kesehatan lain

Bagan 3: Unsur-unsur dalam subsistem Upaya Kesehatan.



Bagan 4: Hubungan sub sistem UK dan sub sistem kesehatan lain.



B. SUB SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

Dalam rangka kecepatan peningkatan derajat kesehatan perlu pembiayaan kesehatan yang dapat digunakan untuk mendukung berbagai upaya kesehatan sebagai kebutuhan dasar manusia. Sesuai amandemen Undang-Undang Dasar 1945 pasal 34 ayat 2, menyatakan "*negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat manusia*". Pembiayaan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang terkait kebijakan pemerintah maupun kemampuan masyarakat yang cukup kompleks.

1. Pengertian

Subsistem Pembiayaan Kesehatan adalah tatanan yang menghimpun dan menguraikan kebijakan berbagai upaya penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan sumberdaya keuangan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya

2. Tujuan

Tujuan subsistem pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya-guna, dengan meningkatnya fungsi serta interaksi unsur-unsur pembiayaan kesehatan yang mendukung pembangunan kesehatan baik terselenggaranya subsistem upaya kesehatan maupun menunjang terselenggaranya subsistem sumberdaya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat serta subsistem manajemen kesehatan, dalam rangka

menjamin terpenuhinya hak asasi kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Unsur-unsur utama

Subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari tiga unsur utama, yakni penggalan dana, alokasi dana, dan pembelanjaan.

- a. Penggalan dana adalah kegiatan menghimpun dana yang diperlukan, baik yang bersumber dari pemerintah, masyarakat maupun swasta dan dunia usaha.
- b. Alokasi dana adalah penetapan peruntukan pemakaian dana yang telah berhasil dihimpun, untuk pembangunan kesehatan termasuk penyelenggaraan upaya kesehatan dan atau pemeliharaan kesehatan maupun penyelenggaraan subsistem yang lain.
- c. Pembelanjaan adalah pemakaian dana yang telah dialokasikan, dimana alokasi dana pemerintah pembelanjaannya melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) sesuai dengan peruntukannya, dan alokasi dana diluar pemerintah pembelanjaannya sesuai ketentuan atau kesepakatan yang telah ditetapkan.

4. Prinsip

Penyelenggaraan sub sistem pembiayaan kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Jumlah dana untuk kesehatan harus cukup tersedia dan dikelola secara efisien, adil dan berkelanjutan yang didukung oleh transparansi dan akuntabilitas.
- b. Masyarakat berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dengan biaya terjangkau, sesuai dengan situasi dan kondisi setempat
- c. Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah diarahkan untuk pembiayaan pembangunan kesehatan termasuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang strategis dan lebih mengutamakan UKM mulai dari input, output, out come, impact serta pembiayaan bagi keluarga miskin atau rentan
- d. Penggalan dana masyarakat diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan perorangan yang terorganisir, adil, efektif dan efisien melalui jaminan pemeliharaan kesehatan berdasarkan prinsip solidaritas sosial yang dilaksanakan secara bertahap.
- e. Pemberdayaan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan diupayakan melalui penghimpunan secara aktif dana sosial untuk kesehatan (misal: dana sehat) atau memanfaatkan dana masyarakat yang telah terhimpun (misal: dana sosial keagamaan) untuk kepentingan kesehatan.

- f. Pengalokasian dana pembiayaan kesehatan dilaksanakan secara komprehensif berdasarkan Standar Analisa Biaya (SAB) dan mempertimbangkan Standar Pelayanan Minimal (SPM).
- g. Pembelanjaan pembiayaan kesehatan dilaksanakan secara transparan sesuai peraturan dan prosedur yang berlaku untuk meningkatkan efisiensi pembelanjaan.
- h. Pada dasarnya penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan pembiayaan kesehatan di daerah merupakan tanggung jawab pemerintah daerah. Untuk pemerataan pembangunan kesehatan, Pemerintah menyediakan dana perimbangan (*matching grant*) bagi daerah yang kurang mampu.
- i. Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat baik perorangan maupun kelompok diarahkan untuk pembiayaan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terorganisasi melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan atau bentuk lainnya dan dilaksanakan berdasarkan prinsip solidaritas sosial.

5. Bentuk Pokok

a. Penggalan Dana

Bentuk-bentuk sumber dana antara lain:

- 1) Dana dari Pemerintah pusat, provinsi maupun kabupaten/ kota, melalui pajak, bantuan atau pinjaman luar negeri serta berbagai sumber lainnya.
- 2) Dana swasta dan Dunia usaha untuk upaya kesehatan masyarakat (UKM) dihimpun dengan menerapkan prinsip *public private partnership* yang didukung pemberian insentif, misalnya keringanan pajak untuk setiap dana yang disumbangkan.
- 3) Dana masyarakat yang berasal dari perorangan, keluarga, atau kelompok yang dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri guna membiayai pembangunan kesehatan termasuk upaya kesehatan masyarakat. Dana masyarakat juga dapat dilakukan secara pasif dengan menambahkan aspek kesehatan dalam rencana pengeluaran dari dana yang sudah terkumpul di masyarakat, yang ada dalam dana keagamaan, dana PKK, dll.
- 4) Dana pemerintah bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin melalui mekanisme jaminan pemeliharaan kesehatan wajib.
- 5) Dana berasal dari masing-masing individu dalam satu kesatuan keluarga untuk kesehatan individu dan keluarga.
- 6) Dana dari perusahaan swasta/BUMN dan lembaga non pemerintah membiayai upaya kesehatan karyawannya dan kegiatan pembangunan kesehatan lain khusus dilingkungannya.

b. Alokasi Dana

Alokasi dana diprioritaskan untuk:

- 1) Alokasi dana yang berasal dari pemerintah dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, baik di provinsi maupun kabupaten/kota sekurang-kurangnya sebesar 15% dari total anggaran, diharapkan alokasi dana untuk UKM, UKP, dan akan menunjang terselenggaranya subsistem sumberdaya manusia kesehatan, subsistem obat dan perbekalan kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat serta subsistem manajemen kesehatan.
- 2) Alokasi dana pemerintah untuk masyarakat rentan dan miskin melalui mekanisme khusus.
- 3) Alokasi dana yang berasal dari individu, keluarga, dan masyarakat dilaksanakan berdasarkan asas gotong royong sesuai dengan kemampuan untuk UKM dan UKP melalui keikutsertaan dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan wajib atau sukarela. Selain itu alokasi dana dari masyarakat dapat didorong untuk ikut serta dalam pembiayaan subsistem yang lain yang terkait langsung dengan kepentingan masyarakat.
- 4) Alokasi dana yang berasal dari swasta atau BUMN atau dunia usaha digunakan untuk membantu pembangunan kesehatan di lingkungannya, memberikan dan membantu upaya kesehatan terhadap karyawannya, masyarakat kelompok miskin dan rentan, serta kelompok tertentu yang terkait.

c. Pembelanjaan

Pembelanjaan atau pemakaian dana yang telah dialokasikan:

- 1) Pembiayaan dana pemerintah pembelanjaannya melalui aturan anggaran pendapatan dan belanja sesuai dengan peruntukannya.
- 2) Pembelanjaan alokasi dana diluar pemerintah pembelanjaannya sesuai ketentuan atau kesepakatan yang telah ditetapkan, melalui berbagai jalur yang secara sistem perlu dikembangkan, sehingga dapat dikelola dengan baik sesuai tujuan.
- 3) Pembelanjaan untuk pemeliharaan masyarakat rentan dan kesehatan keluarga miskin dilaksanakan melalui SJSN wajib yang akan dijabarkan lebih lanjut di Jawa Tengah. Sedangkan pembelanjaan untuk pemeliharaan kesehatan keluarga mampu dilaksanakan melalui SJSN wajib atau sukarela.
- 4) Pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan *public-private partnership* digunakan untuk membiayai UKM. Pembiayaan kesehatan yang terkumpul dari Dana Sehat dan Dana Sosial Keagamaan dapat pula digunakan untuk membiayai UKM dan UKP. Dalam kurun waktu 5 – 10 tahun ke depan biaya

kesehatan dari pemerintah secara bertahap digunakan sebagian besar untuk pembiayaan UKM.

- 5) Dalam kurun waktu 5-10 tahun ke depan biaya kesehatan dari pemerintah untuk UKP secara bertahap digunakan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat rentan dan keluarga miskin.

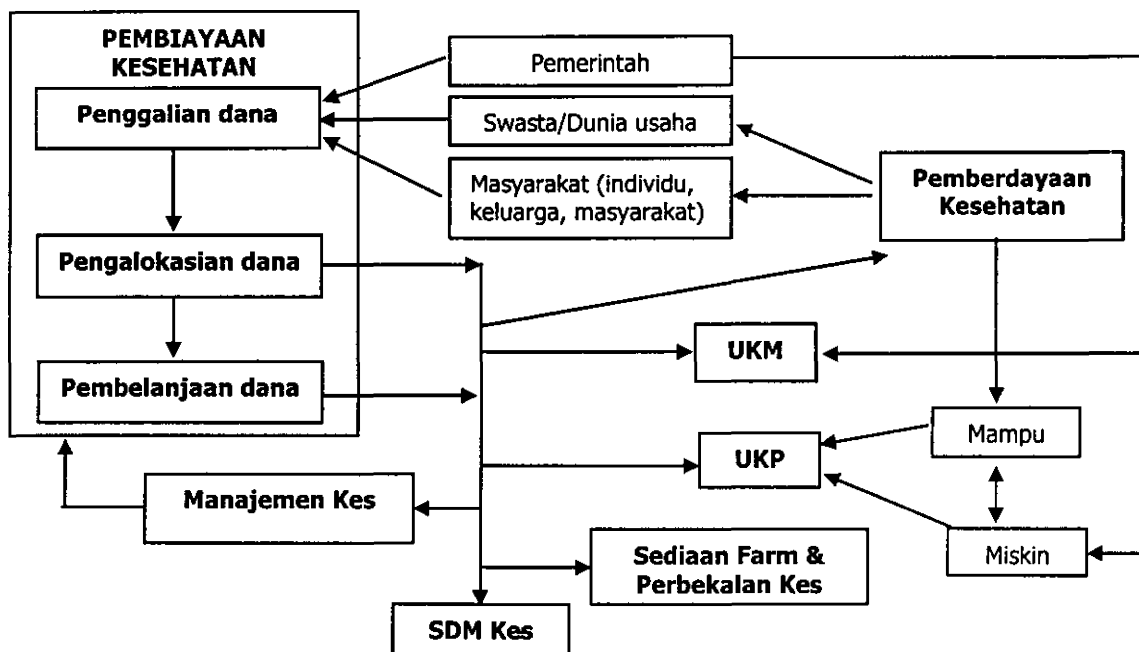
Tatanan pembiayaan kesehatan dari pemerintah diatur melalui mekanisme yang ditetapkan pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/ Kota, baik untuk penggalan dana, alokasi dana, maupun pembelanjannya. Tatanan penggalan dana pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin dan rentan diatur melalui mekanisme SJSN yang telah ditetapkan pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, sesuai kemampuan masing-masing daerah maupun potensi sumber dana dari berbagai pihak secara terpadu. Pembiayaan kesehatan yang terkait dengan kelembagaan baik pemerintah maupun swasta dan dunia usaha termasuk BUMN atau BUMD, ditata oleh pemerintah provinsi dan kabupaten/kota dengan merujuk kebijakan pemerintah pusat. Pembiayaan kesehatan oleh individu, keluarga, dan masyarakat secara langsung menjadi kewajiban pemerintah dan sektor terkait untuk mengarahkan pengeluaran yang lebih efektif dan efisien. Pembiayaan pembangunan kesehatan di tingkat desa ditetapkan melalui mekanisme yang disepakati tingkat pemerintahan desa khususnya penggalan sumber pembiayaan, alokasi pembiayaan, maupun pembelanjaan pembiayaan kesehatan, dengan penanggung jawab dan mekanisme yang jelas.

6. Indikator keberhasilan

- a. Ketersediaan:
 - 1) 15% dana APBD untuk Pembangunan Kesehatan.
 - 2) Peningkatan sumber dana dari masyarakat, swasta, dunia usaha.
- b. Alokasi:
 - 1) Proporsi seimbang
 - 2) Biaya upaya promotif dan preventif meningkat dibandingkan kuratif dan rehabilitatif
- c. Pembelanjaan dengan Efisiensi:
 - 1) Tarif pelayanan sesuai dengan kualitas dan kemampuan membayar.
 - 2) Standar harga untuk sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan, pendidikan, pelatihan, kegiatan pemberdayaan, kegiatan manajemen.

7. Hubungan sub sistem Pembiayaan Kesehatan dan sub sistem kesehatan lain

Bagan 5: Hubungan unsur-unsur sub sistem pembiayaan kesehatan dan sub sistem kesehatan lain



C. SUB SISTEM SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN

Tenaga kesehatan profesional atau Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDM Kesehatan) yang kompeten, merupakan pendukung utama kualitas pelayanan kesehatan. SDM Kesehatan dihasilkan oleh berbagai insitusi pendidikan, yang harus mengutamakan kualitas, kompetensi, moral kemanusiaan untuk mutu pelayanan. Kesiapan kompetensi, distribusi dan pendayagunaan SDM Kesehatan perlu diupayakan dengan memanfaatkan potensi dan menyesuaikan tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan, dan ditata dalam suatu sub sistem

1. Pengertian

Sub sistem Sumberdaya Manusia Kesehatan (SDM Kesehatan) adalah tatanan yang menghimpun dan menguraikan upaya pengembangan (perencanaan, pendidikan dan pelatihan) dan pemberdayaan atau pendayagunaan SDM kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin penyelenggaraan upaya kesehatan dalam mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

SDM Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau ketrampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu

memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (UU No 23 tahun 1992 tentang kesehatan)

2. Tujuan

Tujuan subsistem SDM kesehatan adalah tersedianya SDM kesehatan bermutu yang cukup, terdistribusi secara adil serta termanfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya-guna, dengan meningkatnya fungsi serta interaksi unsur-unsur SDM Kesehatan yang mendukung terselenggaranya upaya kesehatan dalam rangka menjamin terpenuhinya hak asasi kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Unsur-unsur utama

Sub sistem SDM Kesehatan terdiri dari dua unsur utama yakni: pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan.

- a. **Pengembangan SDM** kesehatan adalah kegiatan perumusan kebijakan, perencanaan (upaya penetapan jenis, jumlah dan kualifikasi SDM kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan), pendidikan dan pelatihan (dalam rangka pengadaan SDM kesehatan sesuai jenis, jumlah dan kualitas yang telah direncanakan, serta peningkatan kemampuan dan mutu SDM sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan), yang diselenggarakan oleh pemerintah, masyarakat dan swasta secara terpadu dan menyeluruh.
- b. **Pendayagunaan SDM** kesehatan adalah kegiatan penempatan dan pemerataan, pendayagunaan, pembinaan dan pengawasan dalam rangka optimalisasi pemanfaatan, peningkatan kesejahteraan dan karir SDM Kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah, masyarakat dan dunia usaha secara terpadu dan menyeluruh.

4. Prinsip

Penyelenggaraan sub sistem SDM kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Penyediaan SDM Kesehatan disesuaikan dengan jenis, kualifikasi dan kompetensi SDM kesehatan ditetapkan dengan mengacu pada kebutuhan perkembangan pembangunan kesehatan pemerintah, masyarakat dan dunia usaha, termasuk kebutuhan dan perkembangan kerja sama sesuai dinamika pasar di dalam maupun di luar negeri.
- b. SDM Kesehatan dikembangkan untuk mencapai kemampuan dengan berkualitas internasional

- c. Pemerataan SDM kesehatan diselenggarakan secara serasi, seimbang, dan selaras antara hak dan kewajiban perorangan dan masyarakat, sekaligus merupakan perwujudan tanggungjawab nyata setiap individu profesi kesehatan dalam menunjang keberhasilan pembangunan kesehatan dengan penuh dedikasi tanpa paksaan. Pemerataan SDM kesehatan tersebut dilaksanakan melalui masa bakti maupun cara lain dengan sistem insentif seperti pemberian bea siswa tugas belajar, kemudahan mengikuti pendidikan lanjutan, imbalan tambahan penghasilan untuk penugasan ke desa-desa terpencil, dan lain lain.
- d. Peningkatan mutu dan profesionalisme SDM kesehatan, dilaksanakan dan dikembangkan melalui penerapan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sesuai standar kompetensi, diikuti penerapan etika serta menjunjung tinggi sumpah dan etika profesi, yang diselenggarakan secara berkelanjutan sejak memasuki pendidikan hingga berakhirnya pengabdian profesi, oleh pemerintah, masyarakat dan dunia usaha termasuk lembaga pendidikan dan pelatihan, organisasi profesi, serta institusi pelayanan, baik di provinsi maupun kabupaten/kota.
- e. Peningkatan profesionalisme SDM untuk pelayanan Kesehatan, diperlukan regulasi berupa peraturan perundangan (perda) yang mencakup sertifikasi, registrasi, dan lisensi.
- f. Pemanfaatan SDM Kesehatan memperhatikan asas pemerataan pelayanan kesehatan dan diselenggarakan secara serasi, seimbang dan selaras oleh pemerintah, masyarakat dan dunia usaha baik di provinsi maupun kabupaten/kota. Pemanfaatan SDM Kesehatan oleh pemerintah diselenggarakan melalui pendelegasian wewenang yang proporsional antara provinsi dan kabupaten/kota.
- g. Peningkatan karir, kesejahteraan dan keadilan SDM Kesehatan merupakan hak azasi, diselenggarakan secara terencana, terarah dan transparan, serta sesuai dengan prestasi.
- h. Pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan dalam penyelenggaraan pengabdian profesi diselenggarakan melalui kerjasama dengan semangat kemitraan yang kuat dan berkelanjutan antara pemerintah, masyarakat dan organisasi profesi.

5. Bentuk Pokok

a. Pengembangan SDM Kesehatan

- 1) Kebijakan, perencanaan dan pengembangan SDM Kesehatan non profesional diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dan Kabupaten/Kota, sedangkan SDM Profesional oleh Dinas Kesehatan dibantu Organisasi Profesi.

- 2) Kebijakan untuk pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program pendidikan, harus memperhatikan keseimbangan antara kebutuhan dan produksi SDM kesehatan yang bersangkutan. Sedangkan pendidikan untuk SDM kesehatan yang dibutuhkan dan belum diminati, menjadi tanggung jawab pemerintah Provinsi untuk mendorong peran serta dalam pendirian institusi pendidikan tersebut.
- 3) Penetapan kebijakan dan standar pendidikan SDM kesehatan sampai jenjang Diploma III (Akademi) dilakukan oleh pemerintah pusat dan provinsi bekerjasama dengan asosiasi intitusi pendidikan kesehatan yang terkait. Penyelenggara pendidikan SDM Kesehatan untuk jenjang Diploma III (Akademi) adalah institusi pendidikan yang mendapat akreditasi Departemen Kesehatan melalui Dinas Kesehatan Provinsi. Sedangkan untuk pendidikan S1 tenaga kesehatan diatur oleh Pusat.
- 4) Penyelenggara pengembangan profesi SDM Kesehatan adalah institusi pendidikan kesehatan, institusi pelayanan kesehatan, organisasi profesi, serta pihak-pihak lain yang terkait dengan koordinasi Dinas Kesehatan Provinsi.
- 5) Untuk peningkatan mutu dan profesionalisme SDM kesehatan dalam rangka perlindungan kepada penerima dan pemberi pelayanan kesehatan, sesuai peraturan perundangan yang berlaku dibentuk konsil atau komite profesi tenaga kesehatan. Untuk profesi tenaga kesehatan yang belum diatur, di Jawa Tengah dibentuk Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (MTKP) yang mempunyai tugas antara lain: menetapkan standar pendidikan kesehatan berkelanjutan, menapis atau merumuskan arah perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi pelayanan kesehatan yang digunakan dalam praktek sesuai keputusan organisasi profesi.
- 6) Peningkatan kompetensi SDM kesehatan dalam hal teknis fungsional dilaksanakan melalui pelatihan teknis dilaksanakan oleh Institusi Pelatihan Teknis Kesehatan atau Pusat Pelatihan Teknis yang telah disiapkan dan terakreditasi. Sedangkan pelatihan non teknis dilaksanakan oleh Institusi Pelatihan Teknis Kesehatan maupun Lembaga Pelatihan lainnya. Untuk menjamin mutu setiap pelatihan dilakukan akreditasi pelatihan.

b. Pendayagunaan SDM Kesehatan

- 1) Kebijakan pendayagunaan SDM Kesehatan dilaksanakan secara terpadu dengan penetapan kebijakan dan perencanaan SDM Kesehatan yang diselenggarakan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dan Kabupaten/Kota.

- 2) Pendayagunaan SDM Kesehatan oleh pemerintah, dilaksanakan Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota, dengan tujuan pemerataan dan peningkatan pelayanan kesehatan. Penempatan tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah dilakukan dengan sistem kontrak kerja, serta penempatan sebagai pegawai negeri sipil sesuai dengan kebutuhan dalam rangka mengisi formasi.
- 3) Pendayagunaan SDM Kesehatan oleh swasta dalam bentuk institusi pelayanan kesehatan maupun praktek perorangan, dilaksanakan oleh swasta secara mandiri, di bawah koordinasi, pembinaan dan pengawasan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah dan Kabupaten/Kota. Penempatan SDM kesehatan di sarana pelayanan kesehatan di luar negeri diselenggarakan oleh suatu lembaga yang bertugas mengkoordinasikan pendayagunaan tenaga kesehatan ke luar negeri.
- 4) Pembinaan dan pengawasan praktek profesi dilaksanakan melalui uji profesi (sertifikasi), registrasi, dan pemberian lisensi. Kebijakan dalam bidang tersebut dirumuskan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah bersama MTKP sebelum terbentuknya lembaga yang berwenang (Konsil) sesuai peraturan perundangan yang berlaku.
- 5) SDM kesehatan diberikan kesempatan untuk pengembangan karier.

Tatanan pengembangan SDM kesehatan berkualitas dan profesional baik pemerintah maupun swasta, diatur melalui mekanisme yang ditetapkan oleh pemerintah provinsi dan kabupaten/kota dengan merujuk kebijakan pemerintah pusat (DepKes dan DepDikNas), bersama organisasi profesi dan asosiasi pendidikan tenaga kesehatan. Tatanan pendayagunaan SDM kesehatan, sesuai kebutuhan dan kemampuan masing-masing daerah, pengembangan dan pembinaan serta pengawasan profesi SDM kesehatan yang ada, diatur melalui mekanisme yang ditetapkan oleh pemerintah provinsi dan kabupaten /kota dengan merujuk kebijakan pemerintah pusat, bersama organisasi profesi.

6. Indikator keberhasilan

a. Pemerataan SDM Kesehatan:

- 1) Ketersediaan berbagai SDM kesehatan profesional sesuai kebutuhan (jenis, jumlah, kualifikasi)
- 2) Ratio SDM kesehatan sesuai standar

b. Mutu SDM Kesehatan:

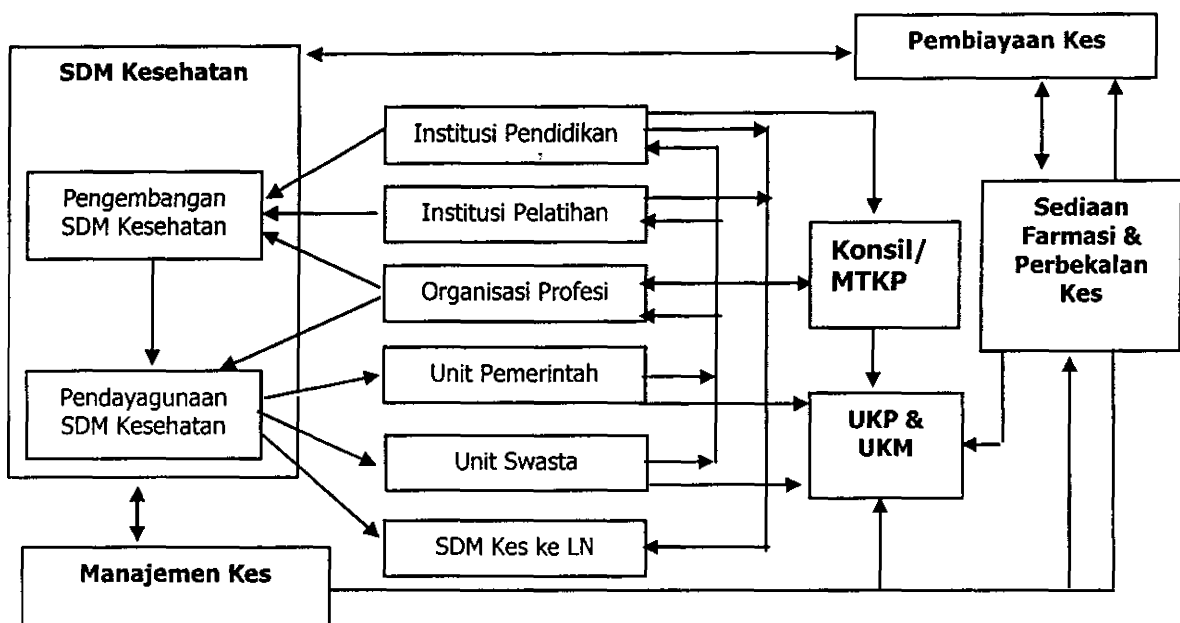
- 1) Jumlah Institusi pendidikan SDM kesehatan yang memenuhi standar.
- 2) Jumlah Akreditasi Institusi pendidikan SDM kesehatan
- 3) Jumlah Akreditasi pelatihan SDM kesehatan.
- 4) Jumlah SDM kesehatan yang memenuhi standar (kompeten dan profesional).

c. Pendayagunaan SDM Kesehatan:

- 1) Jumlah Pemanfaatan lulusan SDM kesehatan
- 2) Jumlah Pemanfaatan SDM kesehatan ke Luar Negeri.

7. Hubungan sub sistem SDM Kesehatan dan sub sistem kesehatan lain

Bagan 6: Hubungan unsur-unsur sub sistem SDM Kesehatan dan sub sistem kesehatan lain



D. SUB SISTEM SEDIAAN FARMASI DAN PERBEKALAN KESEHATAN

Sesuai UU kesehatan, sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika. Perbekalan kesehatan adalah semua bahan selain obat dan peralatan yang diperlukan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan, meliputi antara lain: alat kesehatan, gas medik, reagen dan bahan kimia, radiologi, perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT) dan makanan minuman. Napza termasuk dalam katagori obat.

1. Pengertian

Subsistem sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan adalah tatanan yang menghimpun dan menguraikan berbagai upaya yang menjamin ketersediaan, pemerataan, dan mutu sediaan farmasi dan perbekalan

kesehatan serta pelayanan kefarmasian secara terpadu dan saling mendukung dalam rangka tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

2. Tujuan

Tersedianya sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan dengan jenis dan jumlah sesuai yang dibutuhkan, tersebar secara merata dan terjangkau, dengan jaminan khasiat, keamanan, dan keabsahan serta pelayanan kefarmasian yang menjamin penggunaan secara tepat dan benar untuk meningkatkan derajat kesehatan setinggi-tingginya.

3. Unsur Utama

Subsistem sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan terdiri dari empat unsur utama, yakni ketersediaan, pemerataan, mutu, dan pelayanan kefarmasian dan perbekalan kesehatan. Keempat unsur utama tersebut bersinergi, ditunjang dengan teknologi dan tenaga pengelola serta penatalaksanaan dari sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan yang keseluruhan untuk masyarakat.

- a. Ketersediaan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan adalah upaya pemenuhan kebutuhan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan sesuai dengan jenis dan jumlah yang dibutuhkan oleh masyarakat.
- b. Pemerataan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan adalah upaya penyebaran sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan secara merata dan berkesinambungan, sehingga mudah diperoleh dan terjangkau masyarakat.
- c. Mutu sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan adalah upaya menjamin khasiat, keamanan, serta keabsahan sediaan farmasi dan makanan serta perbekalan kesehatan sejak dari produksi hingga pemanfaatannya.
- d. Pelayanan kefarmasian dan perbekalan kesehatan adalah upaya pelayanan kefarmasian dan perbekalan kesehatan yang dilakukan tenaga kesehatan sesuai kompetensi, berorientasi kepada pasien dengan prinsip menjamin penggunaan secara tepat dan benar.

4. Prinsip

Penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan adalah kebutuhan dasar manusia yang berfungsi sosial, sehingga tidak boleh diperlakukan sebagai komoditas ekonomi semata. Sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan sebagai barang publik harus dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya, sehingga penetapan harga dikendalikan oleh

- pemerintah dan tidak sepenuhnya diserahkan kepada mekanisme pasar.
- b. Penyediaan obat mengutamakan obat esensial generik bermutu dan secara adil dan merata dan terjangkau oleh masyarakat, yang didukung oleh pengembangan industri bahan baku yang berbasis pada keaneka ragam sumber daya alam sesuai dengan perkembangan iptek.
 - c. Penyediaan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan memperhatikan produk dalam negeri sesuai keragaman produk dan keunggulan daya saing.
 - d. Peredaran dan pemanfaatan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan tidak boleh bertentangan dengan hukum, etika, dan moral, serta tidak boleh dipromosikan secara berlebihan dan menyesatkan.
 - e. Pelayanan kefarmasian dan perbekalan kesehatan diselenggarakan secara rasional, profesional dengan memperhatikan aspek mutu, manfaat, harga, kemudahan diakses, serta keamanan bagi masyarakat dan lingkungannya.
 - f. Pengembangan dan peningkatan obat tradisional khususnya Obat Asli Indonesia dari bahan alam Jawa Tengah, untuk diperoleh obat tradisional yang bermutu tinggi, aman, memiliki khasiat nyata yang teruji secara ilmiah, dan dimanfaatkan secara luas, baik untuk pengobatan sendiri oleh masyarakat maupun digunakan dalam pelayanan kesehatan formal.
 - g. Pengamanan mutu sediaan farmasi, makanan dan perbekalan kesehatan diselenggarakan mulai dari tahap produksi, distribusi, dan pemanfaatan yang mencakup mutu, manfaat, keamanan, dan keterjangkauan.

5. Bentuk Pokok

a. Ketersediaan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan

- 1) Kebijakan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan di Provinsi Jawa Tengah ditetapkan oleh pemerintah provinsi melalui Dinas Kesehatan Provinsi bersama pihak terkait lainnya. Tatanan kebijakan dan ketersediaan obat publik dan perbekalan kesehatan yang bermutu, diatur oleh pemerintah provinsi, kabupaten/ kota, bekerjasama dengan organisasi profesi, dan pihak terkait.
- 2) Produksi sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan harus memenuhi persyaratan Cara Produksi yang Baik atau *Good Manufacturing Product (GMP)* yang ditetapkan oleh pemerintah. Pemerintah menetapkan standar dan persyaratan kesehatan makanan minuman aman dan layak untuk dikonsumsi oleh masyarakat.

- 3) Penyediaan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan diselenggarakan melalui optimalisasi industri nasional utamanya ada di Jawa Tengah. Penyediaan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan, dan secara ekonomis belum diminati swasta, menjadi tanggung jawab pemerintah provinsi.
- 4) Perencanaan kebutuhan obat publik dan perbekalan kesehatan di Provinsi Jawa Tengah dilaksanakan oleh Pemerintah Provinsi melalui Dinas Kesehatan Provinsi bersama pihak terkait. Perencanaan obat publik merujuk pada obat esensial generik, daftar obat generik dan pola penyakit lokal spesifik daerah masing-masing, yang ditetapkan oleh Pemerintah bekerjasama dengan organisasi profesi dan pihak terkait.
- 5) Pengadaan dan pemanfaatan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan di rumah sakit, disesuaikan dengan formularium sediaan farmasi rumah sakit yang ditetapkan oleh komite farmasi dan terapi RS, dan untuk RS Pemerintah merujuk pada obat esensial generik.

b. Pemerataan obat dan perbekalan kesehatan

- 1) Pemerataan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan diutamakan obat-obatan esensial dan generik, serta harus memperhatikan fungsi sosial. Pendistribusian sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan, diselenggarakan melalui Pedagang Besar atau distributor tertentu yang memenuhi persyaratan sesuai ketentuan yg berlaku.
- 2) Pelayanan obat dengan resep dokter kepada masyarakat diselenggarakan melalui apotek dan institusi kesehatan formal, sedangkan pelayanan obat bebas diselenggarakan melalui apotek, toko obat dan tempat-tempat yang layak lainnya, dengan memperhatikan fungsi sosial. Penggunaan obat hendaknya memperhatikan pedoman penggunaan obat yang rasional.
- 3) Dalam keadaan tertentu, khusus untuk daerah terpencil dimana tidak terdapat pelayanan apotek, dokter atau pemberi pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan obat dan perbekalan kesehatan secara langsung kepada masyarakat sesuai kewenangannya.
- 4) Peningkatan keterjangkauan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan dilaksanakan melalui kajian dan penetapan harga secara berkala oleh pemerintah bersama pengusaha dengan menggunakan harga obat produksi industri farmasi milik pemerintah sebagai acuan (*price leader*).

c. Mutu obat dan perbekalan kesehatan

- 1) Peningkatan, pembinaan, pengawasan terhadap mutu produk dan distribusi dari sediaan farmasi, makanan dan perbekalan kesehatan, agar sesuai standar cara produksi dan distribusi yang baik, ditetapkan pemerintah, dan menjadi tanggung jawab industri yang bersangkutan dan distributor terkait, pemerintah, assosiasi kesehatan dan organisasi profesi terkait, dan masyarakat.
- 2) Peningkatan, pembinaan, pengawasan promosi dan pemanfaatan dari sediaan farmasi, makanan, perbekalan kesehatan, dilakukan oleh pemerintah, pengusaha, assosiasi kesehatan dan organisasi profesi terkait, dan masyarakat.
- 3) Pembinaan dan pengawasan efek samping obat, dilakukan oleh Pemerintah, produsen dan distributor, organisasi/assosiasi kesehatan terkait, pemberi pelayanan kesehatan, pemberi pelayanan kefarmasian, dan masyarakat.
- 4) Peningkatan, pembinaan, penawasan terhadap mutu produksi, distribusi, dan pemanfaatan obat tradisional, dilakukan oleh produsen dan distributor, pemerintah secara lintas sektoral, assosiasi kesehatan dan organisasi profesi terkait, dan masyarakat.
- 5) Pengendalian produksi, distribusi, dan penggunaan narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya lainnya, menjadi tanggung jawab produsen dan distributor, Pemerintah secara lintas sektoral, assosiasi kesehatan dan organisasi profesi terkait, dan masyarakat.
- 6) Pengawasan mutu dan efek samping obat import termasuk obat tradisional import, mejadi tanggung jawab importir, pemerintah secara lintas sektor, bersama assosiasi kesehatan dan organisasi profesi terkait serta masyarakat.
- 7) Pengamanan produk sediaan farmasi, makanan minuman, perbekalan kesehatan, diselenggarakan oleh Pemerintah bersama pihak terkait. Sediaan farmasi, makanan minuman, dan perbekalan kesehatan, yang tidak memenuhi ketentuan standar dan atau persyaratan kesehatan dan atau membahayakan kesehatan, dilarang diedarkan, ditarik dari peredaran, dan disita untuk dimusnahkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

d. Pelayanan kefarmasian dan perbekalan kesehatan

- 1) Standar pelayanan kefarmasian ditetapkan oleh pemerintah bekerjasama dengan organisasi profesi terkait, untuk menjamin penggunaan obat dan perbekalan kesehatan secara tepat dan benar.

- 2) Pelayanan kefarmasian di sarana pelayanan kesehatan harus professional yang penyelenggaraannya mengacu pada standar pelayanan kefarmasian.
- 3) Pelayanan kefarmasian di rumah sakit menjadi bagian yang tidak terpisah dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang berorientasi kebutuhan pasien, dengan penyediaan obat yang bermutu dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat. Instalasi Farmasi atau bagian farmasi rumah sakit, bertanggung jawab terhadap semua barang farmasi yang beredar di rumah sakit tersebut.
- 4) Dalam rangka pemberdayaan masyarakat, tenaga farmasis dan tenaga kesehatan terkait, harus berpartisipasi secara aktif dalam promosi dan edukasi tentang sediaan farmasi dan pemanfaatan, serta efek samping yang mungkin terjadi.

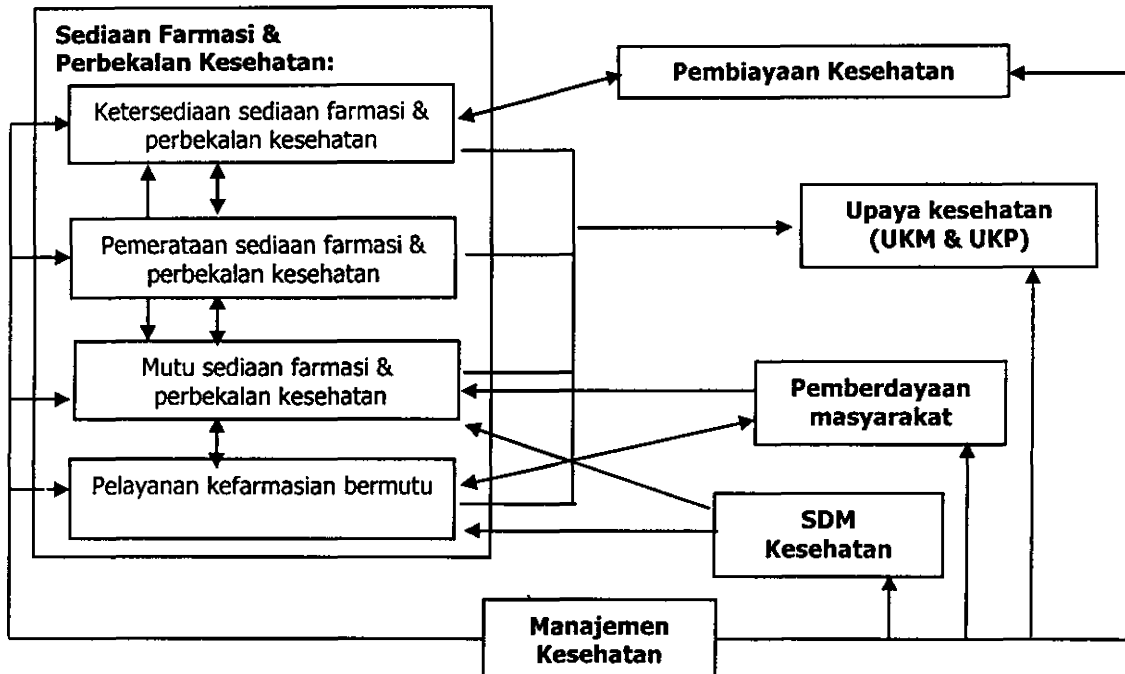
Tatanan ketersediaan dan pemerataan serta mutu sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan, merupakan sistem mulai dari tahap produksi, distribusi, pemanfaatan atau penggunaan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan yang bermutu dan aman serta terjangkau, diatur oleh pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota, bekerjasama dengan pihak terkait dan organisasi profesi terkait. Tatanan pelayanan kefarmasian dan perbekalan kesehatan dengan mekanisme dan standar pelayanan sesuai kewenangan, diatur oleh pemerintah provinsi dengan merujuk kebijakan pemerintah pusat, bersama organisasi profesi terkait.

6. Indikator keberhasilan

- a. Ketersediaan dan pemerataan serta pemanfaatan sediaan farmasi
 - 1) Ketersediaan obat publik sesuai kebutuhan di Unit pelayanan pemerintah.
 - 2) Ketersediaan obat esensial generik dan penggunaannya.
 - 3) Peningkatan penggunaan Obat Asli Indonesia di Unit pelayanan kesehatan.
 - 4) Penurunan penyalahgunaan Napza di sarana kesehatan.
- b. Mutu sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan.
 - 1) Peningkatan Cara Pembuatan Obat yang baik (CPOB)
 - 2) Peningkatan Cara Distribusi Obat yang baik.
 - 3) Pemenuhan standar mutu sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan.
- c. Pelayanan kefarmasian:
 - 1) Kepatuhan terhadap standar pelayanan kefarmasian.
 - 2) Penggunaan obat rasional.

7. Hubungan Sub sistem Sediaan Farmasi dan Perbekalan Kesehatan dan sub sistem kesehatan lain

Bagan 7: Hubungan unsur-unsur sub sistem sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan dan sub sistem kesehatan lain.



E. SUB SISTEM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan upaya meningkatkan pengetahuan dan kesadaran, kemauan, kemampuan, serta keberanian mengemukakan pendapat dan mengambil keputusan, yang akhirnya mampu melaksanakan berbagai upaya untuk kesehatan secara mandiri. Masyarakat terdiri dari berbagai unsur individu, keluarga, kelompok, organisasi baik sosial, profesi maupun pada usia usaha.

1. Pengertian

Sub sistem Pemberdayaan Masyarakat adalah tatanan yang menghimpun dan menguraikan berbagai upaya perorangan, keluarga, dan masyarakat di bidang kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna mendorong pemberdayaan dan berkembangnya perilaku hidup bersih dan sehat yang mandiri dalam mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

2. Tujuan

Tujuan subsistem pemberdayaan masyarakat adalah terselenggaranya berbagai upaya dalam meningkatkan tata nilai, kesadaran, kemauan, kemampuan, dan berperan secara aktif di bidang kesehatan melalui

kemitraan dan kemandirian, baik perorangan, keluarga, dan masyarakat, untuk mendorong pemberdayaan dan berkembangnya perilaku hidup bersih dan sehat yang mandiri, dalam mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Unsur Utama

Sub sistem pemberdayaan masyarakat terdiri dari tiga unsur utama, yakni pemberdayaan perorangan, pemberdayaan keluarga, pemberdayaan masyarakat.

- a. Pemberdayaan perorangan adalah upaya meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan perorangan dalam membuat keputusan untuk memelihara kesehatan, minimal mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Dapat menjadi contoh teladan bagi orang di sekitarnya, dan dapat berperan aktif sebagai kader kesehatan dalam menggerakkan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Yang pada akhirnya terbentuk kemandirian individu dalam pemeliharaan kesehatan.
- b. Pemberdayaan keluarga adalah upaya meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan keluarga untuk memelihara kesehatan dan berbagai upaya secara mandiri, dan keluarga dapat berperan aktif dalam menggerakkan masyarakat di bidang kesehatan.
- c. Pemberdayaan masyarakat adalah upaya meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan masyarakat termasuk kelompok swadaya masyarakat, organisasi, dan swasta, untuk berperan aktif dan mengembangkan kemitraan dalam mengatasi masalah kesehatan yang ada di masyarakat dan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Diharapkan terbentuk kelompok-kelompok peduli kesehatan antara lain: Posyandu, Poliklinik Kesehatan Desa (PKD), Dana sehat, serta bentuk UKBM lainnya melalui LSM atau organisasi kemasyarakatan lain.

4. Prinsip

Penyelenggaraan sub sistem pemberdayaan masyarakat mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Berbasis tata nilai sosial budaya perorangan, keluarga dan masyarakat, sesuai dengan kebutuhan dan potensi setempat.
- b. Menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan serta kepedulian perorangan, keluarga dan masyarakat dalam mengemukakan pendapat dan mengambil keputusan tentang berbagai upaya di bidang kesehatan.
- c. Pelaku utama adalah perorangan, keluarga dan masyarakat, yang diharapkan menjadi penggerak atau pelopor dalam pembangunan kesehatan. Sedangkan pemerintah sebagai pengarah, pendamping,

fasilitator, pemberi bantuan dan asistensi dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

- d. Mengembangkan kemitraan dengan semangat kebersamaan dan gotong royong serta memperhatikan norma dan tata nilai sosial budaya masyarakat setempat atau pendayagunaan dinamika institusi budaya lokal dalam mendukung pembangunan kesehatan.

5. Bentuk Pokok

a. Pemberdayaan Perorangan

- 1) Pemberdayaan perorangan dilakukan atas prakarsa perorangan atau keluarga atau kelompok-kelompok yang ada di masyarakat.
- 2) Pemberdayaan perorangan dilakukan untuk pembentukan pribadi-pribadi dan memberikan contoh atau keteladanan dalam berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), serta memelopori, merintis, memberikan anjuran, dan melakukan upaya atau kegiatan lain untuk kesehatan masyarakat.
- 3) Pemberdayaan perorangan ditujukan kepada setiap orang terutama tokoh masyarakat, tokoh adat, tokoh agama, tokoh politik, tokoh swasta dan tokoh populer, untuk berperan sebagai kader/perintis/pelopor/tokoh populer kesehatan yang peduli terhadap kesehatan diri sendiri, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya, serta aktif dalam berbagai upaya kesehatan di masyarakat.

b. Pemberdayaan keluarga

- 1) Pemberdayaan keluarga dilakukan atas prakarsa anggota keluarga atau seluruh anggota keluarga atau kelompok-kelompok yang ada di masyarakat..
- 2) Pemberdayaan keluarga dilakukan untuk mendorong keluarga untuk peduli kesehatan dengan mengetahui permasalahan kesehatan dan upaya pemecahannya, sehingga tercipta keluarga sehat yang mandiri.
- 3) Pemberdayaan keluarga terutama ditujukan kepada anggota keluarga atau seluruh anggota keluarga di masyarakat melalui RT/RW, kelurahan/desa, kelompok pengajian, kelompok budaya, kelompok adat, organisasi swasta, organisasi wanita, organisasi pemuda dan organisasi profesi.

c. Pemberdayaan Masyarakat

- 1) Pemberdayaan masyarakat dilakukan atas prakarsa anggota masyarakat, tokoh masyarakat atau kelompok-kelompok yang ada di masyarakat termasuk swasta.

- 2) Pemberdayaan masyarakat dilakukan untuk pembentukan kelompok peduli kesehatan dan atau peningkatan kepedulian kelompok/lembaga masyarakat terhadap kesehatan.
- 3) Pemberdayaan masyarakat umum ditujukan kepada seluruh masyarakat melalui kelompok atau kelembagaan yang ada di masyarakat seperti: RT/RW, kelurahan/desa, kelompok keagamaan termasuk pengajian, kelompok budaya dan adat, organisasi swasta, organisasi wanita, organisasi pemuda dan organisasi profesi, serta kelompok swadaya masyarakat dan organisasi kemasyarakatan lain.
- 4) Pemberdayaan masyarakat umum dilakukan dengan menjalin kemitraan antar kelompok atau organisasi masyarakat, seperti: komite/dewan /koalisi/aliansi, atau forum/jaringan komunikasi maupun pembentukan wadah perwakilan masyarakat yang peduli kesehatan atau bentuk kerjasama lainnya.
- 5) Wadah perwakilan yang dimaksud antara lain adalah Badan Penyantun Puskesmas (di kecamatan), Konsil/Komite Kesehatan Provinsi (di provinsi), Komite kesehatan Kabupaten/Kota (di kabupaten/kota). Komite atau Dewan kesehatan bertindak sebagai wakil masyarakat khusus untuk bidang kesehatan, yang peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan masyarakat dan mampu memberikan pertimbangan, gagasan pemikiran dan atau alternatif penyelesaian berbagai masalah kesehatan.

Pada hakekatnya pemberdayaan masyarakat untuk melindungi pihak yang lemah agar tidak menjadi semakin lemah, dengan meningkatkan semangat gotong royong di masyarakat untuk menuju kemandirian.

Upaya-upaya pemberdayaan masyarakat antara lain untuk:

- a. Meningkatkan aksesibilitas informasi, sehingga masyarakat dapat menyatakan pilihan (*choice*) terhadap kebijakan kesehatan yang akan diberlakukan.
- b. Meningkatkan keterlibatan atau partisipasi masyarakat secara aktif dan sukarela, bahkan sejak dalam perencanaan kegiatan sampai evaluasinya. Dengan kata lain masyarakat diberi hak berpendapat (*voice*) terhadap kebijakan yang akan dan sedang dijalankan.
- c. Sistem pemberdayaan dibuat akuntabel, artinya ada pertanggungjawaban publik yang jelas atas segala kegiatan yang dilakukan dengan mengatasnamakan masyarakat.
- d. Menggunakan kapasitas organisasi lokal, kaitannya dengan kemampuan kerjasama, mengorganisir warga masyarakat, serta memobilisasi sumberdaya untuk memecahkan masalah-masalah yang dihadapi masyarakat.

- e. Menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat untuk berkembang.

Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) sebagai pusat pemberdayaan dan penggerakan masyarakat dalam pembangunan kesehatan di pedesaan. PKD berperan meningkatkan komunikasi, edukasi, dan informasi kesehatan kepada masyarakat tentang kesehatan di wilayah kerjanya. PKD sebagai media pemberdayaan dan penggerakan masyarakat dalam pembangunan kesehatan di desa, secara proaktif mendorong masyarakat melaksanakan UKM, melalui kegiatan pendampingan perorangan, keluarga, kelompok, dan bekerjasama dengan LSM (PKK, Karang taruna, dll) serta Organisasi Lokal.

Puskesmas dan jaringannya yang didukung lintas sektoral disetiap kecamatan, mempunyai fungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan dan pusat pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas melaksanakan berbagai kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku hidup sehat individu, keluarga, dan masyarakat, serta mendorong kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Selain itu melaksanakan berbagai upaya kemitraan dengan berbagai pihak termasuk Tokoh masyarakat, LSM, Dunia Usaha, maupun Lintas sektoral, dalam mendorong pemberdayaan individu, keluarga, dan kelompok masyarakat, serta masyarakat pada umumnya di wilayah kerjanya.

Pemerintah daerah kabupaten/kota, Dinas Kesehatan Kabupaten/kota, Lintas sektor, serta seluruh potensi yang ada ditingkat kabupaten/kota, secara bersama dalam suatu tatanan mendorong pemberdayaan individu, keluarga, kelompok masyarakat dan masyarakat pada umumnya di wilayah kabupaten/kota, agar terwujud masyarakat yang berperilaku hidup bersih dan sehat, mendorong terwujudnya keluarga sehat, serta kawasan sehat. Selain itu perlu mengembangkan informasi dan upaya pemberdayaan untuk mengatasi dan mengantisipasi munculnya berbagai masalah kesehatan di wilayahnya. Seleksi informasi dari berbagai sektor yang dapat mendorong masalah kesehatan perlu dikoordinir dengan menata peran dan fungsi dengan mempertimbangkan dampak bidang kesehatan.

Pemerintah provinsi, Dinas Kesehatan Provinsi, Lintas sektor terkait, serta seluruh potensi yang ada ditingkat provinsi, secara bersama dalam suatu tatanan sesuai peran dan fungsi masing-masing yang terkoordinir, dan membantu kabupaten/kota untuk mendorong

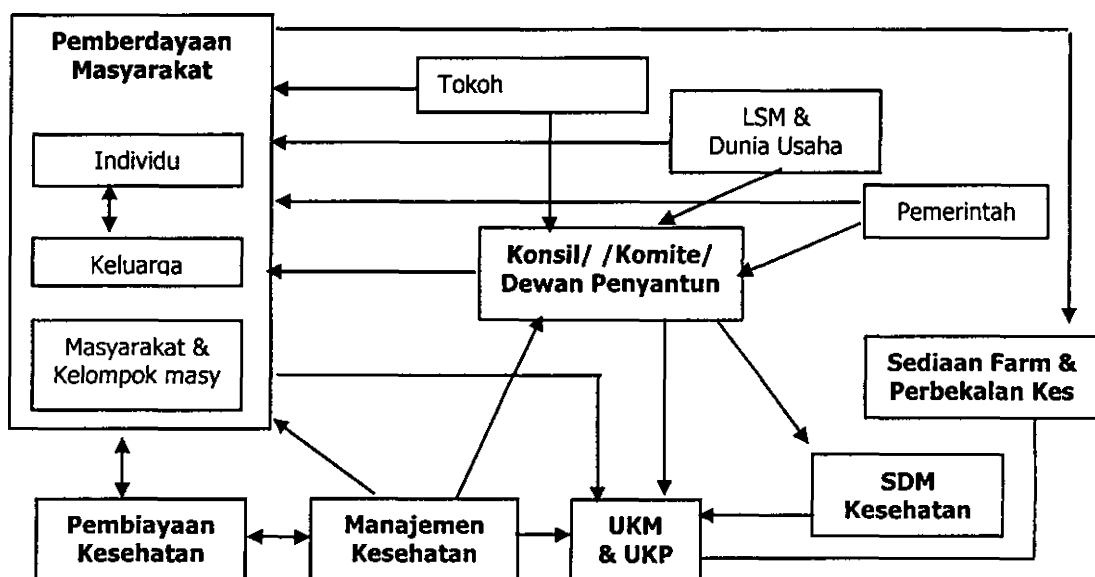
pemberdayaan individu, keluarga, kelompok masyarakat dan masyarakat pada umumnya di wilayah provinsi, agar terwujud masyarakat yang berperilaku hidup bersih dan sehat, mendorong terwujudnya keluarga sehat, serta kawasan sehat. Pengembangan informasi dan pemberdayaan untuk mengatasi dan mengantisipasi munculnya berbagai masalah kesehatan di wilayahnya, serta melakukan kewaspadaan dan seleksi informasi dari berbagai sektor yang dapat mendorong masalah kesehatan atau mempertimbangkan dampak bidang kesehatan.

6. Indikator keberhasilan

- a. Perilaku Hidup Sehat dan Bersih (PHBS) :
 - 1) Tatanan keluarga
 - 2) Tatanan Institusi
- b. Keluarga sehat.
- c. Peningkatan Kelompok peduli kesehatan.
- d. Peningkatan peran serta aktif individu, keluarga, masyarakat.
- e. Peningkatan upaya promotif dan preventif masyarakat.

7. Hubungan sub sistem Pemberdayaan Masyarakat dan sub sistem kesehatan lain

Bagan 8: Hubungan unsur-unsur sub sistem Pemberdayaan Masyarakat dan sub sistem kesehatan lain



F. SUB SISTEM MANAJEMEN KESEHATAN

Manajemen kesehatan bertujuan menyediakan dukungan kebijakan dan menjamin manajemen sumber daya yang efektif dan efisien bagi pembangunan kesehatan.

1. Pengertian

Subsistem manajemen kesehatan adalah suatu tatanan yang menghimpun dan menguraikan berbagai upaya administrasi kesehatan yang ditopang oleh pengelolaan data dan informasi, pengembangan dan penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

2. Tujuan

Tujuan subsistem manajemen kesehatan adalah terselenggaranya fungsi-fungsi administrasi kesehatan (meliputi: aspek perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban di dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan), yang berhasil-guna dan berdaya-guna, didukung oleh sistem informasi, IPTEK dan hukum kesehatan, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (menjamin terpenuhinya hak asasi kesehatan).

3. Unsur Utama

Subsistem manajemen kesehatan terdiri dari empat unsur utama, yakni administrasi kesehatan, informasi kesehatan, ilmu pengetahuan dan teknologi serta hukum kesehatan.

- a. Administrasi kesehatan adalah kegiatan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Perencanaan adalah kegiatan menetapkan tujuan dan program pembangunan kesehatan. Pelaksanaan dan pengendalian adalah kegiatan penyelenggaraan, pemantauan serta penilaian rencana dan pencapaian tujuan/sasaran pembangunan kesehatan. Pengawasan dan pertanggungjawaban adalah kegiatan untuk memperoleh kepastian atas kesesuaian penyelenggaraan dan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan terhadap rencana dan peraturan perundang-undangan serta berbagai kewajiban yang berlaku.
- b. Informasi kesehatan adalah hasil pengumpulan dan pengolahan data yang merupakan masukan bagi pengambilan keputusan di bidang kesehatan.
- c. Ilmu pengetahuan dan teknologi serta hasil penelitian dan pengembangan, merupakan masukan bagi pengambilan keputusan di bidang kesehatan.
- d. Hukum kesehatan adalah peraturan perundang-undangan kesehatan yang dipakai sebagai acuan bagi penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

4. Prinsip

Penyelenggaraan sub sistem manajemen kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Manajemen kesehatan diselenggarakan secara menyeluruh dan terpadu dengan melibatkan semua komponen unit kesehatan di berbagai jenjang administrasi pemerintah, berbagai sektor pembangunan, baik pemerintah secara lintas sektor dan masyarakat serta dunia usaha, dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan pembangunan kesehatan. Masyarakat sebagai subyek pembangunan ikut berperan secara aktif dalam manajemen kesehatan.
- b. Manajemen kesehatan diselenggarakan dengan mengacu kebijakan desentralisasi dan otonomi kabupaten/kota yang bertanggung jawab dengan memperhatikan kewenangan, tugas dan tanggung jawab di setiap jenjang pemerintahan. Untuk menjamin kesinambungan pembangunan kesehatan, manajemen kesehatan diselenggarakan dengan efektivitas dan efisiensi, dan berpedoman pada Kewenangan Wajib Standar Pelayanan Minimal (KWSPM) di bidang kesehatan, serta mengutamakan pemanfaatan sumberdaya yang dimiliki secara lestari dalam rangka kemandirian pembangunan kesehatan.
- c. Untuk menjamin kesatuan dan kesinambungan perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggung jawaban pembangunan kesehatan, dikembangkan dan dibina serta dimantapkan hubungan fungsional tingkat provinsi dan kabupaten/kota di wilayah Provinsi Jawa Tengah, serta melibatkan peran serta aktif masyarakat dan dunia usaha.
- d. Mengacu pada sistem informasi kesehatan yang berdasarkan bukti (*evidence based*), melalui informasi kesehatan yang mencakup pengumpulan data, pengolahan, analisa, pengemasan informasi, yang diselenggarakan secara multidisipliner, terintegrasi dan komprehensif, sesuai kebutuhan, akurat, cepat, tepat waktu, dengan mendayagunakan teknologi informasi dan komunikasi.
- e. Pengelolaan informasi kesehatan harus dapat memadukan berbagai upaya baik secara rutin maupun non rutin (penelitian, survei, dll), untuk mendukung proses pengambilan keputusan di berbagai jenjang administrasi kesehatan.
- f. Akses terhadap informasi kesehatan tertentu khususnya dalam pelayanan kesehatan, harus memperhatikan aspek kerahasiaan yang berlaku di bidang kesehatan dan kedokteran.
- g. Pengembangan dan pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, tidak boleh bertentangan dengan etika moral dan nilai agama, dan untuk kepentingan masyarakat yang sebesar-besarnya.
- h. Pengembangan hukum kesehatan diarahkan untuk menjamin terwujudnya kepastian hukum, keadilan hukum dan manfaat hukum,

dan penerapan hukum kesehatan harus menjunjung tinggi etika moral dan agama.

- i. Terwujudnya sistem hukum kesehatan yang mencakup pengembangan substansi hukum di provinsi dan kabupaten/kota, pengembangan kultur dan budaya hukum, serta pengembangan aparatur hukum kesehatan.

5. Bentuk pokok

a. Administrasi kesehatan

- 1) Penanggung jawab administrasi kesehatan menurut jenjang administrasi pemerintahan di tingkat provinsi adalah Dinas Kesehatan Provinsi dan di tingkat kabupaten/kota adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai instansi kesehatan tertinggi dalam satu wilayah administrasi pemerintahan. Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berhubungan secara teknis fungsional.
- 2) Dinas Kesehatan Provinsi melaksanakan kewenangan desentralisasi dan tugas dekonsentrasi bidang kesehatan dengan fungsi perumusan kebijakan teknis bidang kesehatan provinsi, pemberian perizinan, pelaksana pelayanan kesehatan, pembinaan dan bantuan teknis serta pengendalian pelaksanaan pembangunan kesehatan terhadap Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.
- 3) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melaksanakan kewenangan desentralisasi di bidang kesehatan, dengan fungsi perumusan kebijakan teknis kesehatan, pemberian perizinan, pelaksanaan pelayanan kesehatan, serta pembinaan terhadap UPTD kesehatan.
- 4) Penanggungjawab pembangunan kesehatan Provinsi adalah Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, dengan memperhatikan kebijakan dan program pembangunan kesehatan nasional sebagai acuan daerah, kebijakan pembangunan Provinsi Jawa Tengah, kebutuhan pembangunan kesehatan kabupaten/ kota, serta kewenangan wajib dan standar pelayanan minimal bidang kesehatan. Penanggung-jawab pembangunan kesehatan Kabupaten/ Kota adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dengan memperhatikan kebijakan dan program pembangunan kesehatan provinsi sebagai acuan daerah, kebijakan pembangunan Kabupaten/Kota setempat, serta kewenangan wajib dan standar pelayanan minimal bidang kesehatan.
- 5) Penyelarasan Pembangunan kesehatan Provinsi dikoordinasikan bersama dengan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Provinsi Jawa Tengah, lintas sektor terkait, dan melibatkan peran

aktif masyarakat dan dunia usaha. Penyelarasan Pembangunan Kabupaten/ Kota dikoordinasikan bersama dengan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten/ Kota setempat, lintas sektor terkait, dan melibatkan peran aktif masyarakat dan dunia usaha.

- 6) Penanggung jawab pelaksanaan, pengendalian, pengawasan pembangunan kesehatan di wilayah Provinsi adalah Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dengan melakukan asistensi, advokasi dan fasilitasi kabupaten/kota di wilayah Provinsi Jawa Tengah, dilaksanakan dengan mengacu pada pedoman, standar dan indikator yang ditetapkan sesuai kewenangannya.
- 7) Pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggung jawaban pembangunan kesehatan yang bersifat strategis dan lintas kabupaten/ kota oleh provinsi dan kabupaten kota yang berbatasan, sedangkan antar provinsi yang berbatasan dibantu oleh Departemen Kesehatan. Pelaksanaan, pengendalian pembangunan kesehatan kabupaten/kota yang bersifat strategis dan lintas kabupaten/kota di wilayah Provinsi Jawa Tengah dibantu oleh Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.
- 8) Dalam penanggulangan wabah dan bencana, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban program pembangunan kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah kabupaten/ kota, provinsi dan pusat.
- 9) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota wajib membuat dan mengirimkan laporan pelaksanaan dan hasil pembangunan kesehatan kepada Dinas Kesehatan Provinsi. Dinas Kesehatan Provinsi wajib membuat dan mengirimkan laporan pelaksanaan dan hasil pembangunan kesehatan kepada Departemen Kesehatan.

b. Informasi kesehatan

- 1) Sistem informasi kesehatan provinsi dikembangkan dengan memadukan sistem informasi kesehatan kabupaten/kota dan sistem informasi lain yang terkait.
- 2) Sumber data sistem informasi kesehatan adalah dari sarana kesehatan melalui pencatatan dan pelaporan yang teratur dan berjenjang, serta dari masyarakat yang diperoleh dari survei, survailans dan sensus.
- 3) Data pokok sistem informasi kesehatan mencakup derajat kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumberdaya manusia kesehatan, sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan serta manajemen kesehatan.

- 4) Pengolahan dan analisis data serta pengemasan informasi diselenggarakan secara berjenjang, terpadu, multidisipliner dan komprehensif di setiap jenjang administrasi.
- 5) Penyajian data dan informasi dilakukan secara multimedia guna diketahui masyarakat secara luas untuk pengambilan keputusan di bidang kesehatan.

c. Ilmu Pengetahuan dan teknologi kesehatan

- 1) Ilmu Pengetahuan dan Teknologi kesehatan dihasilkan dari penelitian dan pengembangan kesehatan yang diselenggarakan oleh pusat-pusat penelitian dan pengembangan milik masyarakat, swasta, perguruan tinggi dan pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota, dengan memperhatikan etika moral, nilai agama, dan perlindungan masyarakat, serta untuk kepentingan masyarakat yang sebesar-besarnya.
- 2) Teknologi terkait dengan pelayanan kesehatan yang akan diterapkan di Jawa Tengah perlu melalui penapisan/kajian oleh team profesi atau yang berwenang bekerjasama dengan pemerintah dan mempertimbangkan manfaat dan risiko.
- 3) Penyebarluasan dalam rangka pemanfaatan hasil-hasil penelitian dan pengembangan kesehatan dilakukan melalui pembentukan jaringan informasi dan dokumentasi Ilmu Pengetahuan dan Teknologi kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah provinsi dan kabupaten/kota, perguruan tinggi, lembaga penelitian provinsi, organisasi profesi, dan lembaga lain yang terkait, serta masyarakat.

d. Hukum Kesehatan

- 1) Hukum kesehatan dikembangkan di provinsi dan kabupaten/kota sebagai acuan dalam penyusunan peraturan daerah di bidang kesehatan, untuk menjamin kepastian hukum, keadilan, dan manfaat bagi masyarakat dan pengelola kesehatan termasuk pemberi pelayanan kesehatan.
- 2) Penerapan hukum kesehatan mencakup advokasi atau penyebarluasan hukum untuk peningkatan kesadaran hukum atau kultur dan budaya hukum kesehatan di kalangan pengelola pemerintah, pengelola kesehatan, tokoh masyarakat dan masyarakat, serta pelaksanaan penerapan hukum kesehatan di semua jenjang administrasi.
- 3) Penyelenggaraan hukum kesehatan didukung oleh pembentukan dan pengembangan jaringan informasi dan dokumentasi hukum kesehatan, serta pengembangan aparatur hukum kesehatan atau

pelaksanaan penerapan hukum kesehatan di semua jenjang administrasi.

- 3) Penyelenggaraan hukum kesehatan didukung oleh pembentukan dan pengembangan jaringan informasi dan dokumentasi hukum kesehatan, serta pengembangan aparatur hukum kesehatan atau peran hukum kesehatan di Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/kota.
- 4) Untuk penyelenggaraan pembangunan kesehatan dikembangkan:
 - a) Stadarisasi pelayanan kesehatan
 - b) Perijinan
 - c) Terkait dengan kewenangan Provinsi, Kabupaten/Kota
 - d) Jaminan mutu pelayanan kesehatan.
- 5) Penerapan hukum ditata dalam sistem yang memberikan perlindungan dan keadilan kepada tenaga pelaksana atau pemberi pelayanan dan kepada pengguna atau penerima pelayanan.
- 6) Untuk keberhasilan penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang dilaksanakan berdasarkan SKP Jawa Tengah dan diperolehnya dukungan serta kerjasama yang serasi dari seluruh potensi masyarakat, perlu diupayakan kepastian hukum dalam bentuk penetapan berbagai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dalam melaksanakan sub sistem manajemen kesehatan di Tingkat Desa oleh Pemerintahan Tingkat Desa dibantu oleh PKD baik dalam informasi kesehatan, landasan hukum dengan Peraturan Desa yang ditetapkan, serta administrasi dengan proses perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi setiap kegiatan yang dilakukan di Tingkat Desa. Untuk pembinaan dan fasilitasi sub sistem manajemen kesehatan oleh Kabupaten/Kota dengan kecamatan dibantu Puskesmas sebagai unit kesehatan strata pertama. Dalam melaksanakan sub sitem manajemen Tingkat Kecamatan dibina dan difasilitasi oleh Kabupaten/Kota dibantu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dalam melaksanakan sub sistem manajemen kesehatan Tingkat Kabupaten dibina dan difasilitasi oleh Provinsi dibantu Dinas Kesehatan Provinsi. Penerapan sub sistem Manajemen kesehatan oleh Dinas Kesehatan dapat mendorong penerapan sub sistem kesehatan lainnya untuk mencapai kinerja yang optimal.

6. Indikator keberhasilan

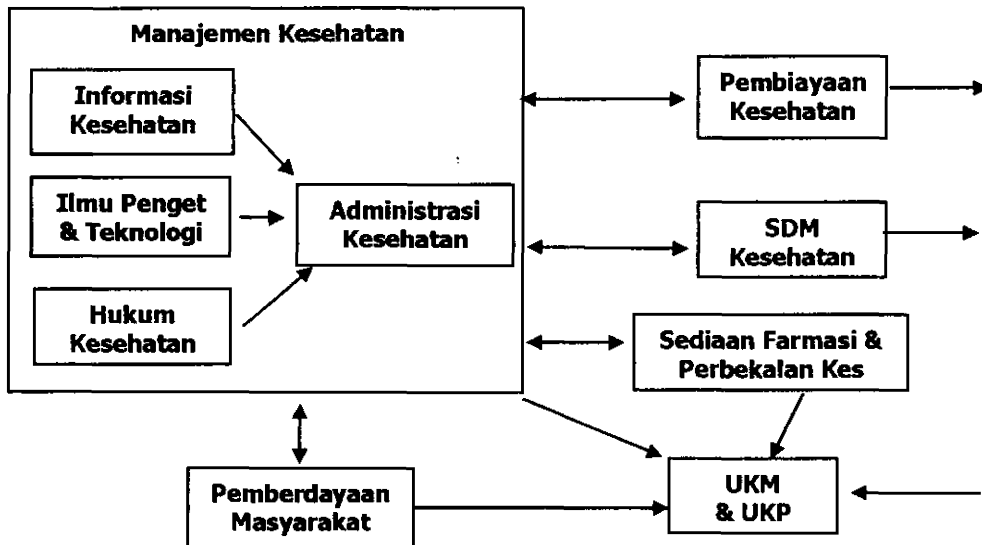
- a. Informasi Kesehatan:
 - 1) Akses berbagai informasi yang akurat sesuai kebutuhan.
 - 2) Pengemasan informasi kesehatan secara terpadu.
- b. Ilmu Pengetahuan dan Teknologi:

Pengembangan hasil penelitian dan pengembangan.

- c. Hukum:
Perda provinsi dan Kabupaten/Kota yang terkait dengan kesehatan.
- d. Administrasi Kesehatan:
 - 1) Perencanaan, Pelaksanaan, Monitoring dan evaluasi dengan mekanisme yang jelas dan terpadu
 - 2) Akuntabilitas berbagai kegiatan kesehatan
 - 3) Terdokumentasi dan pengarsipan dokumen
 - 4) Standar yang ditetapkan (SPM, Renstra, Lakip, dll)

7. Hubungan sub sistem Manajemen Kesehatan dan sub sistem kesehatan lain

Bagan 9: Hubungan unsur-unsur sub sistem manajemen kesehatan dan sub sistem kesehatan lain



BAB V

PROSES PENYELENGGARAAN DAN PENTAHAPAN SISTEM KESEHATAN PROVINSI JAWA TENGAH

A. PENGORGANISASIAN DAN PERAN DALAM SKP

Gubernur menetapkan Sistem Kesehatan Provinsi (SKP) Jawa Tengah untuk menjadi pedoman bagi semua pihak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Jawa Tengah dalam menjamin keberhasilan pembangunan kesehatan di Provinsi Jawa Tengah.

Pelaku penyelenggaraan pembangunan kesehatan dan peran dalam penerapan Sistem Kesehatan Provinsi (SKP) Jawa Tengah adalah:

1. Masyarakat, yang meliputi tokoh masyarakat, masyarakat madani, lembaga swadaya masyarakat, media massa, organisasi profesi, akademisi, para pakar serta masyarakat luas termasuk swasta atau dunia usaha, yang terhimpun dalam forum kesehatan provinsi, berperan dalam advokasi, pengawasan sosial dan penyelenggaraan berbagai upaya sesuai dengan bidang keahlian dan kemampuan masing-masing untuk pembangunan kesehatan.
2. Pemerintah, baik pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota yang berperan sebagai penanggung jawab, penggerak, pembina dan pelaksana pembangunan kesehatan dalam lingkup wilayah kerja dan kewenangan masing-masing. Pemerintah provinsi menetapkan kebijakan, standar dan pedoman pembangunan kesehatan dalam lingkup provinsi, yang dipakai sebagai acuan menyelenggarakan pembangunan kesehatan daerah.
3. Badan legislatif baik di provinsi dan kabupaten/kota, berperan melakukan persetujuan anggaran, pengawasan terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan, melalui penyusunan produk-produk hukum dan mekanisme kemitraan antara eksekutif dan legislatif.
4. Badan Yudikatif, yang berperan menegakkan pelaksanaan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di bidang kesehatan.

B. PROSES PENYELENGGARAAN SKP

Penyelenggaraan SKP dengan menerapkan pendekatan kesisteman, yakni cara berpikir dan bertindak logis, sistematis, komprehensif, holistik dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan. SKP Jawa Tengah akan dapat diselenggarakan dengan efektif dan efisien, bila pelaku SKP memahami dan melakukan upaya keterkaitan dan hubungan timbal balik antara unsur-unsur SKP, tujuan, prinsip dan bentuk pokok sub sistem SKP Jawa Tengah maupun sistem lain di luar SKP, agar mencapai tujuan yang telah

ditetapkan. Penyelenggaraan SKP memerlukan adanya kepastian hukum dalam bentuk penetapan berbagai peraturan perundang-undangan yang sesuai. Mengingat kompleksnya penyelenggaraan SKP Jawa Tengah, pelaksanaan koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan sinergis yang efektif dilakukan dengan peningkatan fungsi manajemen yang didukung oleh komitmen yang tinggi dari berbagai pihak pelaku SKP dan didukung tata penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang baik (*good governance*).

Penyelenggaraan SKN memerlukan keterkaitan antar unsur-unsur SKN. Keterkaitan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Subsistem Pembiayaan Kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan ketersediaan pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya-guna untuk UKM dan UKP, serta tersedianya pembiayaan yang memadai juga akan menunjang terselenggaranya subsistem sumberdaya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat serta subsistem manajemen kesehatan.
2. Subsistem Sumberdaya Manusia Kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan tenaga kesehatan yang bermutu dalam jumlah yang mencukupi, terdistribusi secara adil serta termanfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya-guna, sehingga upaya kesehatan dapat diselenggarakan sesuai kebutuhan seluruh lapisan masyarakat. Tersedianya tenaga kesehatan yang mencukupi dan berkualitas untuk menunjang terselenggara subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat serta subsistem manajemen kesehatan.
3. Subsistem sediaan farmasi dan Perbekalan Kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan ketersediaan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan yang mencukupi, aman, bermutu dan bermanfaat serta terjangkau oleh masyarakat, serta mutu pelayanan kefarmasian, sehingga upaya kesehatan dapat diselenggarakan dengan berhasil-guna dan berdaya-guna.
4. Subsistem pemberdayaan masyarakat diselenggarakan guna menghasilkan individu, kelompok dan masyarakat umum yang mampu berperan aktif dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Masyarakat yang berdaya akan berperan aktif dalam penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumberdaya manusia kesehatan, subsistem obat dan perbekalan kesehatan serta subsistem manajemen kesehatan.
5. Subsistem manajemen kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan fungsi-fungsi informasi kesehatan, Iptek kesehatan, hukum kesehatan, dan administrasi kesehatan yang memadai dan mampu

serta berhasil-guna dan berdaya-guna menunjang penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumberdaya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan serta subsistem pemberdayaan masyarakat, sebagai suatu kesatuan yang terpadu dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

6. Subsistem upaya kesehatan baik upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan, dapat diselenggarakan secara merata, tercapai, terjangkau dan bermutu bagi seluruh masyarakat, oleh berbagai jenis pelayanan acara institusi pemerintah maupun swasta termasuk praktek perorangan. Pengembangan mekanisme dari komponen pelayanan dengan memperhatikan kompetensi dan profesional tenaga pelayanan, pembiayaan yang tersedia dan terjangkau, ketersediaan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan serta pelayanan kefarmasian, peran aktif masyarakat dalam pelayanan kesehatan, serta didukung dengan manajemen kesehatan yang optimal.

Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan selanjutnya dilakukan melalui proses perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban secara sistematis, berjenjang dan berkelanjutan.

C. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN PENYELENGGARAAN SKP

Pemerintah Provinsi melaksanakan pembinaan dan memfasilitasi penerapan sub sistem dan unsur-unsur dalam Sistem Kesehatan Provinsi, dengan mengembangkan dan membina dan memfasilitasi penerapan mekanisme kerja antar pelaksana di provinsi dan kabupaten/ kota. Fasilitasi dalam bentuk:

1. Penyusunan mekanisme kerja dari masing-masing sub sistem di Provinsi.
2. Melaksanakan supervisi dan pemberdayaan pada penerapan unsur-unsur dalam sub sistem sesuai Sistem Kesehatan Provinsi.
3. Pemerintah Provinsi melaksanakan memfasilitasi penyusunan dan penerapan Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota.

Gubernur melaksanakan pengawasan, monitoring dan evaluasi penerapan Sistem Kesehatan Provinsi sesuai yang sub sistem dengan unsur-unsur yang ditetapkan di Provinsi dan Kabupaten/ Kota se Jawa Tengah. Bupati/Walikota melaksanakan pengawasan, monitoring dan evaluasi diwilayahnya serta menyampaikan laporan hasil penerapan Sistem Kesehatan Provinsi kepada Gubernur.

D. PENTAHAPAN PENYELENGGARAAN SKP

Pengembangan SKP Jawa Tengah dilaksanakan secara bertahap oleh para pelaku SKP baik oleh pemerintah, masyarakat dan komponen masyarakat yang ada, Badan legislatif dan Badan Yudikatif. Pengembangan di kabupaten/kota disesuaikan dengan aspirasi, potensi serta kebutuhan setempat, dengan memperhatikan prioritas pembangunan kesehatan jangka menengah dan panjang di masing-masing wilayah, sebagai berikut:

1. Untuk penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah, dikembangkan Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota yang mengacu pada SKP dan SKN dengan mempertimbangkan kondisi, dinamika, dan masalah spesifik daerah.
2. Pemerintah provinsi melakukan fasilitasi dan asistensi kepada kabupaten/kota sesuai kebutuhan daerah.
3. SKP Jawa Tengah ini digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di wilayah Jawa Tengah.
4. Pelaksanaan SKP diselenggarakan dengan menata keenam subsistem secara bertahap, sistematis, terpadu dan berkelanjutan, yang didukung dengan penyusunan kebijakan, standar dan pedoman di bidang kesehatan dalam bentuk berbagai peraturan perundangan.
5. Pengendalian SKP bertujuan untuk memantau dan menilai keberhasilan penyelenggaraan pembangunan kesehatan berdasarkan SKP, secara berjenjang dan berkelanjutan dengan menggunakan tolok ukur keberhasilan pembangunan kesehatan.

BAB VI PENUTUP

Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Tengah ini merupakan sistem terbuka yang berinteraksi dengan sistem pembangunan di provinsi Jawa Tengah dan sistem sektor terkait lain serta sistem kesehatan kabupaten/kota di Jawa Tengah, yang bersifat dinamis dan selalu mengikuti perkembangan. Apabila dalam perkembangan penerapan dan pelaksanaan Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Tengah ini dirasakan kurang relevan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan, maka tidak menutup kemungkinan untuk diadakan perubahan dan penyempurnaan.

Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Tengah ini dipergunakan sebagai dasar dan acuan dalam penyusunan berbagai kebijakan, pedoman dan arahan pelaksanaan pembangunan kesehatan serta pembangunan berwawasan kesehatan lainnya.

Keberhasilan pelaksanaan Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Tengah ini sangat bergantung pada semangat, dedikasi, ketekunan, kerja keras, kemampuan dan ketulusan para penyelenggara, serta sangat bergantung pada petunjuk, rahmat, dan perlindungan Tuhan Yang Maha Esa.

GUBERNUR JAWA TENGAH

ttd

MARDIYANTO