

SISTEM KESEHATAN NASIONAL

**DEPARTEMEN KESEHATAN RI
JAKARTA, 2009**

SISTEM KESEHATAN NASIONAL

**BENTUK DAN CARA
PENYELENGGARAAN
PEMBANGUNAN KESEHATAN**

**DEPARTEMEN KESEHATAN RI
JAKARTA, 2009**

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
I. PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. PENGERTIAN SKN	2
C. MAKSUD DAN KEGUNAAN SKN	3
D. LANDASAN SKN	4
II. PERKEMBANGAN DAN TANTANGAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL	6
A. PERKEMBANGAN DAN MASALAH SISTEM KESEHATAN NASIONAL	6
B. PERUBAHAN LINGKUNGAN STRATEGIS	12
III. ASAS SISTEM KESEHATAN NASIONAL	15
A. DASAR PEMBANGUNAN KESEHATAN	15
B. DASAR SKN	17
IV. BENTUK POKOK SISTEM KESEHATAN NASIONAL	21
A. TUJUAN SKN	21
B. KEDUDUKAN SKN	21
C. SUBSISTEM SKN	23
D. TATA HUBUNGAN ANTAR SUBSISTEM DAN LINGKUNGANNYA	26
V. CARA PENYELENGGARAAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL	30
A. SUBSISTEM UPAYA KESEHATAN	30
B. SUBSISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN	45
C. SUBSISTEM SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN	50
D. SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN, DAN MAKANAN	59

E.	SUBSISTEM MANAJEMEN DAN INFORMASI KESEHATAN	68
F.	SUBSISTEM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	73
VI.	DUKUNGAN PENYELENGGARAAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL	81
A.	PROSES PENYELENGGARAAN SKN	81
B.	TATA PENYELENGGARAAN SKN	85
C.	PENYELENGGARA SKN	86
D.	SUMBER DAYA PENYELENGGARAAN SKN	87
E.	KERJA SAMA INTERNASIONAL	90
VII.	PENUTUP	92
	LAMPIRAN	
	Gambar-1: Alur Pikir Rencana Pembangunan Kesehatan dan Sistem Kesehatan Nasional	94
	Gambar-2: Gambaran Unsur-unsur Pembangunan Kesehatan dan Subsistem SKN serta Tata Hubungannya dan Lingkungan Strategis yang Mempengaruhi SKN	95
	DAFTAR SINGKATAN	96
	KONTRIBUTOR	

KATA PENGANTAR

Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam kerangka mencapai tujuan tersebut, pembangunan kesehatan dilaksanakan secara terarah, berkesinambungan dan realistis sesuai pentahapannya.

Kesinambungan dan keberhasilan pembangunan kesehatan ditentukan oleh tersedianya pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan baik berupa dokumen perencanaan maupun metode dan cara penyelenggaraannya. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2007, tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) memberikan arah pembangunan ke depan bagi bangsa Indonesia. Di dalamnya juga telah tercantum arah pembangunan kesehatan dalam 20 tahun ke depan sampai dengan tahun 2025.

Dalam Undang-Undang tersebut antara lain ditetapkan bahwa pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan perikemanusiaan, pemberdayaan dan

kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, anak, manusia usia lanjut (manula), dan keluarga miskin.

Sistim Kesehatan Nasional (SKN) 2009 sebagai penyempurnaan dari SKN sebelumnya merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah bersama seluruh elemen bangsa dalam rangka untuk meningkatkan tercapainya pembangunan kesehatan dalam mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Sistim Kesehatan Nasional (SKN) 2009 yang disempurnakan ini diharapkan mampu menjawab dan merespon berbagai tantangan pembangunan kesehatan di masa kini maupun di masa yang akan datang. Adanya SKN yang disempurnakan tersebut menjadi sangat penting kedudukannya mengingat penyelenggaraan pembangunan kesehatan pada saat ini semakin kompleks sejalan dengan kompleksitas perkembangan demokrasi, desentralisasi, dan globalisasi serta tantangan lainnya yang juga semakin berat, cepat berubah dan, sering tidak menentu.

Diharapkan SKN 2009 ini terkait dan mengacu pada arah dan tahapan pembangunan kesehatan yang ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) Tahun 2005-2025. Dalam kaitan ini penyelenggaraan SKN 2009 tersebut perlu sesuai dengan tahap-tahap pelaksanaan pembangunan kesehatan di lapangan.

Pada kesempatan ini saya ingin menyampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak atas perhatian, bantuan dan masukan serta kontribusinya dalam penyusunan dan perumusan SKN tersebut.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa selalu melimpahkan Rachmat dan Hidayah serta memberikan petunjuk dan kekuatan bagi kita sekalian dalam melaksanakan pembangunan kesehatan di Indonesia dengan berpedoman pada Sistem Kesehatan Nasional yang baru ini.

Jakarta, April 2009

MENTERI KESEHATAN RI,

Dr.dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP(K)

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Dalam mencapai tujuan nasional bangsa Indonesia sesuai Pembukaan UUD 1945, yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial, maka pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud.

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan dalam dasawarsa terakhir masih menghadapi berbagai masalah yang belum sepenuhnya dapat diatasi. Untuk itu diperlukan pemantapan dan percepatan melalui Sistem Kesehatan Nasional sebagai bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang disertai berbagai terobosan penting, seperti: pengembangan Desa Siaga, Jaminan Kesehatan Masyarakat, serta Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).

Perubahan lingkungan strategis ditandai dengan berlakunya berbagai regulasi penyelenggaraan pemerintahan, seperti: Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang

Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, dan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) Tahun 2005-2025. Disamping itu secara global terjadi perubahan iklim dan upaya percepatan pencapaian MDGs, sehingga diperlukan penyempurnaan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

SKN 2004 sebagai pengganti SKN 1982, pada hakekatnya merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan, penting untuk dimutakhirkan menjadi SKN 2009 agar dapat mengantisipasi berbagai tantangan perubahan pembangunan kesehatan dewasa ini dan di masa depan. Dalam mengantisipasi ini, perlu mengacu terutama pada arah, dasar, dan strategi pembangunan kesehatan yang ditetapkan dalam Undang-undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) Tahun 2005-2025 dan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) Tahun 2005-2025.

B. PENGERTIAN SKN

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Dasar 1945.

Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang

setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berdasarkan pada: 1) Perikemanusiaan, 2) Pemberdayaan dan kemandirian, 3) Adil dan merata, serta 4) Pengutamakan dan manfaat.

Sistem Kesehatan Nasional perlu dilaksanakan dalam konteks Pembangunan Kesehatan secara keseluruhan dengan mempertimbangkan determinan sosial, seperti: kondisi kehidupan sehari-hari, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumber daya, kesadaran masyarakat, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam mengatasi masalah-masalah tersebut.

C. MAKSUD DAN KEGUNAAN SKN

Penyusunan SKN 2009 ini dimaksudkan untuk menyesuaikan SKN 2004 dengan berbagai perubahan dan tantangan eksternal dan internal, agar dapat dipergunakan sebagai pedoman tentang bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan, baik oleh masyarakat, swasta, maupun oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah serta pihak terkait lainnya.

Tersusunnya SKN 2009 mempertegas makna pembangunan kesehatan dalam rangka pemenuhan hak asasi manusia, memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) Tahun 2005-2025, memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, serta meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan nasional.

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan Tahun 2005-2025 merupakan arah pembangunan kesehatan yang berkesinambungan. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan Tahun 2005-2025 dan SKN merupakan dokumen kebijakan pembangunan kesehatan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Sistem Kesehatan Nasional disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) yang meliputi: 1) Cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata, 2) Pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat, 3) Kebijakan pembangunan kesehatan, dan 4) Kepemimpinan. Sistem Kesehatan Nasional juga disusun dengan memperhatikan inovasi/terobosan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan. Pendekatan pelayanan kesehatan dasar secara global telah diakui sebagai pendekatan yang tepat dalam mencapai kesehatan bagi semua dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang **responsif gender**.

D. LANDASAN SKN

Landasan SKN meliputi:

1. **Landasan Idiil**, yaitu Pancasila.
2. **Landasan Konstitusional**, yaitu UUD 1945, khususnya: Pasal 28 A, setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya; Pasal 28 H ayat (1), setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan

kesehatan dan ayat (3), setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat; serta Pasal 34 ayat (2), Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan dan ayat (3), Negara bertanggung-jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak; Pasal 28 B ayat (2), setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang; Pasal 28 C ayat (1), setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia.

3. **Landasan Operasional** meliputi seluruh ketentuan peraturan perundangan yang berkaitan dengan penyelenggaraan SKN dan pembangunan kesehatan. Beberapa peraturan perundangan tersebut terdapat dalam Lampiran-1 dari RPJP-K Tahun 2005-2025.

BAB II

PERKEMBANGAN DAN TANTANGAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

A. PERKEMBANGAN DAN MASALAH SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan secara berkesinambungan telah berhasil meningkatkan status kesehatan masyarakat. Kinerja sistem kesehatan telah menunjukkan peningkatan, antara lain ditunjukkan dengan peningkatan status kesehatan, yaitu: penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) dari 46 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 34 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI 2007). Angka Kematian Ibu (AKI) juga mengalami penurunan dari 318 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI, 2007). Sejalan dengan penurunan angka kematian bayi, Umur Harapan Hidup (UHH) meningkat dari 68,6 tahun pada tahun 2004 menjadi 70,5 tahun pada tahun 2007. Demikian pula telah terjadi penurunan prevalensi kekurangan gizi pada balita dari 29,5% pada akhir tahun 1997 menjadi sebesar 18,4% pada tahun 2007 (Risksedas, 2007). Namun penurunan indikator kesehatan masyarakat tersebut masih belum seperti yang diharapkan. Upaya percepatan pencapaian indikator kesehatan dalam lingkungan strategis baru, harus terus diupayakan dengan perbaikan Sistem Kesehatan Nasional.

1. Upaya Kesehatan

Akses pada pelayanan kesehatan secara nasional mengalami peningkatan, dalam kaitan ini akses rumah tangga yang dapat menjangkau sarana kesehatan \leq 30 menit sebesar 90,7% dan akses rumah tangga

yang berada ≤ 5 km dari sarana kesehatan sebesar 94,1% (Riskesdas, 2007). Peningkatan jumlah Puskesmas ditandai dengan peningkatan rasio Puskesmas dari 3,46 per 100.000 penduduk pada tahun 2003 menjadi 3,65 per 100.000 pada tahun 2007 (Profil Kesehatan, 2007). Namun pada daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, serta pulau-pulau kecil terdepan dan terluar masih rendah. Jarak fasilitas pelayanan yang jauh disertai distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata dan pelayanan kesehatan yang mahal menyebabkan rendahnya aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh penduduk meningkat dari 15,1% pada tahun 1996 menjadi 33,7% pada tahun 2006. Begitupula kunjungan baru (*contact rate*) ke fasilitas pelayanan kesehatan meningkat dari 34,4% pada tahun 2005 menjadi 41,8% pada tahun 2007. Disamping itu, jumlah masyarakat yang mencari pengobatan sendiri sebesar 45% dan yang tidak berobat sama sekali sebesar 13,3% (2007).

Secara keseluruhan, kesehatan ibu membaik dengan turunnya AKI, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan meningkat 20% dalam kurun 10 tahun, peningkatan yang besar terutama di daerah perdesaan, sementara persalinan di fasilitas kesehatan meningkat dari 24,3% pada tahun 1997 menjadi 46% pada tahun 2007. Namun masih ditemui disparitas Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan cakupan imunisasi antar wilayah masih tinggi. Cakupan pemeriksaan kehamilan tertinggi 97,1% dan terendah 67%, sementara itu cakupan imunisasi lengkap tertinggi sebesar 73,9% dan cakupan terendah 17,3% (Riskesdas, 2007).

Akses terhadap air bersih sebesar 57,7% rumah tangga dan sebesar 63,5% rumah tangga mempunyai akses pada sanitasi yang baik (Riskesdas, 2007). Pada tahun 2007, rumah tangga yang tidak menggunakan fasilitas buang air besar sebesar 24,8% dan yang tidak memiliki saluran pembuangan air limbah sebesar 32,5%.

Penyakit infeksi menular masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menonjol, terutama: TB Paru, Malaria, HIV/AIDS, DBD dan Diare. Selain itu penyakit yang kurang mendapat perhatian (*neglected diseases*), seperti Filariasis, Kusta, Framboesia cenderung meningkat kembali. Demikian pula penyakit Pes masih terdapat di berbagai daerah. Namun demikian kontribusi penyakit menular terhadap kesakitan dan kematian semakin menurun.

Hasil Riskesdas Tahun 2007 menunjukkan adanya peningkatan kasus penyakit tidak menular (seperti penyakit kardiovaskuler dan kanker) secara cukup bermakna, menjadikan Indonesia mempunyai beban ganda (*double burden*).

2. Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan sudah semakin meningkat dari tahun ke tahun. Persentase pengeluaran nasional sektor kesehatan pada tahun 2005 adalah sebesar 0,81% dari Produk Domestik Bruto (PDB) meningkat pada tahun 2007 menjadi 1,09 % dari PDB, meskipun belum mencapai 5% dari PDB seperti dianjurkan WHO. Demikian pula dengan anggaran kesehatan, pada tahun 2004 jumlah APBN kesehatan adalah sebesar Rp 5,54 Triliun meningkat menjadi sebesar 18,75 Triliun pada tahun 2007, namun persentase terhadap seluruh APBN belum meningkat dan masih berkisar 2,6–2,8%. Pengeluaran pemerintah untuk

kesehatan terus meningkat. Namun kontribusi pengeluaran pemerintah untuk kesehatan masih kecil, yaitu 38% dari total pembiayaan kesehatan.

Proporsi pembiayaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah belum mengutamakan upaya pencegahan dan promosi kesehatan. Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan sekitar 46,5% dari keseluruhan penduduk pada tahun 2008 yang sebagian besar berasal dari bantuan sosial untuk program jaminan kesehatan masyarakat miskin sebesar 76,4 juta jiwa atau 34,2%.

3. Sumber Daya Manusia Kesehatan

Upaya pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan belum memadai, baik jumlah, jenis, maupun kualitas tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Selain itu, distribusi tenaga kesehatan masih belum merata. Jumlah dokter Indonesia masih termasuk rendah, yaitu 19 per 100.000 penduduk bila dibandingkan dengan negara lain di ASEAN, seperti Filipina 58 per 100.000 penduduk dan Malaysia 70 per 100.000 pada tahun 2007.

Masalah strategis SDM Kesehatan yang dihadapi dewasa ini dan di masa depan adalah: a) Pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan SDM untuk pembangunan kesehatan; b) Perencanaan kebijakan dan program SDM Kesehatan masih lemah dan belum didukung sistem informasi SDM Kesehatan yang memadai; c) Masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan berbagai jenis SDM Kesehatan. Kualitas hasil pendidikan SDM Kesehatan dan pelatihan kesehatan pada umumnya masih belum memadai; d) Dalam pendayagunaan SDM Kesehatan,

pemerataan SDM Kesehatan berkualitas masih kurang. Pengembangan karier, sistem penghargaan, dan sanksi belum sebagaimana mestinya. Regulasi untuk mendukung SDM Kesehatan masih terbatas; serta e) Pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan serta dukungan sumber daya SDM Kesehatan masih kurang.

4. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan

Pasar sediaan farmasi masih didominasi oleh produksi domestik, sementara itu bahan baku impor mencapai 85% dari kebutuhan. Di Indonesia terdapat 9.600 jenis tanaman berpotensi mempunyai efek pengobatan, dan baru 300 jenis tanaman yang telah digunakan sebagai bahan baku.

Upaya perlindungan masyarakat terhadap penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan telah dilakukan secara komprehensif. Sementara itu pemerintah telah berusaha untuk menurunkan harga obat, namun masih banyak kendala yang dihadapi.

Penggunaan obat rasional belum dilaksanakan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, masih banyak pengobatan yang dilakukan tidak sesuai dengan formularium.

Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) digunakan sebagai dasar penyediaan obat di pelayanan kesehatan publik. Daftar Obat Esensial Nasional tersebut telah disusun sejak tahun 1980 dan direvisi secara berkala sampai tahun 2008.

Lebih dari 90% obat yang diresepkan di Puskesmas merupakan obat esensial generik. Namun tidak diikuti

oleh sarana pelayanan kesehatan lainnya, seperti: di rumah sakit pemerintah kurang dari 76%, rumah sakit swasta 49%, dan apotek kurang dari 47%. Hal ini menunjukkan bahwa konsep obat esensial generik belum sepenuhnya diterapkan.

5. Manajemen dan Informasi Kesehatan

Perencanaan pembangunan kesehatan antara Pusat dan Daerah belum sinkron. Begitu pula dengan perencanaan jangka panjang/menengah masih belum menjadi acuan dalam menyusun perencanaan jangka pendek. Demikian juga dengan banyak kebijakan yang belum disusun berbasis bukti dan belum bersinergi baik perencanaan di tingkat Pusat dan atau di tingkat Daerah.

Sistem informasi kesehatan menjadi lemah setelah menerapkan kebijakan desentralisasi. Data dan informasi kesehatan untuk perencanaan tidak tersedia tepat waktu. Sistem Informasi Kesehatan Nasional (Siknas) yang berbasis fasilitas sudah mencapai tingkat kabupaten/kota namun belum dimanfaatkan. Hasil penelitian kesehatan belum banyak dimanfaatkan sebagai dasar perumusan kebijakan dan perencanaan program. Surveilans belum dilaksanakan secara menyeluruh.

Hukum kesehatan belum tertata secara sistematis dan belum mendukung pembangunan kesehatan secara utuh. Regulasi bidang kesehatan pada saat ini belum cukup, baik jumlah, jenis, maupun efektifitasnya.

Pemerintah belum sepenuhnya dapat menyelenggarakan pembangunan kesehatan yang efektif, efisien, dan bermutu sesuai dengan prinsip-prinsip tata pemerintahan yang baik (*good governance*).

6. Pemberdayaan Masyarakat

Rumah tangga yang telah melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat meningkat dari 27% pada tahun 2005 menjadi 36,3% pada tahun 2007, namun masih jauh dari sasaran yang harus dicapai pada tahun 2009, yakni dengan target 60%.

Jumlah UKBM, seperti Posyandu dan Poskesdes semakin meningkat, tetapi pemanfaatan dan kualitasnya masih rendah. Hingga tahun 2008 sudah terbentuk 47.111 Desa Siaga dimana terdapat 47.111 buah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat lainnya yang terus berkembang pada tahun 2008 adalah Posyandu yang telah berjumlah 269.202 buah dan 967 Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren). Di samping itu, Pemerintah telah memberikan pula bantuan stimulan untuk pengembangan 229 Musholla Sehat. Sampai dewasa ini dirasakan bahwa masyarakat masih lebih banyak sebagai objek dari pada sebagai subjek pembangunan kesehatan.

Hasil Riskesdas tahun 2007 menunjukkan bahwa alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes walaupun sebenarnya memerlukan adalah karena: pelayanannya tidak lengkap (49,6%), lokasinya jauh (26%), dan tidak ada Posyandu/Poskesdes (24%).

B. PERUBAHAN LINGKUNGAN STRATEGIS

Perkembangan global, regional, dan nasional yang dinamis akan mempengaruhi pembangunan suatu negara, termasuk pembangunan kesehatannya. Hal ini merupakan faktor eksternal utama yang mempengaruhi proses pembangunan kesehatan.

Faktor lingkungan strategis dapat dibedakan atas tatanan global, regional, nasional, dan lokal, serta dapat dijadikan peluang atau kendala bagi sistem kesehatan di Indonesia.

1. Tingkat Global dan Regional

Globalisasi merupakan suatu perubahan interaksi manusia secara luas, yang mencakup ekonomi, politik, sosial, budaya, teknologi, dan lingkungan.

Proses ini dipicu dan dipercepat dengan berkembangnya teknologi, informasi, dan transportasi yang mempunyai konsekuensi pada fungsi suatu negara dalam sistem pengelolaannya. Era globalisasi dapat menjadi peluang sekaligus tantangan pembangunan kesehatan, yang sampai saat ini belum sepenuhnya dilakukan persiapan dan langkah-langkah yang menjadikan peluang dan mengurangi dampak yang merugikan, sehingga mengharuskan adanya suatu sistem kesehatan yang responsif.

Komitmen Internasional, seperti: MDGs, adaptasi perubahan iklim (*climate change*), ASEAN Charter, jejaring riset Asia Pasifik, serta komitmen Nasional, seperti revitalisasi pelayanan kesehatan dasar dan [pengarus-utamaan gender](#), perlu menjadi perhatian dalam pembangunan kesehatan.

2. Tingkat Nasional dan Lokal

Pada tingkat nasional terjadi proses politik, seperti desentralisasi, demokratisasi, dan politik kesehatan yang berdampak pada pembangunan kesehatan, sebagai contoh: banyaknya peserta Pemilihan Kepala Daerah (Pilkada) yang menggunakan isu kesehatan sebagai janji politik.

Proses desentralisasi yang semula diharapkan mampu memberdayakan daerah dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, namun dalam kenyataannya belum sepenuhnya berjalan dan bahkan memunculkan euforia di daerah yang mengakibatkan pembangunan kesehatan terkendala.

Secara geografis, sebagian besar wilayah Indonesia rawan bencana, di sisi lain situasi sosial politik yang berkembang sering menimbulkan konflik sosial yang pada akhirnya memunculkan berbagai masalah kesehatan, termasuk akibat pembangunan yang tidak berwawasan kesehatan yang memerlukan upaya pemecahan melalui berbagai terobosan dan pendekatan.

Perangkat regulasi dan hukum yang terkait dengan kesehatan masih belum memadai, sementara itu kesadaran hukum masyarakat masih rendah, dan masih lemahnya penegakan hukum menyebabkan berbagai hambatan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Oleh karena itu perlu dilakukan berbagai terobosan/pendekatan terutama pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan yang memberikan penguatan kapasitas dan surveilans berbasis masyarakat, diantaranya melalui pengembangan Desa Siaga.

Di bidang lingkungan, mekanisme mitigasi serta adaptasi dan pengenalan resiko akan perubahan iklim menuntut kegiatan kerjasama antara pihak lingkungan dengan pihak kesehatan dan seluruh sektor terkait.

BAB III

ASAS SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Sebagaimana dinyatakan dalam Bab I bahwa Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Dengan demikian untuk menjamin efektifitas SKN, maka setiap pelaku pembangunan kesehatan harus taat pada asas yang menjadi landasan bagi setiap program dan kegiatan pembangunan kesehatan.

A. DASAR PEMBANGUNAN KESEHATAN

Sesuai dengan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Jangka Panjang Pembangunan Nasional (RPJP-N) Tahun 2005-2025, pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dapat terwujud.

Dalam Undang-undang tersebut, dinyatakan bahwa pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mendasarkan pada:

1. Perikemanusiaan

Pembangunan kesehatan harus berlandaskan pada prinsip perikemanusiaan yang dijiwai, digerakan dan dikendalikan oleh keimanan dan ketaqwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa. Tenaga kesehatan perlu berbudi luhur, memegang teguh etika profesi, dan selalu menerapkan prinsip perikemanusiaan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

2. Pemberdayaan dan Kemandirian

Setiap orang dan masyarakat bersama dengan pemerintah berperan, berkewajiban, dan bertanggung-jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya. Pembangunan kesehatan harus mampu membangkitkan dan mendorong peran aktif masyarakat. Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan berlandaskan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri serta kepribadian bangsa dan semangat solidaritas sosial serta gotong-royong.

3. Adil dan Merata

Dalam pembangunan kesehatan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, tanpa memandang suku, golongan, agama, dan status sosial ekonominya. Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan kembang, serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

4. Pengutamaan dan Manfaat

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mengutamakan kepentingan umum daripada kepentingan perorangan atau golongan. Upaya kesehatan yang bermutu diselenggarakan dengan memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta harus lebih mengutamakan pendekatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berlandaskan pada dasar kemitraan atau sinergisme yang dinamis dan tata penyelenggaraan yang baik, sehingga secara berhasil guna dan bertahap dapat

memberi manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat, beserta lingkungannya.

Pembangunan kesehatan diarahkan agar memberikan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain: ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, dan masyarakat miskin.

Perlu diupayakan pembangunan kesehatan secara terintegrasi antara Pusat dan Daerah dengan mengedepankan nilai-nilai pembangunan kesehatan, yaitu: a) Berpihak pada Rakyat, b) Bertindak Cepat dan Tepat, c) Kerjasama Tim, d) Integritas yang Tinggi, dan e) Transparansi serta Akuntabilitas.

B. DASAR SKN

Dalam penyelenggaraan, SKN perlu mengacu pada dasar-dasar sebagai berikut:

1. Hak Asasi Manusia (HAM)

Sesuai dengan tujuan pembangunan nasional dalam Pembukaan Undang-undang Dasar 1945, yaitu untuk meningkatkan kecerdasan bangsa dan kesejahteraan rakyat, maka setiap penyelenggaraan SKN berdasarkan pada prinsip hak asasi manusia. Undang-undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat 1 antara lain menggariskan bahwa setiap rakyat berhak atas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya tanpa membedakan suku, golongan, agama, jenis kelamin, dan status sosial ekonomi. Setiap anak dan perempuan berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

2. Sinergisme dan Kemitraan yang Dinamis

Sistem Kesehatan Nasional akan berfungsi baik untuk mencapai tujuannya apabila terjadi Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Sinergisme (KISS), baik antar pelaku, antar subsistem SKN, maupun dengan sistem serta subsistem lain di luar SKN. Dengan tatanan ini, maka sistem atau seluruh sektor terkait, seperti pembangunan prasarana, keuangan dan pendidikan perlu berperan bersama dengan sektor kesehatan untuk mencapai tujuan nasional.

Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki masing-masing. Kemitraan tersebut diwujudkan dengan mengembangkan jejaring yang berhasil guna dan berdaya guna, agar diperoleh sinergisme yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Komitmen dan Tata Pemerintahan yang Baik (*Good Governance*)

Agar SKN berfungsi baik, diperlukan komitmen yang tinggi, dukungan, dan kerjasama yang baik dari para pelaku untuk menghasilkan tata penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang baik (*good governance*). Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara demokratis, berkepastian hukum, terbuka (transparan), rasional, profesional, serta bertanggung-jawab dan bertanggung-gugat (akuntabel).

4. Dukungan Regulasi

Dalam menyelenggarakan SKN, diperlukan dukungan regulasi berupa adanya berbagai peraturan perundangan yang mendukung penyelenggaraan SKN dan penerapannya (*law enforcement*).

5. Antisipatif dan Pro Aktif

Setiap pelaku pembangunan kesehatan harus mampu melakukan antisipasi atas perubahan yang akan terjadi, yang di dasarkan pada pengalaman masa lalu atau pengalaman yang terjadi di negara lain. Dengan mengacu pada antisipasi tersebut, pelaku pembangunan kesehatan perlu lebih proaktif terhadap perubahan lingkungan strategis baik yang bersifat internal maupun eksternal.

6. Responsif Gender

Dalam penyelenggaraan SKN, setiap penyusunan rencana kebijakan dan program serta dalam pelaksanaan program kesehatan harus menerapkan **kesetaraan** dan **keadilan gender**. **Kesetaraan gender** dalam pembangunan kesehatan adalah kesamaan kondisi bagi laki-laki dan perempuan untuk memperoleh kesempatan dan hak-haknya sebagai manusia, agar mampu berperan dan berpartisipasi dalam kegiatan pembangunan kesehatan serta kesamaan dalam memperoleh manfaat pembangunan kesehatan.

Keadilan gender adalah suatu proses untuk menjadi adil terhadap laki-laki dan perempuan dalam pembangunan kesehatan.

7. Kearifan Lokal

Penyelenggaraan SKN di daerah harus memperhatikan dan menggunakan potensi daerah yang secara positif dapat meningkatkan hasil guna dan daya guna pembangunan kesehatan, yang dapat diukur secara kuantitatif dari meningkatnya peran serta masyarakat dan secara kualitatif dari meningkatnya kualitas hidup jasmani dan rohani. Dengan demikian kebijakan pembangunan daerah di bidang kesehatan harus sejalan dengan SKN, walaupun dalam prakteknya, dapat disesuaikan dengan potensi dan kondisi serta kebutuhan masyarakat di daerah terutama dalam penyediaan pelayanan kesehatan dasar bagi rakyat.

BAB IV

BENTUK POKOK SISTEM KESEHATAN NASIONAL

A. TUJUAN SKN

Tujuan SKN adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua potensi bangsa, baik masyarakat, swasta, maupun pemerintah secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

B. KEDUDUKAN SKN

1. Suprasistem SKN

Suprasistem SKN adalah Ketahanan Nasional. SKN bersama dengan berbagai sistem nasional lainnya diarahkan untuk mencapai Tujuan Bangsa Indonesia seperti yang tercantum dalam Pembukaan Undang-undang Dasar 1945, yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian, abadi dan keadilan sosial. Dalam kaitan ini, undang-undang yang berkaitan dengan kesehatan merupakan kebijakan strategis dalam pembangunan kesehatan.

2. Kedudukan SKN dalam Sistem Nasional Lainnya

Terwujudnya keadaan sehat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang tidak hanya menjadi tanggung-jawab sektor kesehatan, melainkan juga tanggung-jawab berbagai sektor terkait. Dalam penyelenggaraan pembangunan

kesehatan, SKN perlu menjadi acuan bagi sektor lain. Dalam penyelenggaraan pembangunan nasional, SKN dapat bersinergis secara dinamis dengan berbagai sistem nasional lainnya, seperti: Sistem Pendidikan Nasional, Sistem Perekonomian Nasional, Sistem Ketahanan Pangan Nasional, Sistem Hankamnas, dan Sistem nasional lainnya. Dengan demikian pelaksanaan pembangunan nasional harus berwawasan kesehatan dengan mengikutsertakan seluruh sektor terkait kesehatan sejak awal perencanaan agar dampak pembangunan yang dilakukan tidak merugikan derajat kesehatan masyarakat secara langsung maupun tidak langsung dalam jangka pendek maupun jangka panjang.

3. Kedudukan SKN terhadap Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan di Daerah

Dalam pembangunan kesehatan, SKN merupakan acuan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.

4. Kedudukan SKN terhadap berbagai Sistem Kemasyarakatan, termasuk Swasta

Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh dukungan sistem nilai dan budaya masyarakat yang secara bersama terhimpun dalam berbagai sistem kemasyarakatan. Di lain pihak, sebagai sistem kemasyarakatan yang ada, termasuk potensi swasta berperan aktif sebagai mitra dalam pembangunan kesehatan yang dilaksanakan sesuai SKN. Dalam kaitan ini SKN dipergunakan sebagai acuan bagi masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan.

Keberhasilan pembangunan kesehatan juga ditentukan oleh peran aktif swasta. Dalam kaitan ini potensi swasta merupakan bagian integral dari SKN. Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan perlu digalang kemitraan yang setara, terbuka, dan saling menguntungkan dengan berbagai potensi swasta. Sistem Kesehatan Nasional dapat mewarnai potensi swasta, sehingga sejalan dengan tujuan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan.

Dengan mengacu terutama pada kedudukan SKN diatas dan pencapaian tujuan nasional, dalam Gambar-1 dikemukakan alur pikir dari Rencana Pembangunan Kesehatan dan SKN termaksud.

C. SUBSISTEM SKN

Pendekatan manajemen kesehatan dewasa ini dan kecenderungannya di masa depan adalah kombinasi dari pendekatan: 1) Sistem, 2) Kontingensi, dan 3) Sinergi yang dinamis. Mengacu pada substansi perkembangan penyelenggaraan pembangunan kesehatan dewasa ini serta pendekatan manajemen kesehatan tersebut diatas, maka subsistem SKN meliputi:

1. Subsistem Upaya Kesehatan

Untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya perlu diselenggarakan berbagai upaya kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan.

2. Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan bersumber dari berbagai sumber, yakni: Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta, organisasi masyarakat, dan masyarakat itu sendiri.

Oleh karena itu, pembiayaan kesehatan yang adekuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan memegang peran yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan pembangunan kesehatan.

Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan *public good* yang menjadi tanggung-jawab pemerintah, sedangkan untuk pelayanan kesehatan perorangan pembiayaannya bersifat *private*, kecuali pembiayaan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi tanggung-jawab pemerintah. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan diselenggarakan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan dengan mekanisme asuransi sosial yang pada waktunya diharapkan akan mencapai *universal coverage* sesuai dengan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

3. Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan

Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, SKN juga memberikan fokus penting pada pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan guna menjamin ketersediaan dan pendistribusian sumber daya manusia kesehatan. Pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan meliputi: 1)

perencanaan kebutuhan sumber daya manusia yang diperlukan, 2) pengadaan yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan, 3) pendayagunaan SDM Kesehatan, termasuk peningkatan kesejahteraannya, dan 4) pembinaan serta pengawasan SDM Kesehatan.

4. Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan

Subsistem kesehatan ini meliputi berbagai kegiatan untuk menjamin: aspek keamanan, khasiat/kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar; ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial; perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat; penggunaan obat yang rasional; serta upaya kemandirian di bidang kefarmasian melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri.

5. Subsistem Manajemen dan Informasi Kesehatan

Subsistem ini meliputi: kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, hukum kesehatan, dan informasi kesehatan. Untuk menggerakkan pembangunan kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna, diperlukan manajemen kesehatan. Peranan manajemen kesehatan adalah koordinasi, integrasi, sinkronisasi, serta penyerasian berbagai subsistem SKN dan efektif, efisien, serta transparansi dari penyelenggaraan SKN tersebut.

Dalam kaitan ini peranan informasi kesehatan sangat penting. Dari segi pengadaan data dan informasi dapat dikelompokkan kegiatannya sebagai berikut: 1) Pengumpulan, validasi, analisa, dan diseminasi data dan informasi, 2) Manajemen sistem informasi, 3)

Dukungan kegiatan dan sumber daya untuk unit-unit yang memerlukan, dan 4) Pengembangan untuk peningkatan mutu sistem informasi kesehatan.

6. Subsistem Pemberdayaan Masyarakat

Sistem Kesehatan Nasional akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai sasaran pembangunan kesehatan, melainkan juga sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan. Oleh karenanya pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan. Dalam pemberdayaan masyarakat meliputi pula upaya peningkatan lingkungan sehat oleh masyarakat sendiri. Upaya pemberdayaan masyarakat akan berhasil pada hakekatnya bila kebutuhan dasar masyarakat sudah terpenuhi. Pemberdayaan masyarakat dan upaya kesehatan pada hakekatnya merupakan fokus dari pembangunan kesehatan.

D. TATA HUBUNGAN ANTAR SUBSISTEM DAN LINGKUNGANNYA

Penyelenggaraan SKN memerlukan keterkaitan antar unsur-unsur SKN sebagai suatu tata hubungan yang efektif. Keterkaitan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Subsistem Upaya Kesehatan diselenggarakan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk penyelenggaraan subsistem tersebut diperlukan berbagai upaya dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia. Berbagai upaya tersebut memerlukan dukungan pembiayaan, SDM Kesehatan, ketersediaan sediaan

farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen dan informasi kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat.

2. 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 terselenggaranya upaya kesehatan secara merata, terjangkau, dan bermutu bagi seluruh masyarakat. Tersedianya pembiayaan yang memadai juga akan menunjang terselenggaranya subsistem sumber daya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, subsistem manajemen dan informasi kesehatan, serta subsistem pemberdayaan masyarakat.
3. Subsistem sumber daya 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 dengan kebutuhan seluruh lapisan masyarakat. Tersedianya tenaga kesehatan yang mencukupi dan berkualitas juga akan menunjang terselenggaranya subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, subsistem manajemen dan informasi kesehatan, serta subsistem pemberdayaan masyarakat.
4. Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan diselenggarakan guna menjamin keamanan, khasiat, manfaat, dan mutu semua produk sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar; menjamin ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial;

perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat; serta penggunaan obat yang rasional, dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan saling terkait dengan subsistem upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya kesehatan, manajemen dan informasi kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat, sehingga upaya kesehatan dapat diselenggarakan dengan berhasil guna dan berdaya guna.

5. Subsistem manajemen dan informasi kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan fungsi-fungsi kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, informasi kesehatan, dan hukum kesehatan yang memadai dan mampu menunjang penyelenggaraan upaya kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna. Dengan manajemen kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna dapat diselenggarakan subsistem upaya kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumber daya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, serta subsistem pemberdayaan masyarakat, sebagai suatu kesatuan yang terpadu dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
6. 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 sumber daya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan,

dan makanan, serta subsistem manajemen dan informasi kesehatan.

Dalam kaitan ini, hubungan SKN dengan lingkungan strategisnya sangat penting artinya, mengingat pembangunan kesehatan tidak dapat mencapai tujuannya tanpa memperhatikan dengan seksama interaksi dengan lingkungan strategis tersebut, yang meliputi: ideologi, politik, ekonomi, sosial budaya, dan pertahanan keamanan. Lingkungan tersebut terdapat di tingkat lokal, nasional, regional, maupun global. Selain itu, lingkungan termaksud dapat sebagai peluang maupun kendala.

Untuk memperoleh kejelasan secara umum substansi berbagai unsur-unsur pembangunan kesehatan dan subsistem SKN serta tata hubungannya dengan lingkungan strategis yang lebih spesifik dan penting yang mempengaruhi SKN dapat dilihat pada skema di Gambar-2.

BAB V

CARA PENYELENGGARAAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

A. SUBSISTEM UPAYA KESEHATAN

1. Pengertian

Subsistem Upaya Kesehatan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan upaya kesehatan yang paripurna, terpadu, dan berkualitas, meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, yang diselenggarakan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

2. Tujuan

Tujuan dari penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang adil, merata, terjangkau, dan bermutu untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Unsur-unsur

a. Upaya Kesehatan

Pelayanan kesehatan meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, baik pelayanan kesehatan konvensional maupun pelayanan kesehatan yang terdiri dari pengobatan tradisional dan komplementer melalui pendidikan dan pelatihan dengan selalu mengutamakan keamanan dan efektifitas yang tinggi.

Upaya kesehatan diutamakan pada berbagai upaya yang mempunyai daya ungkit tinggi dalam pencapaian sasaran pembangunan kesehatan utamanya penduduk rentan, antara lain: ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, dan masyarakat miskin.

b. Sumber Daya Upaya Kesehatan

Sumber daya upaya kesehatan terdiri dari SDM kesehatan, biaya, sarana dan prasarana, termasuk fasilitas pelayanan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan, serta manajemen dan sistem informasi kesehatan yang memadai guna terselenggaranya upaya kesehatan.

Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan alat dan atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, baik peningkatan, pencegahan, pengobatan, maupun pemulihan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat, termasuk swasta.

c. Pembinaan dan Pengawasan Upaya Kesehatan

Pelayanan kesehatan harus diberikan berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh pemerintah dengan mempertimbangkan masukan dari organisasi profesi.

Pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan dilakukan secara berjenjang melalui standarisasi, sertifikasi, lisensi, akreditasi, dan penegakan hukum yang dilakukan oleh pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat.

d. Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan

Penelitian dan pengembangan dilakukan utamanya untuk mendukung peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan didasarkan pada masalah kesehatan prioritas, sumber daya kesehatan, serta aspek terkait lainnya dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sesuai.

4. Prinsip

a. Berkesinambungan dan Paripurna

Upaya kesehatan bagi masyarakat diselenggarakan secara berkesinambungan dan paripurna meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan hingga pemulihan, serta rujukan antar tingkatan upaya.

b. Bermutu, Aman, dan Sesuai Kebutuhan

Pelayanan kesehatan bagi masyarakat harus berkualitas, terjamin keamanannya bagi penerima dan pemberi upaya, dapat diterima masyarakat, efektif dan sesuai, serta mampu menghadapi tantangan global dan regional.

c. Adil dan Merata

Pemerintah wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata untuk memenuhi kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) dan di luar negeri dalam kondisi tertentu.

d. Non diskriminatif

Setiap penduduk harus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis, bukan status sosial ekonomi dan tidak membeda-bedakan suku/ras, budaya dan agama, dengan tetap memperhatikan pengarus-utamaan gender.

e. Terjangkau

Ketersediaan dan pembiayaan pelayanan kesehatan yang bermutu harus terjangkau oleh seluruh masyarakat.

f. Teknologi Tepat Guna

Upaya kesehatan menggunakan teknologi tepat guna yang berbasis bukti. Teknologi tepat guna berbasas pada kesesuaian kebutuhan dan tidak bertentangan dengan etika, moral, dan nilai agama.

g. Bekerja dalam Tim secara Cepat dan Tepat

Upaya kesehatan dilakukan secara kerjasama tim, melibatkan semua pihak yang kompeten, dilakukan secara cepat dengan ketepatan/presisi yang tinggi.

5. Penyelenggaraan

a. Upaya Kesehatan

Upaya kesehatan mencakup kesehatan fisik, mental, termasuk intelegensia dan sosial. Upaya kesehatan dilaksanakan dalam tingkatan upaya sesuai dengan kebutuhan medik dan kesehatan. Terdapat tiga tingkatan upaya, yaitu upaya kesehatan primer, upaya kesehatan sekunder, dan

upaya kesehatan tersier. Upaya kesehatan diselenggarakan secara berkesinambungan, terpadu, dan paripurna melalui sistem rujukan.

Rujukan upaya kesehatan adalah pelimpahan wewenang dan tanggung-jawab secara timbal balik, baik horisontal dan vertikal maupun struktural dan fungsional terhadap kasus penyakit atau masalah penyakit atau permasalahan kesehatan. Rujukan dibagi dalam rujukan medik yang berkaitan dengan pengobatan dan pemulihan berupa pengiriman pasien (kasus), spesimen, dan pengetahuan tentang penyakit; sedang rujukan kesehatan dikaitkan dengan upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan berupa sarana, teknologi, dan operasional.

Upaya kesehatan primer adalah upaya kesehatan dimana terjadi kontak pertama secara perorangan atau masyarakat dengan pelayanan kesehatan melalui mekanisme rujukan timbal-balik, termasuk penanggulangan bencana dan pelayanan gawat darurat.

Upaya kesehatan sekunder dan tersier adalah upaya kesehatan tingkat rujukan maupun rujukan tingkat lanjut.

1) Upaya Kesehatan Primer

Upaya Kesehatan Primer terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan primer dan pelayanan kesehatan masyarakat primer.

a) Pelayanan Kesehatan Perorangan Primer (PKPP)

Pelayanan kesehatan perorangan primer adalah pelayanan kesehatan dimana terjadi kontak pertama secara perorangan sebagai proses awal pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan perorangan primer memberikan penekanan pada pelayanan pengobatan, pemulihan tanpa mengabaikan upaya peningkatan dan pencegahan, termasuk di dalamnya pelayanan kebugaran dan gaya hidup sehat (*healthy life style*).

Pelayanan kesehatan perorangan primer diselenggarakan oleh tenaga kesehatan yang dibutuhkan dan mempunyai kompetensi seperti yang ditetapkan sesuai ketentuan berlaku serta dapat dilaksanakan di rumah, tempat kerja, maupun fasilitas kesehatan perorangan primer baik Puskesmas dan jaringannya, serta fasilitas kesehatan lainnya milik pemerintah, masyarakat, maupun swasta. Dilaksanakan dengan dukungan pelayanan kesehatan perorangan sekunder dalam sistem rujukan yang timbal balik.

Pelayanan kesehatan perorangan primer diselenggarakan berdasarkan Norma, Sstandar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) pelayanan yang ditetapkan oleh Pemerintah dengan memperhatikan masukan dari organisasi profesi dan masyarakat.

Pelayanan kesehatan perorangan primer dapat diselenggarakan sebagai pelayanan

yang bergerak (*ambulatory*) atau menetap; dapat dikaitkan dengan tempat kerja, seperti klinik perusahaan; dan dapat disesuaikan dengan lingkungan atau kondisi tertentu (kesehatan matra, seperti: kesehatan haji, kesehatan kelautan, kesehatan penerbangan, kesehatan wisata).

Pemerintah wajib menyediakan pelayanan kesehatan perorangan primer di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia sesuai kebutuhan, terutama bagi masyarakat miskin, daerah terpencil, perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta yang tidak diminati swasta.

Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan primer untuk penduduk miskin dibiayai oleh pemerintah, sedangkan golongan ekonomi lainnya dibiayai dalam sistem pembiayaan yang diatur oleh pemerintah.

Dalam pelayanan kesehatan perorangan termasuk pula pelayanan kesehatan berbasis masyarakat dalam bentuk seperti Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) dan pengobatan tradisional serta pengobatan alternatif yang secara ilmiah telah terbukti terjamin keamanan dan khasiatnya.

b) Pelayanan Kesehatan Masyarakat Primer (PKMP)

Pelayanan kesehatan masyarakat primer adalah pelayanan peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan

pengobatan dan pemulihan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat primer menjadi tanggung-jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang pelaksanaan operasionalnya dapat didelegasikan kepada Puskesmas. Masyarakat termasuk swasta dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat primer sesuai peraturan yang berlaku dan berkerjasama dengan pemerintah.

Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat primer ditanggung oleh pemerintah bersama masyarakat, termasuk swasta. Pemerintah wajib melaksanakan dan membiayai pelayanan kesehatan masyarakat primer yang berhubungan dengan prioritas pembangunan kesehatan melalui kegiatan perbaikan lingkungan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan kematian serta paliatif.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat primer didukung kegiatan lainnya, seperti surveilans, pencatatan, dan pelaporan.

Pemerintah dapat membentuk fasilitas kesehatan yang secara khusus ditugaskan untuk melaksanakan upaya kesehatan masyarakat sesuai keperluan.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat primer mendukung upaya

kesehatan berbasis masyarakat dan didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat sekunder.

2) Upaya Kesehatan Sekunder

Upaya kesehatan sekunder adalah upaya kesehatan rujukan lanjutan, yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan sekunder dan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder.

a) Pelayanan Kesehatan Perorangan Sekunder (PKPS)

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder adalah pelayanan kesehatan spesialistik yang menerima rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan primer, yang meliputi rujukan kasus, spesimen, dan ilmu pengetahuan serta wajib merujuk kembali ke fasilitas kesehatan yang merujuk.

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dilaksanakan oleh dokter spesialis atau dokter yang sudah mendapatkan pendidikan khusus dan mempunyai ijin praktik serta didukung tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan. Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dilaksanakan di tempat kerja maupun fasilitas kesehatan perorangan sekunder baik Rumah Sakit setara kelas C serta fasilitas kesehatan lainnya milik pemerintah, masyarakat, maupun swasta.

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder harus memberikan pelayanan kesehatan

yang aman, sesuai, efektif, efisien dan berbasis bukti (*evidence based medicine*) serta didukung pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder yang bersifat tradisional dan komplementer dilaksanakan dengan berafiliasi dengan atau di rumah sakit pendidikan.

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dapat dijadikan sebagai wahana pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pendidikan dan pelatihan.

b) Pelayanan Kesehatan Masyarakat Sekunder (PKMS)

Pelayanan kesehatan masyarakat sekunder menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat primer dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, dan sumber daya manusia kesehatan serta didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat tersier.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder menjadi tanggung-jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan atau Provinsi sebagai fungsi teknisnya, yakni melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat yang tidak sanggup atau tidak memadai dilakukan pada pelayanan kesehatan masyarakat primer.

Dalam penanggulangan penyakit menular yang tidak terbatas pada suatu batas

administrasi pemerintahan (lintas kabupaten/kota), maka tingkat yang lebih tinggi (provinsi) yang harus menanganinya.

Fasilitas kesehatan penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dibangun sesuai dengan standar. Bagi fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat milik swasta harus mempunyai izin sesuai peraturan yang berlaku serta dapat bekerjasama dengan unit kerja Pemerintah Daerah, seperti laboratorium kesehatan, Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL), Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK), dan lain-lain.

3) Upaya Kesehatan Tersier

Upaya kesehatan tersier adalah upaya kesehatan rujukan unggulan yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan tersier dan pelayanan kesehatan masyarakat tersier.

a) Pelayanan Kesehatan Perorangan Tersier (PKPT)

Pelayanan kesehatan perorangan tersier menerima rujukan sub-spesialistik dari pelayanan kesehatan di bawahnya, dan wajib merujuk kembali ke fasilitas kesehatan yang merujuk.

Pelaksana pelayanan kesehatan perorangan tersier adalah dokter sub-spesialis atau dokter spesialis yang telah mendapatkan pendidikan khusus atau pelatihan dan mempunyai izin praktik dan didukung oleh tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan.

Pelayanan kesehatan perorangan tersier dilaksanakan di Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Khusus setara kelas A dan B, baik milik pemerintah maupun swasta yang mampu memberikan pelayanan kesehatan sub-spesialistik dan juga termasuk klinik khusus, seperti pusat radioterapi.

Pemerintah mengembangkan berbagai pusat pelayanan unggulan nasional yang berstandar internasional untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan dan menghadapi persaingan global dan regional. Fasilitas pelayanan kesehatan perorangan tersier dapat didirikan melalui modal patungan dengan pihak asing sesuai dengan peraturan dan kebijakan yang berlaku.

Pelayanan kesehatan perorangan tersier wajib melaksanakan penelitian dan pengembangan dasar maupun terapan dan dapat dijadikan sebagai pusat pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan.

b) Pelayanan Kesehatan Masyarakat Tersier (PKMT)

Pelayanan kesehatan masyarakat tersier menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, sumber daya manusia kesehatan, dan rujukan operasional.

Pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat tersier adalah Dinas Kesehatan Provinsi, Unit

kerja terkait di tingkat Provinsi, Departemen Kesehatan, dan Unit kerja terkait di tingkat nasional.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat tersier menjadi tanggung-jawab Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan yang didukung dengan kerja sama lintas sektor.

Institut pelayanan kesehatan masyarakat tertentu secara nasional dapat dikembangkan untuk menampung kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat.

b. Pembinaan dan Pengawasan

1) Pembinaan Upaya Kesehatan

Pembinaan upaya kesehatan ditujukan untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan, harus didukung dengan standar pelayanan yang selalu dikaji dalam periode tertentu sesuai kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kebutuhan.

Pemerintah menetapkan kebijakan dan NSPK upaya kesehatan dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah, Organisasi Profesi, dan masyarakat.

Pemerintah Provinsi melakukan bimbingan dan pengendalian terhadap pelaksanaan kebijakan dan NSPK upaya kesehatan.

Pemerintah Kabupaten/Kota melaksanakan kebijakan dan NSPK upaya kesehatan.

Perizinan fasilitas upaya kesehatan menurut tingkatannya ditetapkan oleh Pemerintah, Pemerintah Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangannya yang diatur dalam peraturan perundangan.

Pemerintah, Pemerintah Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten/Kota sebagai penanggung-jawab pelaksanaan pembangunan kesehatan di wilayahnya, berkewajiban melakukan pembinaan terhadap semua fasilitas pelayanan kesehatan termasuk swasta, sehingga semua fasilitas pelayanan kesehatan wajib memberikan laporan kegiatannya.

Pembinaan upaya kesehatan dilakukan oleh pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat termasuk swasta.

2) Pengawasan Upaya Kesehatan

Pengawasan ditujukan untuk menjamin konsistensi penyelenggaraan upaya kesehatan dan dilakukan secara intensif, baik internal maupun eksternal dan juga dapat melibatkan masyarakat dan swasta. Hasil pengawasan digunakan untuk perlindungan terhadap masyarakat dan tenaga kesehatan selaku penyelenggara upaya kesehatan.

c. Penelitian dan Pengembangan

Pengembangan dan pemanfaatan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (Iptek) yang memadai ditujukan untuk meningkatkan mutu upaya kesehatan.

Sesuai dengan perkembangan dan keperluannya, pengembangan dan pemanfaatan Iptek perlu diperluas untuk mendukung pembangunan kesehatan secara keseluruhan.

Pengembangan dan pemanfaatan Iptek, meliputi:

- 1) Ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dihasilkan dari penelitian dan pengembangan kesehatan yang diselenggarakan oleh pusat-pusat penelitian dan pengembangan milik masyarakat, swasta, dan pemerintah. Pemerintah melaksanakan penelitian data dasar kesehatan, seperti Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) secara berkala dan penelitian pengembangan upaya kesehatan. Penelitian yang dilaksanakan oleh badan asing dan atau individu Warga Negara Asing (WNA) harus atas izin dan diawasi Pemerintah.
- 2) Pemanfaatan dan penyebarluasan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan diatur oleh Pemerintah dengan dukungan organisasi profesi, dilakukan dengan membentuk pusat-pusat penelitian dan pengembangan unggulan, jaringan informasi, dan dokumentasi Iptek kesehatan.

B. SUBSISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

1. Pengertian

Subsistem pembiayaan kesehatan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

2. Tujuan

Tujuan dari penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan adalah tersedianya dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, merata dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, tersalurkan sesuai peruntukannya untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Unsur-unsur

a. Dana

Dana digali dari sumber pemerintah baik dari sektor kesehatan dan sektor lain terkait, dari masyarakat, maupun swasta serta sumber lainnya yang digunakan untuk mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dana yang tersedia harus mencukupi dan dapat dipertanggungjawabkan serta dipertanggung-gugatkan.

b. Sumber Daya

Sumber daya dari subsistem pembiayaan kesehatan, meliputi: SDM pengelola, sarana, standar, regulasi, dan kelembagaan yang digunakan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung terselenggaranya pembangunan kesehatan.

c. Pengelolaan Dana Kesehatan

Prosedur/mechanisme pengelolaan dana kesehatan adalah seperangkat aturan yang disepakati dan secara konsisten dijalankan oleh para pelaku subsistem pembiayaan kesehatan, baik oleh pemerintah secara lintas sektor, swasta, maupun masyarakat yang mencakup mekanisme penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan.

4. Prinsip

a. Kecukupan

Pembiayaan kesehatan pada dasarnya merupakan tanggung-jawab bersama pemerintah, masyarakat, dan swasta. Alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk upaya kesehatan dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, baik pusat maupun daerah, terus diupayakan peningkatan dan kecukupannya sesuai kebutuhan menuju sekurang-kurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya.

Pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu merupakan tanggung-jawab pemerintah.

Dana kesehatan diperoleh dari berbagai sumber, baik dari pemerintah, masyarakat, maupun swasta yang harus digali dan dikumpulkan serta terus ditingkatkan untuk menjamin kecukupan agar jumlahnya dapat sesuai dengan kebutuhan, dikelola secara adil, transparan, akuntabel, berhasil guna dan berdaya guna, tersalurkan secara tepat memperhatikan subsidiaritas dan fleksibilitas, berkelanjutan, serta menjamin terpenuhinya ekuitas.

b. Efektif dan Efisien

Dalam menjamin efektifitas dan efisiensi penggunaan dana kesehatan, maka pembelanjannya dilakukan melalui kesesuaian antara perencanaan pembiayaan kesehatan, penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran dan kompetensi pemberi pelayanan kesehatan; sistem pembayaran pada fasilitas kesehatan perlu dikembangkan menuju bentuk pembayaran prospektif.

c. Adil dan Transparan

Dana kesehatan yang terhimpun baik dari pemerintah maupun masyarakat dimanfaatkan secara adil dalam rangka menjamin terpeliharanya dan terlindunginya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Dana kesehatan digunakan secara bertanggung-jawab dan bertanggung-gugat berdasarkan prinsip tata pemerintahan yang baik (*good governance*),

transparan, dan mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku.

5. Penyelenggaraan

Subsistem pembiayaan kesehatan merupakan suatu proses yang terus-menerus dan terkendali, agar tersedia dana kesehatan yang mencukupi dan berkesinambungan, bersumber dari pemerintah, swasta, masyarakat, dan sumber lainnya.

Perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan dilakukan melalui penggalan dan pengumpulan berbagai sumber dana yang dapat menjamin kesinambungan pembiayaan pembangunan kesehatan, mengalokasikannya secara rasional, serta menggunakannya secara efisien dan efektif.

Dalam hal pengaturan penggalan dan pengumpulan serta pemanfaatan dana yang bersumber dari iuran wajib, pemerintah harus melakukan sinkronisasi dan sinergisme antara sumber dana dari iuran wajib, dana APBN/APBD, dana dari masyarakat, dan sumber lainnya.

a. Penggalan Dana

Penggalan dana untuk pembangunan kesehatan yang bersumber dari pemerintah dilakukan melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan atau pinjaman yang tidak mengikat, serta berbagai sumber lainnya. Dana yang bersumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip kemitraan antara pemerintah dan masyarakat yang didukung dengan pemberian insentif. Penggalan dana yang bersumber dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri atau dilakukan secara pasif

dengan memanfaatkan berbagai dana yang sudah terkumpul di masyarakat.

Penggalian dana untuk pelayanan kesehatan perorangan dilakukan dengan cara penggalian dan pengumpulan dana masyarakat dan didorong pada bentuk jaminan pemeliharaan kesehatan.

b. Pengalokasian Dana

Pengalokasian dana pemerintah dilakukan melalui perencanaan anggaran dengan mengutamakan upaya kesehatan prioritas secara bertahap dan terus ditingkatkan jumlah pengalokasiannya sehingga sesuai dengan kebutuhan. Hal ini termasuk program bantuan sosial dari pemerintah untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu (Jamkesmas).

Dana pemerintah untuk pembangunan kesehatan diarahkan untuk membiayai upaya kesehatan primer, sekunder, dan tersier dengan mengutamakan masyarakat rentan dan miskin, daerah terpencil, perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta yang tidak diminati swasta, termasuk program-program kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Pengalokasian dana untuk pelayanan kesehatan perorangan dilakukan melalui kepesertaan dalam jaminan pemeliharaan kesehatan yang diatur oleh pemerintah.

Pengalokasian dana yang dihimpun dari masyarakat dilaksanakan berdasarkan asas gotong-royong sesuai dengan potensi dan kebutuhannya.

c. Pembelanjaan

Pemanfaatan dana kesehatan dilakukan dengan memperhatikan aspek teknis maupun alokatif sesuai peruntukannya secara efisien dan efektif untuk terwujudnya pengelolaan pembiayaan kesehatan yang transparan, akuntabel, serta menerapkan prinsip penyelenggaraan tata pemerintahan yang baik (*good governance*).

Pembelanjaan dana kesehatan diarahkan terutama melalui jaminan pemeliharaan kesehatan, baik yang bersifat wajib maupun sukarela serta dalam upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan.

C. SUBSISTEM SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

1. Pengertian

Subsistem SDM Kesehatan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan upaya pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan, yang meliputi: upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Sumber Daya Manusia Kesehatan adalah tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis dan tenaga kesehatan non profesi serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya seperti dalam upaya dan manajemen kesehatan.

2. Tujuan

Tujuan dari penyelenggaraan subsistem SDM Kesehatan adalah tersedianya SDM Kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan yang terdistribusi secara adil dan merata serta didayagunakan secara optimal dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Unsur-unsur

a. Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDM Kesehatan)

Sumber daya manusia Kesehatan, baik tenaga kesehatan maupun tenaga pendukung/penunjang kesehatan, mempunyai hak untuk memenuhi kebutuhan dasarnya (hak asasi) dan sebagai makhluk sosial, dan wajib memiliki kompetensi untuk mengabdikan dirinya di bidang kesehatan, serta mempunyai etika, berakhlak luhur, dan berdedikasi tinggi dalam melakukan tugasnya.

b. Sumber Daya Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan

Sumber daya pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan adalah sumber daya pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan, yang meliputi: berbagai standar kompetensi, modul dan kurikulum serta metode pendidikan dan latihan, sumber daya manusia pendidikan dan pelatihan, serta institusi/fasilitas pendidikan dan pelatihan yang menyediakan sarana dan prasarana pendidikan dan pelatihan. Dalam sumber daya ini juga termasuk sumber daya manusia, dana, cara

atau metode, serta peralatan dan perlengkapan untuk melakukan perencanaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan.

c. Penyelenggaraan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan

Penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan meliputi upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan. Perencanaan SDM Kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah, kualifikasi, dan distribusi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.

Pengadaan SDM Kesehatan adalah upaya yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pembangunan kesehatan.

Pendayagunaan SDM Kesehatan adalah upaya pemerataan dan pemanfaatan serta pengembangan SDM Kesehatan.

Pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan adalah upaya untuk mengarahkan, memberikan dukungan, serta mengawasi pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan.

4. Prinsip

a. Adil dan Merata serta Demokratis

Pemenuhan ketersediaan SDM Kesehatan ke seluruh wilayah Indonesia harus berdasarkan

pemerataan dan keadilan sesuai dengan potensi dan kebutuhan pembangunan kesehatan serta dilaksanakan secara demokratis, tidak diskriminatif dengan menjunjung tinggi hak asasi manusia, nilai keagamaan, nilai budaya, dan kemajemukan bangsa.

b. Kompeten dan Berintegritas

Pengadaan SDM Kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan yang sesuai standar pelayanan dan standar kompetensi serta menghasilkan SDM yang menguasai Iptek, profesional, beriman, bertaqwa, mandiri, bertanggung-jawab, dan berdaya saing tinggi.

c. Objektif dan Transparan

Pembinaan dan pengawasan serta pendayagunaan (termasuk pengembangan karir) SDM Kesehatan dilakukan secara objektif dan transparan berdasarkan prestasi kerja dan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.

d. Hierarki dalam SDM Kesehatan

Pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan dalam mendukung pembangunan kesehatan perlu memperhatikan adanya susunan hierarki SDM Kesehatan yang ditetapkan berdasarkan jenis dan tingkat tanggung-jawab, kompetensi, serta keterampilan masing-masing SDM Kesehatan.

5. Penyelenggaraan

a. Perencanaan SDM Kesehatan

Penyusunan rencana kebutuhan SDM Kesehatan dilakukan dengan memperhatikan kebutuhan SDM Kesehatan yang diutamakan, baik dalam upaya kesehatan primer maupun upaya kesehatan sekunder serta tersier.

Perencanaan SDM Kesehatan yang meliputi jenis, jumlah, dan kualifikasinya dilakukan dengan meningkatkan dan memantapkan keterkaitannya dengan unsur lainnya dalam manajemen pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan dengan memperhatikan tujuan pembangunan kesehatan dan kecenderungan permasalahan kesehatan di masa depan.

Perencanaan SDM Kesehatan dilakukan dengan mendasarkan pada fakta (berbasis bukti) melalui peningkatan sistem informasi SDM Kesehatan.

b. Pengadaan SDM Kesehatan

Standar pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan mengacu kepada standar pelayanan dan standar kompetensi SDM Kesehatan dan perlu didukung oleh etika profesi SDM Kesehatan tersebut. Pemerintah dengan melibatkan organisasi profesi dan masyarakat menetapkan standar kompetensi dan standar pendidikan yang berlaku secara nasional.

Pemerintah bertanggung-jawab mengatur pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program

pendidikan tenaga kesehatan yang dibutuhkan dalam pembangunan kesehatan.

Pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program pendidikan ditekankan untuk menghasilkan lulusan tenaga kesehatan yang bermutu dan dapat bersaing secara global dengan memperhatikan keseimbangan antara kebutuhan, dinamika pasar baik di dalam maupun di luar negeri, dan kemampuan produksi tenaga kesehatan dengan yang sudah ada.

Pemerintah dengan melibatkan organisasi profesi membentuk badan regulator profesi yang bertugas menyusun berbagai peraturan persyaratan, menentukan kompetensi umum, prosedur penetapan kompetensi khusus tenaga kesehatan, serta menentukan sertifikasi institusi pendidikan dan pelatihan profesi.

Kompetensi tenaga kesehatan harus setara dengan kompetensi tenaga kesehatan di dunia internasional, sehingga registrasi tenaga kesehatan lulusan dalam negeri dapat diakui di dunia internasional.

Penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan harus memenuhi akreditasi sesuai dengan peraturan perundangan. Institusi/fasilitas pelayanan kesehatan yang terakreditasi wajib mendukung penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan.

Penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan harus responsif gender yang berorientasi kepada kepentingan peserta didik ("*student centered*").

c. Pendayagunaan SDM Kesehatan

Pemerintah Pusat bekerjasama dengan Pemerintah Daerah melakukan upaya penempatan tenaga kesehatan yang ditujukan untuk mencapai pemerataan yang berkeadilan dalam pembangunan kesehatan. Dalam rangka penempatan tenaga kesehatan untuk kepentingan pelayanan publik dan pemerataan, pemerintah melakukan berbagai pengaturan untuk memberikan imbalan material atau non material kepada tenaga kesehatan untuk bekerja di bidang tugas atau daerah yang tidak diminati, seperti: daerah terpencil, daerah tertinggal, daerah perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta daerah bencana dan rawan konflik.

Pemerintah, baik Pusat maupun Daerah dan Swasta melakukan rekrutmen dan penempatan tenaga kesehatan dan tenaga pendukung kesehatan yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan dan atau menjalankan tugas dan fungsi institusinya.

Pemerintah Daerah bersama UPT-nya dan masyarakat melakukan rekrutmen dan penempatan tenaga penunjang (tenaga masyarakat) yang diperlukan untuk mendukung UKBM sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.

Pemerintah dan swasta mengembangkan dan menerapkan pola karir tenaga kesehatan yang dilakukan secara transparan, terbuka, dan lintas institusi melalui jenjang jabatan struktural dan jabatan fungsional.

Pemerintah bersama organisasi profesi dan swasta mengupayakan penyelenggaraan pendidikan

berkelanjutan dalam rangka peningkatan karir dan profesionalisme tenaga kesehatan.

Pendayagunaan tenaga kesehatan untuk keperluan luar negeri diatur oleh lembaga pemerintah dalam rangka menjamin keseimbangan antara kemampuan pengadaan tenaga kesehatan di Indonesia dan kebutuhan tenaga kesehatan Indonesia di luar negeri serta melindungi hak-hak dan hak asasi manusia tenaga kesehatan Indonesia di luar negeri.

Pendayagunaan tenaga kesehatan warga negara asing hanya dilakukan pada tingkat konsultan pada bidang tertentu, dalam rangka alih teknologi dan ditetapkan melalui persyaratan sesuai peraturan perundangan yang berlaku. Dalam rangka mengantisipasi globalisasi perlu dilakukan pengaturan agar masuknya SDM Kesehatan warga negara asing dengan teknologi, modal, dan pengalaman yang mereka punyai tidak merugikan SDM Kesehatan Indonesia.

Tenaga kesehatan Warga Negara Indonesia lulusan institusi luar negeri yang telah memperoleh pengakuan dari Departemen yang bertanggung-jawab atas pendidikan nasional, mempunyai hak dan kewajiban yang sama dengan tenaga kesehatan lulusan dalam negeri.

Dalam rangka pendayagunaan SDM Kesehatan yang sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan, perlu dilakukan peningkatan kualitas SDM Kesehatan secara terus menerus (*pra-jabatan/*"*pre-service*" dan "*in-service*"), diantaranya melalui pelatihan yang terakreditasi yang dilaksanakan oleh institusi penyelenggara pelatihan yang terakreditasi.

d. Pembinaan dan Pengawasan SDM Kesehatan

Pembinaan penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan di berbagai tingkatan dan atau organisasi memerlukan komitmen yang kuat dari pemerintah dan dukungan peraturan perundang-undangan mengenai pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan tersebut.

Pembinaan dan pengawasan praktik profesi bagi tenaga kesehatan profesi dilakukan melalui sertifikasi, registrasi, uji kompetensi, dan pemberian lisensi bagi tenaga kesehatan yang memenuhi syarat.

Sertifikasi tenaga kesehatan dalam bentuk ijazah dan sertifikat kompetensi diberikan Departemen Kesehatan setelah melalui uji kompetensi yang dilaksanakan organisasi profesi terkait.

Registrasi tenaga kesehatan untuk dapat melakukan praktik profesi di seluruh wilayah Indonesia diberikan oleh Departemen Kesehatan, yang dalam pelaksanaannya dapat dilimpahkan kepada Pemerintah Daerah Provinsi.

Perizinan/lisensi tenaga kesehatan profesi untuk melakukan praktik dalam rangka memperoleh penghasilan secara mandiri dari profesinya diberikan oleh instansi kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota setelah mendapatkan rekomendasi dari organisasi profesi terkait.

Pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan dilakukan melalui sistem karier, penggajian, dan insentif untuk hidup layak sesuai dengan tata nilai di

masyarakat dan beban tugasnya agar dapat bekerja secara profesional. Pengawasan SDM Kesehatan dilakukan untuk mencegah terjadinya pelanggaran disiplin melalui pengawasan melekat dan pengawasan profesi. Dalam hal terjadi pelanggaran disiplin oleh tenaga kesehatan maupun tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang bekerja dalam bidang kesehatan dan menyebabkan kerugian pada pihak lain, maka sanksi administrasi maupun pidana harus dilakukan dalam rangka melindungi masyarakat maupun tenaga yang bersangkutan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.

D. SUBSISTEM SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN, DAN MAKANAN

1. Pengertian

Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya yang menjamin keamanan, khasiat/manfaat, mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.

Sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional, dan kosmetika.

2. Tujuan

Tujuan penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah tersedianya sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang terjamin aman, berkhasiat/bermanfaat dan bermutu; dan khusus untuk obat dijamin ketersediaan dan

keterjangkauannya guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Unsur-unsur

a. Komoditi

Sediaan farmasi dan alat kesehatan adalah komoditi untuk penyelenggaraan upaya kesehatan; makanan adalah komoditi yang mempengaruhi kesehatan masyarakat. Sediaan farmasi harus tersedia dalam jenis, bentuk, dosis, jumlah, dan khasiat yang tepat; alat kesehatan tersedia dalam jenis, bentuk, jumlah, dan fungsinya; serta makanan meliputi jenis dan manfaat.

b. Sumber Daya

Sumber Daya Manusia sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan harus dengan jumlah yang cukup serta mempunyai standar kompetensi yang sesuai dengan etika profesi.

Fasilitas sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah peralatan atau tempat yang harus memenuhi Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria yang telah ditetapkan, baik di fasilitas produksi, distribusi maupun fasilitas pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier.

Pembiayaan yang cukup dari pemerintah diperlukan untuk menjamin ketersediaan dan keterjangkauan obat, terutama obat dan alat kesehatan esensial bagi masyarakat miskin.

c. Pelayanan Kefarmasian

Pelayanan kefarmasian ditujukan untuk dapat menjamin penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan, secara rasional, aman, dan bermutu di semua sarana pelayanan kesehatan dengan mengikuti norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan.

d. Pengawasan

Pengawasan yang komprehensif dengan melaksanakan regulasi yang baik (*Good Regulatory Practices*), ditujukan untuk menjamin setiap sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar memenuhi standar dan persyaratan keamanan, khasiat/manfaat, dan mutu yang ditetapkan yang didukung oleh Laboratorium Pengujian yang handal.

e. Pemberdayaan Masyarakat

Masyarakat senantiasa dilibatkan secara aktif agar sadar dan dapat lebih berperan dalam penyediaan dan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan serta terhindar dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan. Penyediaan unit pelayanan publik bidang kesehatan untuk menangani berbagai masalah yang mudah diakses oleh masyarakat dan menerima keluhan atau pertanyaan terkait dengan sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan.

4. Prinsip

a. Aman, Berkhasiat, Bermanfaat, dan Bermutu

Pemerintah menjamin keamanan, khasiat, manfaat, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan melalui pembinaan, pengawasan, dan pengendalian secara profesional, bertanggung-jawab, independen, transparan, dan berbasis bukti ilmiah. Sedangkan pelaku usaha bertanggung-jawab atas keamanan, khasiat/manfaat, dan mutu produk sesuai dengan fungsi usahanya dan peraturan yang berlaku.

b. Tersedia, Merata, dan Terjangkau

Obat merupakan kebutuhan dasar manusia yang tidak tergantikan dalam pelayanan kesehatan, sehingga obat tidak boleh diperlakukan sebagai komoditas ekonomi semata.

c. Rasional

Setiap pelaku pelayanan kesehatan harus selalu bertindak berdasarkan bukti ilmiah terbaik dan prinsip tepat biaya (*cost-effective*) serta tepat manfaat (*cost-benefit*) dalam pemanfaatan obat agar memberikan hasil yang optimal.

d. Transparan dan Bertanggung-jawab

Masyarakat berhak untuk mendapatkan informasi yang benar, lengkap, dan tidak menyesatkan tentang sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan dari produsen, distributor, dan pelaku pelayanan kesehatan.

e. Kemandirian

Potensi sumber daya dalam negeri, utamanya bahan baku obat dan obat tradisional harus dikelola secara profesional, sistematis, dan berkesinambungan sehingga memiliki daya saing tinggi dan mengurangi ketergantungan dari sumber daya luar negeri serta menjadi sumber ekonomi masyarakat dan devisa negara.

5. Penyelenggaraan

a. Upaya Ketersediaan, Pemerataan, dan Keterjangkauan Obat dan Alat Kesehatan

Penyediaan dan pelayanan obat berpedoman pada DOEN untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan. Pemerintah dengan pengaturan khusus menjamin tersedianya obat bagi masyarakat di daerah terpencil, daerah tertinggal dan perbatasan, serta daerah bencana, daerah rawan konflik dan obat yang tidak mempunyai nilai ekonomis (*orphan drug*).

Pemerintah melakukan pengendalian dan pengawasan terhadap pengadaan serta penyaluran untuk menjamin ketersediaan dan pemerataan obat serta alat kesehatan.

Pemerintah mengatur harga obat dan alat kesehatan.

b. Upaya Jaminan Keamanan, Khasiat/manfaat, dan Mutu Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan serta Perlindungan Masyarakat dari Penggunaan yang Salah dan Penyalahgunaan Obat dan Alat Kesehatan

Upaya jaminan keamanan, khasiat/manfaat, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan merupakan tugas bersama yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan, yaitu pemerintah, pelaku usaha, dan masyarakat secara terpadu dan bertanggung-jawab.

Pelaksanaan regulasi yang baik (*Good Regulatory Practices*) didukung oleh sumber daya yang memadai secara kuantitas maupun kualitas, sistem manajemen mutu, akses terhadap ahli dan referensi ilmiah, kerjasama internasional, laboratorium pengujian mutu yang kompeten, independen, dan transparan.

Pengembangan dan penyempurnaan norma, standar, prosedur, dan kriteria mengenai produk dan fasilitas produksi dan distribusi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan sesuai dengan perkembangan iptek dan standar internasional.

Pembinaan, pengawasan, dan pengendalian impor, ekspor, produksi dan distribusi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan merupakan suatu kesatuan yang utuh, dilakukan melalui penilaian keamanan, khasiat/manfaat, dan mutu produk melalui proses pendaftaran dan evaluasi, inspeksi fasilitas produksi dan distribusi, pengambilan dan pengujian sampel, survailan dan vijilan setelah pemasaran, serta pemantauan label atau penandaan, iklan dan promosi.

Dalam rangka menghindarkan dampak buruk dari penggunaan alat kesehatan, maka upaya jaminan perlindungan keamanan diberikan kepada pengguna dan operator alat kesehatan, masyarakat, serta lingkungannya.

Penegakan hukum yang konsisten dengan efek jera yang tinggi untuk setiap pelanggaran, termasuk pemberantasan produk palsu dan ilegal.

Peningkatan kesadaran/kemandirian masyarakat melalui penyediaan dan penyebaran informasi terpercaya termasuk informasi harga obat, sehingga masyarakat memperoleh informasi yang benar, menyeluruh, transparan, dan tidak menyesatkan mengenai penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.

Perlindungan masyarakat dari penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif (Napza) harus merupakan upaya yang terpadu antara upaya represif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Perlindungan masyarakat terhadap pencemaran sediaan farmasi dari bahan-bahan yang dilarang, atau penggunaan bahan tambahan makanan yang tidak sesuai persyaratan.

Mendorong masyarakat rentan terutama anak dan ibu hamil, serta manusia usia lanjut untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi tinggi dan memenuhi persyaratan keamanan, mutu dan gizi.

c. Upaya Penyelenggaraan Pelayanan Kefarmasian

Penyelenggaraan pelayanan kefarmasian di semua sarana pelayanan kesehatan dilakukan dengan:

1) Mengutamakan kesejahteraan pasien dalam segala situasi dan kondisi; 2) Melaksanakan kegiatan inti farmasi yang meliputi pengelolaan obat dan produk kesehatan lainnya, menjamin mutu, memberikan informasi dan saran serta memonitor penggunaan obat oleh pasien; 3) Memberikan kontribusi dalam peningkatan persepsian yang rasional dan ekonomis serta penggunaan yang tepat; dan 4) Memberikan pelayanan kefarmasian yang sesuai untuk setiap individu.

d. Upaya Penggunaan Obat yang Rasional

Penggunaan obat yang rasional merupakan salah satu langkah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan mengefisienkan biaya pengobatan.

Penyelenggaraan upaya penggunaan obat yang rasional dilakukan antara lain melalui kegiatan berikut: 1) Penerapan DOEN dalam upaya pelayanan kesehatan tingkat primer, sekunder, dan tersier, melalui pemanfaatan pedoman terapi dan formularium berbasis bukti ilmiah terbaik; 2) Audit dan umpan balik dalam penggunaan obat rasional; 3) Pengembangan mekanisme pemantauan ketersediaan obat esensial dan langkah-langkah perbaikan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan; 4) Pemberdayaan Komite Farmasi dan Terapi (KFT) untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian melalui penggunaan obat secara rasional; 5) Penerapan pendekatan farmako ekonomi melalui analisis biaya efektif dan biaya manfaat pada seleksi obat yang digunakan di semua tingkat pelayanan kesehatan; 6) Penyediaan informasi obat yang benar, objektif dan lengkap melalui penyusunan Informasi Obat Nasional Indonesia

(IONI) akan sangat mendukung para profesi kesehatan seperti: dokter, apoteker, perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat sehingga dapat meningkatkan kemanfaatan dan keamanan penggunaan obat termasuk penggunaan obat yang rasional, 7) Pemberdayaan masyarakat melalui Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE). Informasi kepada masyarakat, antara lain promosi penggunaan obat generik dan pengelolaan berbagai penyakit secara tepat, seperti penyakit diare, dan lain-lain; serta 8) Pemberdayaan SDM Kesehatan dalam melaksanakan penggunaan obat rasional di semua fasilitas pelayanan kesehatan.

e. Upaya Kemandirian Sediaan Farmasi melalui Pemanfaatan Sumber Daya Dalam Negeri

Pengembangan dan pemanfaatan sumber daya alam Indonesia perlu didorong secara berkelanjutan untuk digunakan sebagai obat tradisional demi peningkatan pelayanan kesehatan dan ekonomi.

Langkah-langkah yang perlu diselenggarakan meliputi: 1) Pemilihan produk yang tepat untuk pengembangan produksi dalam negeri dengan mempertimbangkan potensi sumber daya dalam negeri; 2) Pemerintah menciptakan iklim yang kondusif bagi investasi di bidang farmasi melalui persaingan usaha yang adil, pemberian insentif kebijakan perpajakan dan perbankan, serta kepastian proses perijinan; 3) Pembinaan industri farmasi dalam negeri agar mampu melakukan produksi sesuai dengan Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB) dan dapat melakukan usahanya dengan efektif dan efisien sehingga mempunyai daya saing yang tinggi; 4) Komitmen semua

pemangku kepentingan, seperti kemauan industri farmasi domestik untuk memprioritaskan penggunaan bahan baku produksi dalam negeri, penerimaan fasilitas pelayanan kesehatan, para pelayan kesehatan dan konsumen; 5) Peningkatan penelitian dan pengembangan bahan baku obat, obat, dan obat tradisional untuk menunjang pembangunan kesehatan; 6) Pengembangan pemanfaatan obat tradisional yang aman, memiliki khasiat nyata yang teruji secara ilmiah, bermutu tinggi, dan dimanfaatkan secara luas baik untuk pengobatan sendiri oleh masyarakat maupun digunakan dalam pelayanan kesehatan formal.

Penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan harus melibatkan seluruh pelaku baik secara perorangan maupun bersama dan terpadu antara pemerintah, swasta/dunia usaha, dan masyarakat.

E. SUBSISTEM MANAJEMEN DAN INFORMASI KESEHATAN

1. Pengertian

Subsistem manajemen dan informasi kesehatan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan yang menghimpun berbagai upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, pengaturan hukum kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan yang mendukung subsistem lainnya dari SKN guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

2. Tujuan

Tujuan subsistem manajemen dan informasi kesehatan adalah terwujudnya kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, berbasis bukti dan operasional, terselenggaranya fungsi-fungsi administrasi kesehatan yang berhasil guna, berdaya guna, dan akuntabel, serta didukung oleh hukum kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Unsur-unsur

a. Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan pedoman yang menjadi acuan bagi semua pelaku pembangunan kesehatan, baik pemerintah, swasta, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan memperhatikan kerangka desentralisasi dan otonomi daerah.

b. Administrasi Kesehatan

Administrasi kesehatan merupakan kegiatan perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung-jawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

c. Hukum Kesehatan

Hukum kesehatan merupakan keseluruhan peraturan perundangan di bidang kesehatan dan segala tindakan penyebarluasan, penerapan, dan penegakan aturan tersebut dalam rangka memberikan perlindungan, terutama kepada individu dan masyarakat dan sebagai sarana untuk

memfasilitasi penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

d. **Informasi Kesehatan**

Informasi kesehatan merupakan hasil pengumpulan dan pengolahan data sebagai masukan bagi pengambilan keputusan di bidang kesehatan.

e. **Sumber daya Manajemen Kesehatan dan Informasi Kesehatan**

Sumber daya manajemen kesehatan dan informasi kesehatan, meliputi: SDM, dana, sarana prasarana, standar, dan kelembagaan yang digunakan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam upaya mendukung terselenggaranya pembangunan kesehatan.

4. Prinsip

a. **Inovasi atau Kreativitas**

Penyelenggaraan manajemen dan informasi kesehatan harus mampu menciptakan daya tahan dan kesinambungan kinerja sistem melalui inovasi/kreatifitas dalam menghadapi perubahan dan tantangan pembangunan kesehatan dengan lebih baik.

b. **Kepemimpinan yang Visioner Bidang Kesehatan**

Kepemimpinan yang visioner bidang kesehatan adalah kepemimpinan yang mempunyai visi, keteladanan, dan bertekad dalam pembangunan kesehatan.

c. Sinergisme yang Dinamis

Pendekatan manajemen kesehatan merupakan kombinasi dari pendekatan sistem, kontingensi, dan sinergi yang dinamis. Dalam manajemen ini penting adanya interaksi, transparansi, interelasi dan interdependensi yang dinamis di antara para pelaku pembangunan kesehatan. Dalam manajemen kesehatan ini prinsip efisiensi, efektifitas, dan transparansi sangat penting. Perencanaan kebijakan, program, dan anggaran perlu disusun secara terpadu.

d. Kesesuaian dengan Sistem Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia

Manajemen dan informasi kesehatan menjadi pendukung utama dalam pelaksanaan desentralisasi dengan mempertimbangkan komitmen global dalam pembangunan kesehatan.

5. Penyelenggaraan

Dalam rangka mencapai Tujuan Nasional, pembangunan kesehatan menjadi salah satu dari arus utama pembangunan nasional. Untuk itu, subsistem manajemen dan informasi kesehatan diselenggarakan dengan mensinergikan unsur kebijakan, administrasi, hukum, dan informasi kesehatan.

a. Kebijakan Kesehatan

Penyelenggaraan proses kebijakan kesehatan dilakukan secara optimal dengan mengacu kepada Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) kebijakan pembangunan kesehatan nasional; penetapan skala prioritas berbasis bukti dari

berbagai sumber yang tersedia; melalui proses pengkajian dan perumusan kebijakan yang melibatkan masyarakat dan berbagai *stakeholder* terkait; berorientasi pada kepentingan masyarakat; didukung dengan SDM yang kompeten; untuk dilaksanakan secara bersama oleh seluruh pelaku pembangunan kesehatan secara sinergi dan dinamis.

b. Administrasi Kesehatan

Penyelenggaraan administrasi kesehatan meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggung-jawaban didasarkan atas urusan wajib bidang kesehatan yang dilaksanakan secara berdaya guna dan berhasil guna, terpadu berlandaskan pada arah kebijakan pembangunan nasional dengan memperhatikan NSPK dan prioritas pembangunan kesehatan, berorientasi pada kepentingan masyarakat, responsif gender, memanfaatkan teknologi informasi, didukung SDM yang kompeten, dan pembiayaan yang mencukupi; dilaksanakan secara sinergi yang dinamis antara sektor kesehatan dengan sektor lain, Pusat dan Daerah dengan mempertimbangkan desentralisasi dan memperhatikan peraturan perundangan yang berlaku; dilaksanakan dengan menjunjung tinggi penyelenggaraan tata pemerintahan yang baik (*good governance*).

c. Hukum Kesehatan

Penyelenggaraan hukum kesehatan meliputi penyusunan peraturan/regulasi dan harmonisasi di tingkat pusat dan daerah, pelayanan advokasi hukum, peningkatan kesadaran hukum bagi aparatur kesehatan dan masyarakat, serta

pembinaan dan pengawasan; dilaksanakan dengan mempertimbangkan perlindungan bagi masyarakat dan pemberi pelayanan, keadilan, kesetaraan, serta sesuai dengan kebutuhan; peraturan, sosialisasi, penerapan, dan penegakan hukum perlu dilengkapi dan ditata dengan memperhatikan perkembangan dan perubahan lingkungan internal dan eksternal, termasuk regulasi kesehatan internasional.

d. Informasi Kesehatan

Penyelenggaraan informasi kesehatan meliputi pengumpulan, pengolahan dan analisis data, manajemen informasi kesehatan, pengembangan dan penelitian kesehatan, serta penerapan pengetahuan dan teknologi kesehatan; dilakukan melalui koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi informasi kesehatan secara sinergi yang dinamis dalam rangka penyediaan data dan informasi terkini, akurat, valid, cepat, transparan, serta berhasil guna dan berdaya guna sebagai bahan pengambilan keputusan dengan mempertimbangkan desentralisasi; dengan memperhatikan kecukupan data termasuk data terpilah yang responsif gender, serta aspek kerahasiaan yang berlaku di bidang kesehatan; dengan dukungan pendayagunaan teknologi, data dari fasilitas kesehatan dan masyarakat (seperti Riset Kesehatan Dasar dan surveilans), serta pengembangan sistem informasi kesehatan terpadu.

F. SUBSISTEM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

1. Pengertian

Subsistem pemberdayaan masyarakat adalah bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan,

baik perorangan, kelompok, maupun masyarakat secara terencana, terpadu, dan berkesinambungan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

2. Tujuan

Tujuan subsistem pemberdayaan masyarakat adalah meningkatnya kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat, mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri, berperan aktif dalam setiap pembangunan kesehatan, serta dapat menjadi penggerak dalam mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan.

3. Unsur-unsur

a. Penggerak Pemberdayaan

Pemerintah, masyarakat, dan swasta menjadi inisiator, motivator, dan fasilitator yang mempunyai kompetensi memadai dan dapat membangun komitmen dengan dukungan para pemimpin, baik formal maupun non formal.

b. Sasaran Pemberdayaan

Perorangan (tokoh masyarakat, tokoh agama, politisi, figur masyarakat, dan sebagainya), kelompok (organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, kelompok masyarakat), dan masyarakat luas serta pemerintah yang berperan sebagai agen perubahan untuk penerapan perilaku hidup sehat (subjek pembangunan kesehatan).

c. Kegiatan Hidup Sehat

Kegiatan hidup sehat yang dilakukan sehari-hari oleh masyarakat, sehingga membentuk kebiasaan dan pola hidup, tumbuh dan berkembang, serta melembaga dan membudaya dalam kehidupan bermasyarakat.

d. Sumber Daya

Potensi yang dimiliki oleh masyarakat, swasta, dan pemerintah yang meliputi: dana, sarana dan prasarana, budaya, metode, pedoman, dan media untuk terselenggaranya proses pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

4. Prinsip

a. Berbasis Masyarakat

Pembangunan kesehatan berbasis pada tata nilai perorangan, keluarga, dan masyarakat sesuai dengan keragaman sosial budaya, kebutuhan, permasalahan, serta potensi masyarakat (modal sosial).

b. Edukatif dan Kemandirian

Pemberdayaan masyarakat dilakukan atas dasar untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan, serta menjadi penggerak dalam pembangunan kesehatan.

Kemandirian bermakna sebagai upaya kesehatan dari, oleh, dan untuk masyarakat sehingga mampu untuk mengoptimalkan dan menggerakkan segala

sumber daya setempat serta tidak bergantung kepada pihak lain.

c. Kesempatan Mengemukakan Pendapat dan Memilih Pelayanan Kesehatan

Masyarakat mempunyai kesempatan untuk menerima pembaharuan, tanggap terhadap aspirasi masyarakat dan bertanggung-jawab, serta kemudahan akses informasi, mengemukakan pendapat dan terlibat dalam proses pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan diri, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya.

d. Kemitraan dan Gotong-royong

Semua pelaku pembangunan kesehatan baik sebagai penyelenggara maupun sebagai pengguna jasa kesehatan dengan masyarakat yang dilayani berinteraksi dalam semangat kebersamaan, kesetaraan, dan saling memperoleh manfaat.

Tumbuhnya rasa kepedulian, tenggang rasa, solidaritas, empati, dan kepekaan masyarakat dalam menghadapi potensi dan masalah kesehatan yang akhirnya bermuara dalam semangat gotong-royong sesuai dengan nilai luhur bangsa. Kesemuanya itu dapat dilaksanakan bila kebutuhan masyarakat telah dipenuhi secara wajar.

5. Penyelenggaraan

a. Penggerakan Masyarakat

Pembangunan kesehatan perlu digerakkan oleh masyarakat dan masyarakat mempunyai peluang yang penting dan luas dalam pembangunan

kesehatan. Dalam kaitan ini pelibatan aktif masyarakat dalam proses pembangunan kesehatan dilakukan mulai dari penelaahan situasi masalah kesehatan, penyusunan rencana termasuk dalam penentuan prioritas kesehatan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi upaya kesehatan sehingga dapat terwujud kemandirian dan kesinambungan pembangunan kesehatan. Pada hakekatnya pembangunan kesehatan diselenggarakan oleh, dari, dan untuk masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat ditujukan guna terwujudnya penguatan upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan, maupun pemulihan secara tersendiri atau terpadu.

Perencanaan pemberdayaan masyarakat didasarkan pada fakta dan masalah kesehatan yang menjadi perhatian masyarakat setempat maupun masyarakat luas serta dengan mempertimbangkan potensi sumber daya dan nilai-nilai sosial budaya masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat, termasuk penggerakan masyarakat, merupakan hal yang penting dalam pembangunan kesehatan, hal ini mengingat penekanan atau fokus pembangunan kesehatan diberikan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif.

b. Pengorganisasian dalam Pemberdayaan

Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan melalui perorangan, kelompok, dan masyarakat luas sesuai dengan kepentingannya dan yang berhasil guna dan berdaya guna.

Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan pula melalui pendekatan ketatanan, seperti: rumah tangga, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum, dan fasilitas kesehatan agar terwujud pemberdayaan masyarakat yang berhasil guna dan berdaya guna serta terjamin kesinambungannya.

Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan memperhatikan karakteristik dan kekhususan masyarakat, seperti masyarakat di desa, kota, daerah pesisir, daerah pegunungan, dan aliran sungai.

Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan metoda yang tepat, memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berkembang, serta dengan memperhatikan nilai-nilai agama dan sosial budaya yang ada.

Upaya untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam berperilaku sehat dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung melalui berbagai saluran media dan teknik promosi kesehatan.

Peranan Pemerintah membuka akses informasi dan dialog, menyiapkan regulasi, menyiapkan masyarakat dengan membekali pengetahuan dan keterampilan bagi masyarakat, dukungan sumber daya untuk membangun kemandirian dalam upaya kesehatan dan mendorong terbentuknya Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), seperti: Poskestren, Musholla Sehat, Desa Siaga, Pemuda Siaga Peduli Bencana (Dasipena), dan kemandirian dalam upaya kesehatan.

Peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan dapat dengan cara mendirikan sarana pelayanan kesehatan maupun memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) kepada masyarakat. Dalam kaitan ini termasuk pengembangan Desa Siaga atau bentuk-bentuk lain pada masyarakat desa/kelurahan.

c. Advokasi

Masyarakat dapat berperan dalam melakukan advokasi kepada pemerintah dan lembaga pemerintahan lainnya, seperti legislatif untuk memperoleh dukungan kebijakan dan sumber daya bagi terwujudnya pembangunan berwawasan kesehatan.

Pelaksanaan advokasi dilakukan dengan dukungan informasi yang memadai serta metode yang berhasil guna dan berdaya guna.

Masyarakat juga dapat berpartisipasi dengan memberikan kritik yang membangun bagi kepentingan seluruh masyarakat.

d. Kemitraan

Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan kemitraan berbagai pihak, seperti seluruh sektor terkait, lembaga legislatif, dunia usaha, organisasi kemasyarakatan, perguruan tinggi, dan masyarakat agar terwujud dukungan sumber daya dan kebijakan dalam pembangunan kesehatan.

Pembinaan dilakukan untuk kesinambungan pemberdayaan masyarakat yang telah dilakukan

melalui berbagai cara, antara lain pemberian insentif, pendampingan, lomba, dan kompetisi.

e. Peningkatan Sumber Daya

Dalam pemberdayaan masyarakat perlu didukung oleh pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan yang kuat, pembiayaan yang memadai, dan dukungan berbagai sarana lain yang berkaitan.

Dalam pemberdayaan masyarakat secara lebih spesifik dapat didampingi penggerak yang berperan sebagai fasilitator, komunikator, dan dinamisator dalam proses pemberdayaan masyarakat.

Ketersediaan sumber daya tersebut sangat penting agar dapat tercapai masyarakat berperilaku hidup sehat dan mandiri, termasuk pentingnya ketersediaan tenaga penggerak/promosi kesehatan, seperti di Puskesmas dan Rumah Sakit yang mempunyai kompetensi dan integritas tinggi.

BAB VI

DUKUNGAN PENYELENGGARAAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Sistem Kesehatan Nasional diupayakan agar mampu menyesuaikan dengan perkembangan dan dinamika pembangunan kesehatan yang dihadapi dalam penyelenggaraannya yang dilaksanakan secara berkesinambungan. Bila terjadi perubahan paradigma dan lingkungan strategis, Sistem Kesehatan Nasional dapat disesuaikan dan disempurnakan dengan kondisi dan situasi yang berkembang.

A. PROSES PENYELENGGARAAN SKN

Penyelenggaraan SKN menerapkan pendekatan kesisteman yang meliputi masukan, proses, luaran, dan lingkungan serta keterkaitannya satu sama lain, sebagai berikut:

1. Masukan dalam SKN meliputi subsistem sumber daya manusia, subsistem pembiayaan kesehatan, dan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.
2. Proses dalam SKN meliputi subsistem upaya kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat, dan subsistem manajemen dan informasi kesehatan.
3. Luaran dari SKN adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna, bermutu, merata, dan berkeadilan.
4. Lingkungan SKN meliputi berbagai keadaan yang menyangkut ideologi, politik, ekonomi, ilmu pengetahuan dan teknologi, sosial, budaya, pertahanan dan keamanan baik nasional, regional maupun global, dan tingkat fisik/alam yang berdampak terhadap

pembangunan kesehatan. Pancasila, Undang-undang Dasar 1945, Wawasan Nusantara, dan Ketahanan Nasional merupakan landasan bagi penyelenggaraan SKN.

Penyelenggaraan SKN memerlukan penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi, dan sinergisme yang dinamis, baik antar pelaku, antar subsistem SKN, maupun dengan sistem serta subsistem lain diluar SKN.

Penyelenggaraan SKN dilakukan melalui siklus perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggung-jawaban secara sistematis, berjenjang, transparan, akuntabel, dan berkelanjutan dengan memperhatikan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) Tahun 2005-2025.

Penyelenggaraan SKN dilaksanakan secara bertahap, sebagai berikut:

1. Penetapan SKN

Untuk memperoleh kepastian hukum yang mengikat semua pihak, SKN perlu ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Berbagai materi SKN yang terpilih dapat digunakan untuk penyusunan dan penetapan peraturan perundangan pada tingkat kebijakan strategis, kebijakan manajerial, dan kebijakan teknis operasional.

2. Sosialisasi dan Advokasi SKN

Sistem Kesehatan Nasional perlu disosialisasikan dan diadvokasikan ke seluruh pelaku pembangunan kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan kesehatan untuk memperoleh komitmen dan dukungan dari semua pihak.

Sasaran sosialisasi dan advokasi SKN adalah semua penentu kebijakan, baik di pusat maupun daerah, baik di sektor publik maupun di sektor swasta.

3. Fasilitasi Pengembangan Kebijakan Kesehatan di Daerah

Dalam pembangunan kesehatan di daerah perlu dikembangkan kebijakan kesehatan, seperti: Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJP-D), Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJM-D), Rencana Strategis Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renstra SKPD) yang penyelenggaraannya disesuaikan dengan kondisi, dinamika, dan masalah spesifik daerah dalam kerangka SKN.

Pemerintah Pusat memfasilitasi pengembangan kebijakan kesehatan di daerah, memfasilitasi pengukuhanannya dalam bentuk peraturan perundang-undangan daerah, serta memfasilitasi sosialisasi dan advokasi penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah sesuai kebutuhan.

Penyelenggaraan SKN dalam kaitannya dengan pengembangan kebijakan kesehatan di daerah dilakukan dengan berbagai kegiatan, yaitu:

1. Penyelenggaraan SKN, termasuk pengembangan kebijakan di daerah diwujudkan dalam kerangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan, baik secara nasional maupun dalam lingkup daerah.
2. Penyelenggaraan SKN, termasuk pengembangan kebijakan di daerah diselenggarakan melalui penataan ulang keenam subsistemnya secara bertahap, sistematis, terpadu, dan berkelanjutan.
3. Penyelenggaraan SKN, termasuk pengembangan kebijakan di daerah didukung dengan penyusunan

kebijakan, standar, dan pedoman dalam bentuk berbagai peraturan perundang-undangan.

4. Penyelenggaraan SKN, termasuk pengembangan kebijakan kesehatan di daerah diselenggarakan sesuai dengan asas desentralisasi yang bertanggung-jawab, demokratisasi, dan *good governance* dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).

Dalam rangka menyesuaikan dengan perkembangan global, regional, nasional, dan lokal yang dinamis dan cepat berubah, maka dilakukan pengendalian dan penilaian SKN sebagai berikut:

1. Pengendalian dan penilaian SKN termasuk kebijakan kesehatan di daerah bertujuan untuk memantau dan menilai keberhasilan penyelenggaraan pembangunan kesehatan berdasarkan sistem kesehatan yang ada.
2. Pengendalian dan penilaian SKN termasuk kebijakan kesehatan di daerah diselenggarakan secara berjenjang dan berkelanjutan dengan menggunakan tolok ukur keberhasilan pembangunan kesehatan, baik tingkat nasional maupun tingkat daerah.
3. Pengendalian dan penilaian SKN termasuk kebijakan kesehatan di daerah perlu didukung dengan pengembangan sistem monitoring dan evaluasi di tingkat nasional dan daerah secara terpadu.

Setiap tahun seluruh pelaku pembangunan kesehatan dengan koordinasi pemerintah melakukan pengukuran pencapaian/kinerja SKN dengan beberapa indikator yang akurat dan terpercaya. Indikator kinerja SKN menjadi rekomendasi untuk upaya perbaikan yang harus didokumentasikan dan disebarluaskan. Indikator tersebut menjadi acuan segenap pelaku pembangunan kesehatan di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota sampai

ke tingkat desa, guna penyesuaian penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berbasis fakta.

B. TATA PENYELENGGARAAN SKN

Penyelenggaraan SKN harus memperhatikan semua peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah perlu memperhatikan SKN dan peraturan daerah setempat.

Secara operasional, semua peraturan perundangan yang berkaitan harus dilaksanakan secara konsisten dengan tata pemerintahan yang baik (*good governance*). Adapun unsur dari tata pemerintahan yang baik, meliputi: partisipatif, berorientasi pada konsensus, efektif, efisien, inklusif, transparan, dan mengikuti kaidah hukum yang berlaku. Untuk menjaga kepentingan rakyat, penyelenggaraan SKN memerlukan peran regulasi dari pemerintah sesuai dengan tingkatannya (Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota). Tata pemerintahan yang baik disertai regulasi pada keenam subsistem SKN merupakan langkah menuju kesinambungan pelaksanaan sistem kesehatan. Selain tata pemerintahan yang baik, pemerintah juga harus secara konsisten dan konsekuen mengawasi kepatuhan hukum masyarakat, swasta, dan organisasi bukan pemerintah lainnya. Pelaku pelanggaran peraturan harus ditindak secara tegas.

Dalam penyelenggaraan SKN perlu kejelasan dan ketegasan tentang pelimpahan urusan pemerintahan di bidang kesehatan yang luas sampai kabupaten/kota, termasuk SDM nasional yang melaksanakannya. Pedoman tentang Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria dari Departemen Kesehatan perlu dikoordinasikan dengan Departemen Dalam Negeri. Masyarakat madani dan seluruh sektor terkait perlu secara jelas dan tegas diberi

peran dalam pelaksanaan berbagai subsistem SKN. Pemerintah daerah, dalam konteks desentralisasi perlu jelas dan tegas dalam memberikan arahan untuk pembangunan kesehatan di daerahnya.

C. PENYELENGGARA SKN

Pemerintah dan masyarakat termasuk swasta bertanggung-jawab atas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai peran dan fungsinya masing-masing. Di sektor publik, SKN tidak bisa dijalankan hanya oleh Departemen Kesehatan atau Dinas yang mengurus kesehatan di daerah. Penyelenggaraan SKN dapat berjalan dengan baik apabila melibatkan, antara lain: sektor pendidikan, pembangunan fasilitas umum, sektor pertanian, sektor keuangan, sektor perdagangan, sektor keamanan, sektor perikanan dan kelautan, dan sektor terkait lainnya.

Pelaku penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah:

1. Individu, keluarga, dan masyarakat yang meliputi tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat, media massa, organisasi profesi, akademisi, praktisi, serta masyarakat luas, termasuk swasta yang berperan dalam advokasi, pengawasan sosial, dan penyelenggaraan berbagai pelayanan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan kemampuan masing-masing.
2. Pemerintah, baik Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah berperan sebagai penanggung-jawab, penggerak, pelaksana, dan pembina pembangunan kesehatan dalam lingkup wilayah kerja dan kewenangan masing-masing. Untuk Pemerintah, peranan tersebut ditambah dengan menetapkan

Kebijakan, Standar, Prosedur, dan Kriteria yang digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.

3. Badan Legislatif, baik di pusat maupun di daerah, yang berperan melakukan persetujuan anggaran dan pengawasan terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan, melalui penyusunan produk-produk hukum dan mekanisme kemitraan antara eksekutif dan legislatif.
4. Badan Yudikatif, termasuk kepolisian, kejaksaan dan kehakiman berperan menegakan pelaksanaan hukum dan peraturan perundangan yang berlaku di bidang kesehatan.
5. Sektor swasta yang memiliki atau mengembangkan industri kesehatan, seperti: industri farmasi, alat-alat kesehatan, jamu, makanan sehat, asuransi kesehatan, dan industri pada umumnya. Industri pada umumnya berperan besar dalam memungut iuran dari para pekerja dan menambah iuran yang menjadi kewajibannya.
6. Lembaga pendidikan, baik pada tingkat sekolah dasar sampai tingkat perguruan tinggi, baik milik publik maupun swasta. Sebagian besar masalah kesehatan berhubungan dengan perilaku dan pemahaman. Pendidikan memegang kunci untuk menyadarkan masyarakat akan berbagai risiko kesehatan dan peran masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

D. SUMBER DAYA PENYELENGGARAAN SKN

Sistem Kesehatan Nasional merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang bekerja secara sinergis, harmonis, dan menuju satu tujuan.

Pemerintah wajib melakukan koordinasi agar semua subsistem dan semua pelaku berfungsi dan bekerja secara sinergis. Kepincangan pada salah satu subsistem atau pelaku akan mengganggu kerja SKN.

Pemerintah harus menjamin tersedianya dana, sumber daya manusia yang memadai dan profesional, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang dikelola dengan manajemen kesehatan yang baik, terutama yang berkaitan dengan administrasi kesehatan dan pengaturan hukum kesehatan serta didukung dengan informasi yang akurat, valid, tepat waktu, dan tepat kebutuhan.

Pelaku sistem informasi kesehatan sesuai perannya harus mampu secara cepat merespon dan menggunakan perkembangan teknologi informasi, baik untuk mengolah, menyampaikan ke pelaku lain, maupun kepada masyarakat nasional dan internasional. Pemerintah juga mengembangkan sistem insentif/*reward* dan sistem sanksi bagi setiap pelaku yang tidak menggunakan informasi yang akurat, tepat waktu, dan tepat kebutuhan (relevan). Selain itu, Pemerintah juga mengharuskan fasilitas kesehatan publik maupun swasta untuk menyediakan informasi melalui situs yang mudah diakses dan terbuka, sebagai cara untuk mendidik masyarakat.

Tersedianya pembiayaan kesehatan dalam jumlah yang memadai teralokasi secara adil, merata, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, sangat penting dalam pembangunan kesehatan. Pemerintah juga menjamin tersedianya dana untuk penelitian dan pengembangan bidang kesehatan.

Sumber daya manusia merupakan komponen kunci keberhasilan SKN. Pemerintah harus melakukan upaya agar semua SDM Kesehatan memenuhi standar kompetensi tertentu sesuai bidangnya sebagai prasyarat bagi penyediaan pelayanan kesehatan yang bermutu dan

diterima oleh masyarakat. Namun, Pemerintah juga menjamin agar setiap SDM di bidang kesehatan mendapat remunerasi yang wajar, layak, dan sesuai dengan tanggung-jawab, pengalaman, dan kompetensinya. Keseimbangan profesionalitas, tanggung-jawab, pengalaman, dan besaran remunerasi merupakan kunci kesinambungan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan harus dilakukan secara terbuka dengan keseimbangan antara produksi dan pemanfaatan dengan dukungan dana yang memadai. Keterbukaan ini adalah kemampuan mengakomodasikan perkembangan teknologi dan produk teknologi kefarmasian dan teknologi peralatan kedokteran dan kesehatan serta memperhatikan keterjangkauan harga bagi masyarakat. Indonesia harus mampu menjadi pengeksport berbagai sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan. Keunggulan komparatif dan keunggulan kompetitif dalam bidang ini harus terus dikembangkan.

Untuk menjamin kesinambungan subsistem upaya kesehatan, maka dukungan masukan informasi kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, serta pendanaan harus selalu tersedia dalam jumlah yang memadai. Kualitas pelayanan harus selalu memenuhi standar yang ditetapkan agar setiap pengguna pelayanan kesehatan merasa puas dan memperoleh manfaat pelayanan kesehatan. Dengan kualitas dan kepuasan pengguna yang tinggi, maka akan timbul kemauan masyarakat sebagai pengguna untuk berkontribusi dalam bentuk dana, pemikiran, maupun tenaga.

Pemerintah perlu menjamin adanya kepastian hukum dalam setiap penyelenggaraan subsistem SKN. Peraturan perundangan yang dalam pelaksanaannya mengalami

hambatan besar di daerah harus diatur lebih lanjut dengan Peraturan Daerah. Peraturan yang dibuat harus melalui sinkronisasi dengan berbagai peraturan di bidang kesehatan dan di luar bidang kesehatan serta membuka kesempatan luas kepada pemangku kepentingan dalam perumusan peraturan. Pemerintah daerah perlu diberikan kewenangan untuk penegakan hukum terhadap berbagai aspek yang memungkinkan terselenggaranya SKN dengan baik.

Pemerintah mendorong terwujudnya kontrol sosial yang kuat dari masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Pemerintah mengatur dan memberdayakan masyarakat agar mampu melakukan kontrol sosial yang memadai guna menjamin kesinambungan dan akuntabilitas SKN.

Pemerintah memfasilitasi dan memberikan insentif (baik berupa pembebasan pajak, pembelian hasil produksi, maupun bantuan teknis lainnya) bagi fasilitas kesehatan, perguruan tinggi, atau industri dalam melakukan penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan guna memacu perkembangan SKN. Departemen Kesehatan melakukan koordinasi dengan lintas sektor, lembaga penelitian dan pengembangan lainnya, maupun instansi kesehatan di daerah untuk mendukung, memberikan insentif, dan memfasilitasi berbagai penelitian di dalam negeri guna tersedianya sediaan farmasi dan alat kesehatan, serta sistem pengelolaan yang lebih baik dan bermutu.

E. KERJASAMA INTERNASIONAL

Sistem Kesehatan Nasional merupakan bagian dari sistem nasional, maka wajib berperan aktif sesuai dengan bidangnya guna mewujudkan tujuan SKN. Kewajiban berbagai sektor mencakup pemenuhan logistik yang diperlukan sebagai masukan dalam SKN, pemenuhan

SDM dengan kompetensi yang sesuai, penyediaan insentif finansial dan non finansial, koordinasi penyelenggaraan, peniadaan atau pengurangan bahan-bahan ataupun kondisi yang dapat menimbulkan risiko kesehatan, dan peran lainnya yang berkembang sesuai perubahan lingkungan strategis.

Para pelaku SKN berkewajiban mengembangkan diri agar mampu berperan di tingkat internasional dalam rangka menjaga agar SKN dapat berjalan dengan baik. Perubahan lingkungan strategis regional maupun global dapat mengancam keberhasilan SKN. Para pelaku SKN wajib berperan aktif di lingkungan internasional untuk mewujudkan kepemimpinan Indonesia di dunia internasional guna menghasilkan kebijakan yang kondusif bagi pengembangan SKN. Peran Indonesia dalam upaya mereformasi WHO perlu terus dilakukan agar transparansi dan keadilan dari organisasi internasional tersebut dapat tercapai. Kerja sama dalam bidang kesehatan dengan berbagai lembaga internasional dan regional lain yang terkait perlu ditingkatkan, seperti UNDP, UNICEF, UNFPA, dan ASEAN.

Para pelaku SKN juga wajib mencermati dan memanfaatkan setiap kesempatan yang ada di dunia internasional guna memperkuat SKN. Dana internasional yang tersedia yang tidak mengikat dan dapat secara sinergis meningkatkan kinerja SKN perlu dimanfaatkan dengan baik. Sebaliknya, setiap intervensi internasional yang dalam jangka pendek atau jangka panjang yang dapat merugikan SKN wajib dicegah oleh setiap pemangku kepentingan.

BAB VII

PENUTUP

Tujuan pembangunan kesehatan hanya dapat dicapai bila didukung oleh kerjasama dengan semangat kemitraan antar semua pelaku pembangunan, baik pemerintah secara lintas sektor, pemerintah pusat dan daerah, badan legislatif dan yudikatif, serta masyarakat, termasuk swasta. Dengan demikian, penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan dukungan SKN dapat dilaksanakan dengan berhasil guna dan berdaya guna dengan interaksi, interelasi, serta keterpaduan berbagai upaya yang dilakukan oleh semua pelaku SKN.

Penetapan SKN dimaksudkan untuk memberikan arah bagi setiap pelaku upaya atau pelayanan kesehatan sesuai dengan kondisi lingkungan masing-masing instansi dan institusi. Dalam pelaksanaannya, seluruh pelaku harus memegang teguh prinsip-prinsip umum SKN dan prinsip dasar masing-masing subsistemnya, tetapi juga harus realistis dengan kemampuan sumber daya manusia dan ketersediaan dana dan sumber daya lainnya, serta kondisi lingkungannya. Dengan demikian, meskipun nantinya diharapkan terwujud pelayanan kesehatan yang adil dan merata, tidak berarti seluruh pelayanan kesehatan harus menyediakan pelayanan non diskriminatif bagi seluruh rakyat untuk seluruh jenis pelayanan. Prinsip adil dan merata secara bertahap diupayakan sesuai kemampuan yang dimiliki.

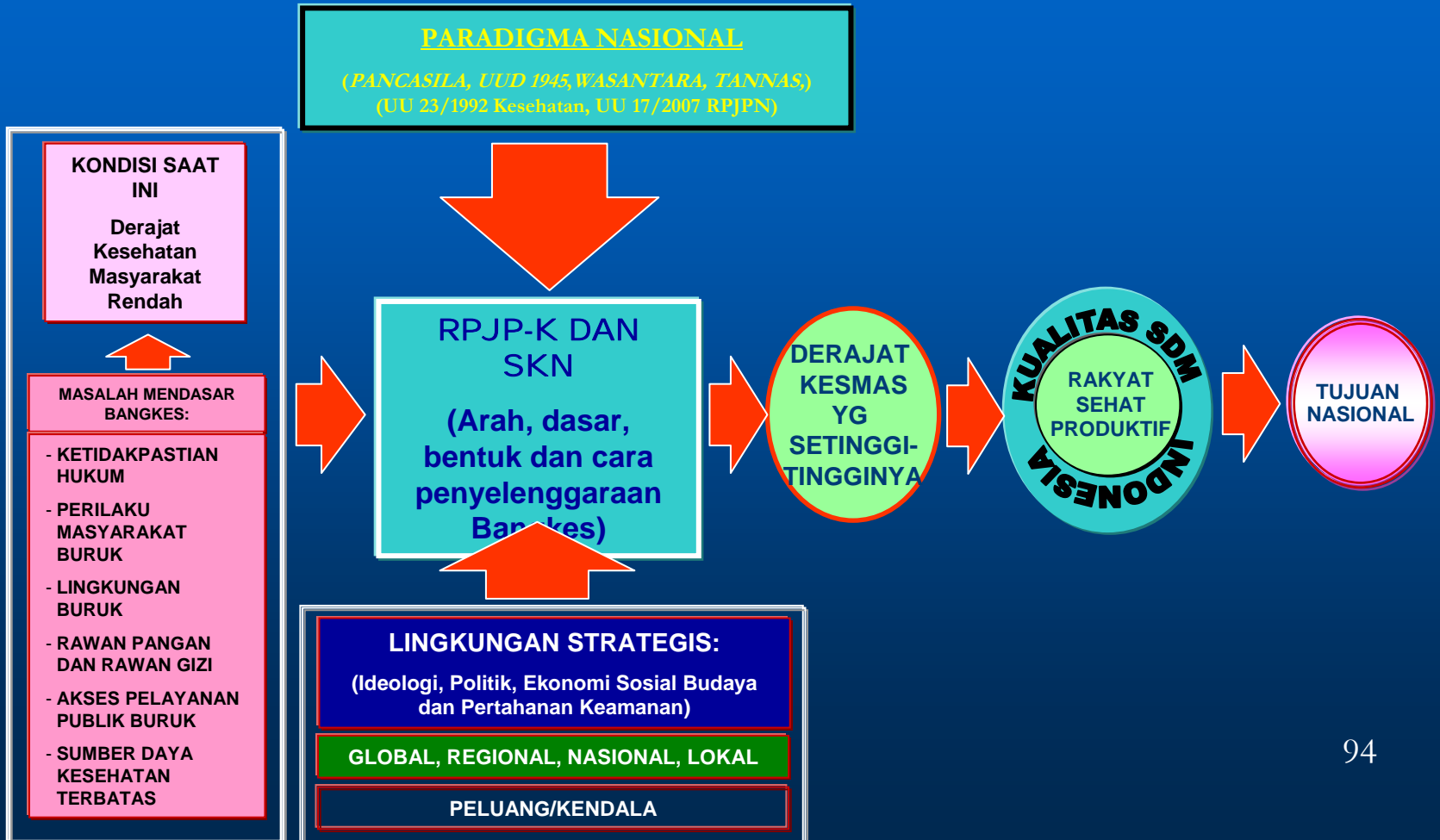
Untuk dapat melaksanakan SKN yang memenuhi prinsip umum dan prinsip dasar dari masing-masing subsistemnya yang disesuaikan dengan kemampuan diri dan lingkungan, dibutuhkan manajer-manajer di sektor publik maupun di masyarakat, termasuk swasta. Manajer tersebut harus mempunyai kompetensi khusus dan mempunyai komitmen kuat dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

Sistem Kesehatan Nasional merupakan sistem terbuka yang berinteraksi dengan berbagai sistem nasionalnya sebagai subsistem dari Ketahanan Nasional, bersifat dinamis, dan dalam pelaksanaannya selalu mengikuti perkembangan, baik nasional, regional, maupun global.

Sistem Kesehatan Nasional harus selalu mampu menjawab peluang, tantangan, dan perubahan lingkungan strategis nasional, regional, maupun internasional. Oleh karenanya, semua pemangku kepentingan wajib memantau kinerja dan kendala yang dihadapi SKN. Oleh karenanya, SKN perlu disesuaikan atau diubah secara berkala sesuai dengan perubahan lingkungan strategis.

ALUR PIKIR RENCANA PEMBANGUNAN KESEHATAN DAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

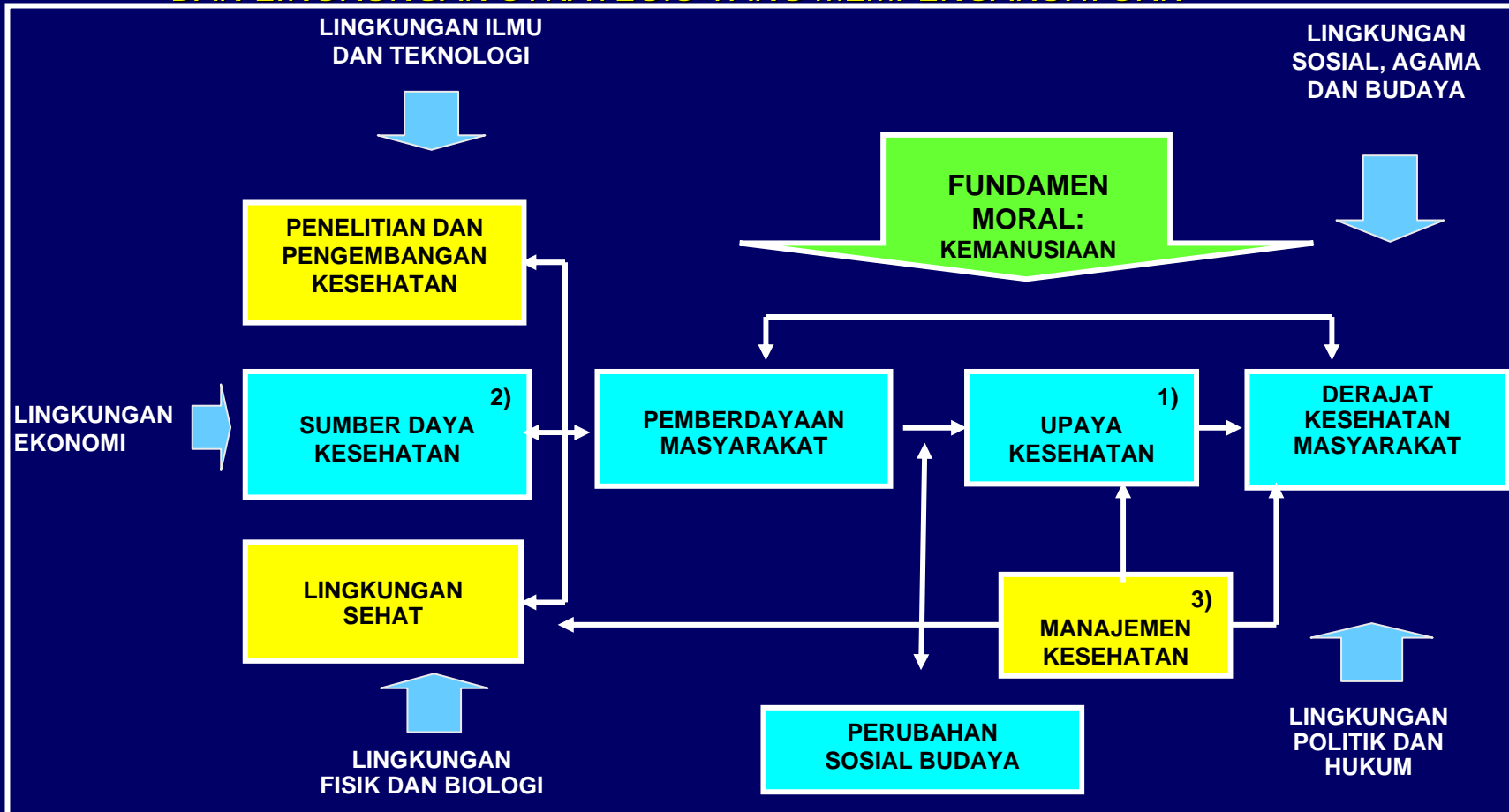
Gambar-1



GAMBARAN UNSUR-UNSUR PEMBANGUNAN KESEHATAN DAN SUBSISTEM SKN SERTA TATA HUBUNGANNYA

Gambar-2

DAN LINGKUNGAN STRATEGIS YANG MEMPENGARUHI SKN



- Catatan:** 1) Meliputi pula: Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
2) Meliputi: Pembiayaan Kesehatan, SDM Kesehatan, serta Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan
3) Meliputi : Manajemen dan Informasi Kesehatan

DAFTAR SINGKATAN

AKB	:	Angka Kematian Bayi
AKI	:	Angka Kematian Ibu
APBD	:	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	:	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ASEAN	:	Association South East Asian Nation
BPFK	:	Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan
BTKL	:	Balai Tehnik Kesehatan Lingkungan
CPOB	:	Cara Pembuatan Obat yang Baik
DBD	:	Demam Berdarah Dengue
DOEN	:	Daftar Obat Esensial Nasional
Dasipena	:	Pemuda Siaga Peduli Bencana
HAM	:	Hak Asasi Manusia
HIV/AIDS	:	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome
Iptek	:	Ilmu Pengetahuan dan Teknologi
Jamkesmas	:	Jaminan Kesehatan Masyarakat
KFT	:	Komite Farmasi dan Terapi
KIA	:	Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	:	Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KISS	:	Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Sinergisme
MDGs	:	Millenium Development Goals
NKRI	:	Negara Kesatuan Republik Indonesia
NSPK	:	Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria
PDB	:	Produk Domestik Bruto
PKMP	:	Pelayanan Kesehatan Masyarakat Primer
PKMS	:	Pelayanan Kesehatan Masyarakat Sekunder
PKMT	:	Pelayanan Kesehatan Masyarakat Tersier
PKPP	:	Pelayanan Kesehatan Perorangan Primer
PKPS	:	Pelayanan Kesehatan Perorangan Sekunder
PKPT	:	Pelayanan Kesehatan Perorangan Tersier
Pilkada	:	Pemilihan Kepala Daerah

Poskesdes	:	Pos Kesehatan Desa
Poskestren	:	Pos Kesehatan Pesantren
Posyandu	:	Pos Kesehatan Terpadu
Puskesmas	:	Pusat Kesehatan Masyarakat
P4K	:	Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
RPJM-D	:	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
RPJP-K	:	Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan
RPJP-D	:	Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah
RPJP-N	:	Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional
Renstra	:	Rencana Strategis Satuan Kerja Perangkat Daerah
SKPD	:	Riset Kesehatan Dasar
Riskesdas	:	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SDKI	:	Sumber Daya Manusia
SDM	:	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SJSN	:	Sistem Kesehatan Nasional
SKN	:	Sistem Informasi Kesehatan Nasional
Siknas	:	Tuberculosis Paru
TB Paru	:	Umur Harapan Hidup
UHH	:	Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat
UKBM	:	United Nations Development Programme
UNDP	:	United Nations Population Fund
UNFPA	:	United Nations Emergency Children's Fund
UNICEF	:	Unit Pelaksana Teknis
UPT	:	Undang-undang Dasar
UUD	:	World Health Organization
WHO	:	Warga Negara Asing
WNA	:	Warga Negara Indonesia
WNI	:	

KONTRIBUTOR

Sistem Kesehatan Nasional ini berhasil disusun atas partisipasi aktif dan kontribusi positif dari berbagai pihak, antara lain:

Tingkat Pusat: Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP(K), dr. Sjafii Achmad, MPH, DR. Faiq Bahfen, SH, Dr. Budhihardja, MS,DTM&H, MPH, dr. Farid Wajdi Husain, Sp.B(K), dr. I Nyoman Kandun, MPH, Dra. Kustantinah, Apt, M.Appt.Sc, dr. Triono Soendoro, Ph.D, dr. Bambang Giatno Rahardjo, MPH, Drs. H.M. Krissna Tirtawidjaja, Apt, drg. Naydial Roesdal, MSc.PH, dr. Krishnajaya, MS, dr. Rachmi Untoro, MPH, dr. Indriyono Tantoro, MPH, dr. Ahmad Nizar S.Syihab, Agus Sunario, S.Kom, dr. Widjaja Lukito, Ph.D. Drs. Abdurachman, MPH, Dr. Madiono, MPH, DR. Bambang Hartono, SKM, MSc, Dr. H.A.Chalik Masulili, MSc, Dr. Bambang Sardjono, MPH, Dr. Mulya A Hasjmy, Sp.B, M.Kes, Dr. T. Marwan Nusri, Dra.Meinarwati, Apt, M.Kes, Drg. Titte Kabul Adimidjaja, MSc(PH), Drs. Zulkarnain Kasim, SKM, MBA, Drg. Mustikowati, M.Kes, Suhardjono, SE, MM, Prof. Dr. Agus Purwadianto, SH, Msi, SpF(K), Dr. Wandaningsih, MPH, Dr. Rustam S Pakkaya, MPH, DR. Ida Bagus Indra Gotama, SKM, Msi, Dr. Lily S. Sulistyowati, MM, Ir.Tugijono, M.Kes, Dr. Abidinsyah Siregar, DHSM, M.Kes, Dr. Untung Suseno Sutarjo, M.Kes, DR. Dr. R. Hapsara Habib Rahmat, DPH, Dr. Edi Suranto, MPH, DR. Bambang Hartono, SKM, MSc, Iswandi Mourbas, SKM, MPP, R.J.Sukowidodo, SKM, MPH, Dr. Trisa Wahjuni Putri, M.Kes, Mulyadi, SKM, M.Kes, Syamsul Bahri, SKM, M.Kes, Bambang Widodo, SE, MSc, Riza Sultoni, Nagiot CT, Drg. Sri Suhariningsih, M.Kes, Rahmat Kurniadi, S.Sos, M.Kes, Andi Saguni, Rita Djupuri, DCN, M.Epid, Delnalis, SKM, Rita Ratna Puri, SKM, Herma Trillas Purba, SS, Hardini Kusumadewi, SKM, Diah Puspitasari, SKM, Sontang Tambunan, Sri Muljati, Ruhayati, Drg. Lovita T, Suamsul Bahri, SKM, M.Kes, Louventus P, Emiliya Roza, Fresly, SH, Bambang W, Hary Purwanto, Dr. Harmein Harun, MSc, Prof. Dr. Charles Suryadi, MPH, Dr. Abidinsyah Siregar, DHSM, M.Kes, Bambang Widodo, SE, MSc, lis Sin Sin, SKM, M.Epid, Prof. Dr. Hasbullah Thabrani, MPH, Drs. H. Purwadi, Apt, Drs. Richard Panjaitan, Apt, SKM, Dr. M. Marius W, Dr. Jemfy Naswil, Ruslidjah, Drg. Peter Andreas, DR. Drg. Yaslis Ilyas, MPH, DR. Dr. Adang Bachtiar, MPH, Dra. Indariwati, M.Kes, Drs. Arum Atmawikarta, MSc, Dr. Bambang Sardjono, MPH, MA, Prof. Dr. Firman Lubis, MPH, Slamet Sudi Santoso, Dr. Donald Pardede, MPPM, Kodrat Pramudho, SKM, M.Kes, Drs. Taufik, MM, Dr. Sri Hermiyanti, MPH, Dr. Ina Hernawati, MPH), Dr. Sutoto, DR. Sonny P.W, Dr. Gatot Soetomo, , Dr. Rusmiati, Dr. Imran Agus Nurali, Sp.KO, Dr. Liliana, M.Kes, Achmad Soebagio T, Indah Yuningprapti, SKM, M.Kes, Dr. Rustam S. Pakkaya, MPH, Dra. Nasirah Bahaudin, MM, Drs. Zulkarnain, SKM, MBA, Dr. Mulya A Hasymi, Sp.B, DR. Bambang Hartono, SKM, MSc, DR. Ida Bagus Indra Gotama, SKM, MSi, Dr. Ratna Rosita Hendarji, Dr. Yusharmen D Comm.H, MSc, Dr. Setiawan Soeparan, MPH, Dr. Soenarjo Soejoso, MKM, , Agus Iriawan, Jajang Subagya, SKM, MKKK, Dr. Mary S Maryam, MPH, PhD, , Tjipto Rahardjo, DR. Dr. Faisal Barabas, Sp.JP, Dr. Yuniar S, Dr. SK Amdani, Widyawati, Taufik Izwan, M. Royan, Rahbudi Helmi, Apt, Dr. Lenny Evanita, Suginarti, , Dr. Toto Heryanto, Dr. Chirul R Nasution, DR. Gemala Hatta, Ruhayati, Dr. DM Wismarini, MKM, Yoserizal, S.Sos, MSi, Dr. Geral Mario S, Dr. Sardikin Giriputro,

Sp.P, Drg. Sudono, M.Kes , Sugeng LA, S.Sos , Wirabrata, Apt, M.Kes , Dr. Sardikin Giriputro, Drg. Ninin S , Lukman HL, Ade Erma, Drg. Eryta W, Lily Mulyasari, Drg. Vita, Widyawati, Lita R Siampar, Entos Rusna, Rita Kusriastuti, Dr. Kuwat S Hudoyo, Drg. Kartini Rustandi, Drg. Nina Kurnia, Dr. Ratna Dewi Umar, MKes, Jorizal Jannis, Kuswati Ningsih, Hasnawati, SKM, MKes, Okti Palupi , Sutrisno, Dr. Broto Wasisto, MPH, Dr. Syahrul A. MKes, Dedi Supratman, Eny Susilowati, Yanti Nurbayanti, Dr. Sri Rachmani, Dr. Adnan Mahmud, MPH, Bachtiar Oesman, E. Suharto, Drg. Peter Andreas), Harif Fadhillah, Emi Nurjasmi, Zaura Rini Anggraini. Dr. Guntur DW, MPH, Entos Z, MPAM, Drg. Kamaruzaman, MSc, Ockti Palupi, Tjipto Rahardjo, Drg. Lovita T , Isti Ratnaningsih, Nurbaiti, DR. Kodrat Pramudho, SKM, M.Kes, Sugito, SKM, MKes, Emmilya Rosa, Drs. Noto Basuki, MKes, Agung Indarto, SE.

Tingkat Daerah: Drg. Jimmy Lee, Endro Bueno, Dr. Julistio TB Djais, SpA (K), Prof. Dr. Muninjaya, Prof. Dr. Abd. Razak Thaha, MPH, Dr. Dyah RB, M.Kes, Dr. Bondan Agus Susyanto, SE, Dr. Siti Aisyah, Drg. Tin tin F, MSCPH, I Wayan A.S, Oslinda Martony, Pande Putujaraga, Dr. Ridwan Thaha, Jeane Pangemanan, Nizwardi Azkha, SKM, MPPM, Jauhari, Drs. Kiswanto, M.Kes, Bairizal, Sultan Akbar Torutju , Eny Setiowati, Dr. Prijono, Dr. Endro Darmadji, Syahrani Djedi, SKM, MPH, Pius Weraman, Fauzi Ali Amin, Dr. Dien Emawati, Dian Damairini, Dr. Andi M. Ishak, Mkes, Dr. Amin Yohannis, M.Kes, Dr. Choirul Anwar, M.Kes, Poedjo Praseptio, SKM, M.Kes, Drs. Slamet Soesilo, Apt, Dr. Andreas Meliala, M.Kes, Agussalim Mooduto, Irwan, SKM, Mahmud Fauzi, Djayusmantoko, T. Ibnu Alferbaly, Ni Wayan Mariani,SKM, M.Kes, Dr. Tri Martiana, Didi Suswanto,SKM, A.A.GDE Agung Wiadnya P, Durachman, Ridarson, SKM, M.Kes, Rosihan Adhani, Sofia Wirda, SKM, M.Kes, Dr. Herry Tjahjono, DESS, Risma Julius, SKM, MARS, Arbiansyah Alam, Rais Lamangkona, Sasli Adis, Julistio Djais, dr, SpACKI,M.Kes, Dr. Adi Wirachjanto, Rudi Arif, SH, Poedjo Prasetyo, H. Syafrudin Rasyid, Melzan Dharmayuli, Dr. Munzir Purba, MKes, Drs. Bambang Sugeng W, MM, Drs. Bambang Agus Legowo, Munzelly Husivevi, Shermina Oruh, SKM, DESS, Dr. HJ. Yanti, MPH, Dr. Tri Martiana, RE. Suteja, Drs. Syafri, Tukijan, S.Sos, Dr. Hanni Rono S, SpOG, Jeni Haju, Drs. Abdul Gani Sitepu, Benny Patiasina, One Widyawati, SKM, M.Kes, H.Ahmad Said,

Dan semua individu/pihak yang telah membantu penyusunan SKN yang tidak bisa disebutkan satu per-satu

Mohon maaf bila ada kesalahan dalam penulisan nama dan gelar

Daftar nama dan gelar disusun berdasarkan absensi lokakarya, rapat, atau pertemuan lainnva