

351.077  
Ind  
k

**KEBIJAKAN DAN STRATEGI  
DESENTRALISASI BIDANG KESEHATAN**

**KEPUTUSAN  
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR : 004/MENKES/SK/II/2003**

**DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
JAKARTA  
2003**



DEPARTEMEN DALAM NEGERI  
REPUBLIK INDONESIA

Jakarta, 14 April 2003

Nomor : SE.440/572/OTDA  
Sifat : Segera  
Lampiran : 1 (satu) Exemplar  
Perihal : Kebijakan dan Strategi  
Desentralisasi Bidang Kesehatan.

Kepada  
Yth. 1. Sdr. Gubernur  
2. Sdr. Bupati/Walikota  
di -  
Seluruh Indonesia

SURAT EDARAN

Sebagaimana Kebijakan Pemerintah dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah, bahwa Daerah melaksanakan Otonomi Daerah secara penuh sudah dimulai tanggal 1 Januari 2001. Pemerintah berkewajiban secara paralel maupun gradual menyiapkan Peraturan Pelaksanaan, Norma, Pedoman serta arahan bagi Daerah, secara parsial maupun integral dalam mewujudkan Otonomi Daerah.

Dalam rangka memfasilitasi penyelenggaraan Otonomi Daerah sebagaimana dimaksud Pasal 112 Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, Departemen Kesehatan RI telah menerbitkan Pedoman Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan, sebagai acuan pelaksanaan kewenangan Bidang Kesehatan.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini disampaikan dengan hormat kepada Saudara sebagai berikut :

1. Menteri Kesehatan telah mengeluarkan Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan, sebagaimana dimaksud Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 004/MENKES/SK/I/2003 sebagai acuan Daerah dalam melaksanakan Kewenangan Daerah di Bidang Kesehatan.

Katalog Dalam Terbitan, Departemen Kesehatan RI

351.077  
Ind  
k

Indonesia, Departemen Kesehatan RI  
Kebijakan dan strategi desentralisasi  
bidang kesehatan. - Jakarta. Departemen  
Kesehatan RI. 2003

1. Judul

I. HEALTH POLICY  
II. HEALTH PLANNING

2. Tujuan Pedoman "Kebijakan dan Strategi Bidang Kesehatan", untuk kesamaan pandang penyelenggaraan dalam pembangunan bidang Kesehatan di tingkat Pusat, Provinsi maupun Kabupaten/Kota, untuk mewujudkan strategi menuju Indonesia Sehat 2010.
3. Bahwa untuk menjamin mutu pelayanan dasar kepada masyarakat di bidang Kesehatan diharapkan kepada masing-masing Daerah menyusun strategi dan prioritas kinerja Pemerintah Daerah dengan mengacu pada Indikator-indikator Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat.
4. Penyusunan arah dan kebijakan umum APBD, strategi dan prioritas rencana program pada setiap jenis pelayanan Kesehatan dengan menggunakan Tolok Ukur (Indikator) keberhasilan dan Target Kinerja (tingkat pencapaian) berdasarkan Standar Pelayanan Minimal, baik yang ditetapkan secara Nasional maupun oleh Daerah.
5. Bahwa dalam rangka pengembangan Kapasitas Daerah untuk meningkatkan Kinerja Pemerintah Daerah terhadap Pelayanan Dasar kepada masyarakat dalam pelaksanaannya agar dilaporkan kepada Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan.

Demikian untuk menjadi maklum, atas perhatiannya terima kasih.



MENTERI DALAM NEGERI  
DIREKTUR JENDERAL OTONOMI DAERAH

OFIATO SINDJUNG MAWARDI

**TEMBUSAN :**

1. Yth. Bapak Menteri Dalam Negeri sebagai Laporan.
2. Yth. Bapak Menteri Kesehatan RI.
3. Yth. Bapak Menteri Keuangan RI.
4. Yth. Bapak Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/  
Kepala BAPPENAS



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**NOMOR : 004/MENKES/SK/I/2003**

**TENTANG**

**KEBIJAKAN DAN STRATEGI DESENTRALISASI  
BIDANG KESEHATAN**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

- MENIMBANG** :
- a. bahwa sehubungan dengan Undang-Undang No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah maka perlu disusun Buku tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan.
  - b. bahwa Buku Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan diperlukan sebagai arahan pembangunan bidang Kesehatan di era Desentralisasi.
  - c. bahwa untuk kepentingan tersebut di atas, perlu ditetapkan dalam suatu Keputusan Menteri Kesehatan R.I.
- MENINGAT** :
1. Undang-Undang No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah.
  2. Undang-Undang No. 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Daerah.
  3. Tap. MPR No. XV/MPR/1998 tentang Penyelenggaraan Otonomi Daerah, Pengaturan, Pembiayaan dan Pemanfaatan Sumber Daya Nasional yang berkeadilan; serta Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah dalam Kerangka Kesatuan R.I.
  4. Tap. MPR No. IV/MPR/2000 tentang Rekomendasi Kebijakan dalam Penyelenggaraan Otonomi Daerah.
  5. Peraturan Pemerintah No. 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom.
  6. Peraturan Pemerintah No. 39 tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Dekonsentrasi
  7. Peraturan Pemerintah No. 52 tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Tugas Pembantuan.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**MEMUTUSKAN :**

- Menetapkan :  
Pertama : Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan.  
Kedua : Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam diktum pertama, tercantum dalam lampiran keputusan ini.  
Ketiga : Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan sebagai pedoman dalam menetapkan kegiatan sesuai dengan kebutuhan masing-masing daerah.  
Keempat : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan dan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan.

Ditetapkan : di Jakarta  
Pada tanggal : 06 Januari 2003



Tembusan : Yth.

1. Menteri Dalam Negeri di Jakarta;
2. Menteri Keuangan di Jakarta;
3. Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara di Jakarta;
4. Sekretaris Negara di Jakarta;
5. Para Gubernur Propinsi seluruh Indonesia;
6. Para Bupati dan Walikota seluruh Indonesia;
7. Para Pejabat Eselon I dan II di lingkungan Departemen Kesehatan;
8. Para Kepala Dinas Kesehatan Propinsi;
9. Para Kepala Dinas di Kabupaten/Kota.

## KATA PENGANTAR

Kebijakan Desentralisasi bidang Kesehatan sebetulnya telah disusun pada bulan Januari 2001 tetapi sesuai dengan kebutuhan, kebijakan itu dikembangkan menjadi langkah strategis untuk menyelesaikan berbagai hambatan dan tantangan yang dihadapi Pusat dan Daerah karena berbagai peraturan untuk mendukung pelaksanaan desentralisasi dan berbagai pedoman teknis memang belum semua ada. Tujuan penerbitan Buku Kebijakan dan Strategi Desentralisasi bidang Kesehatan ini adalah menyamakan persepsi tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi bidang Kesehatan dan untuk mengisi kesenjangan informasi yang mungkin ada di Pusat, Daerah Provinsi, Daerah Kabupaten dan Daerah Kota. Dengan demikian diharapkan semua unit yang terlibat dalam sistem kesehatan mendukung penerapan desentralisasi agar Pembangunan Kesehatan Nasional yang dilaksanakan di Daerah tetap berkesinambungan dalam memenuhi hak setiap orang untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai pasal 28H Undang Undang Dasar 1945.

Desentralisasi menyebabkan perubahan mendasar dalam tatanan pemerintahan sehingga terjadi juga perubahan peran dan fungsi birokrasi mulai dari tingkat Pusat sampai ke Daerah. Perubahan yang mendasar itu memerlukan juga pengembangan kebijakan yang mendukung penerapan desentralisasi dalam mewujudkan pembangunan kesehatan sesuai kebutuhan Daerah dan diselenggarakan secara efisien, efektif dan berkualitas. Saat ini adalah masa transisi yang sering menimbulkan kebingungan di antara tenaga kesehatan baik di Pusat maupun Daerah. Sejak diberlakukannya Otonomi Daerah secara penuh pada 1 Januari 2001, telah ditemukan berbagai masalah yang sangat kompleks sehingga perlu penanganan masalah yang komprehensif secara bertahap.

Untuk menindak lanjuti Kebijakan Desentralisasi bidang Kesehatan yang telah disusun pada Januari 2001, berbagai kegiatan harus dilaksanakan lintas unit utama di Departemen Kesehatan, oleh karena itu sejak bulan Juli 2001 telah dibentuk Unit Desentralisasi. Unit ini berfungsi sejak bulan Juli 2001, mekanisme kerja dan tugasnya ditingkatkan sesuai dengan kebutuhan dan disempurnakan dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor: 003A/MENKES/SK/II/2003. Unit Desentralisasi dibentuk dengan tujuan untuk membantu Menteri Kesehatan dalam melakukan analisis dan memberikan alternatif saran tentang kebijakan dan strategi desentralisasi bidang Kesehatan sehingga dapat menjamin tersedianya pelayanan kesehatan masyarakat terutama bagi kelompok rentan dan miskin.

Salah satu produk yang dihasilkan Unit Desentralisasi adalah Buku Kebijakan dan Strategi Desentralisasi bidang Kesehatan ini yang merupakan dokumen tertulis yang berisi Tujuan dan Prinsip-prinsip Desentralisasi, Hambatan dan Tantangan, Tujuan Strategis, Langkah Kunci dan Kegiatan. Tujuan Strategis dan Langkah Kunci tersebut telah disepakati jajaran Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten dan Dinas Kesehatan Kota pada Rapat Kerja Kesehatan Nasional 24-27 Juli 2002.

Walaupun demikian kegiatan dalam setiap langkah kunci dapat dikembangkan terus sejalan dengan pencapaian hasil dari setiap kegiatan yang telah dilaksanakan dan isu baru yang muncul. Karena itu isi dokumen ini mungkin saja berubah sesuai dengan kebutuhan mendatang.

Penerapan desentralisasi memerlukan waktu lama dan membutuhkan kesepakatan yang kuat dan jelas secara terus menerus. Pengalaman di negara-negara lain menunjukkan bahwa waktu 10 tahun belum berarti dalam menilai keberhasilan desentralisasi, oleh karena itu Desentralisasi bidang Kesehatan akan dilakukan secara bertahap dengan terus menerus dipantau dan setiap saat disesuaikan dengan kebutuhan.

Desentralisasi Kesehatan sampai ke tingkat Kabupaten/Kota tidak berarti menghilangkan peran Pusat dan Provinsi. Peraturan Pemerintah R.I. Nomor. 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi sebagai Daerah Otonom telah jelas mengatur pembagian kewenangan tetapi berbagai peraturan perundangan yang menunjang juga perlu dibuat untuk kejelasan landasan hukum. Selain itu Departemen Kesehatan juga akan menetapkan berbagai pedoman dan standar yang akan menjadi bagian yang tak terpisahkan dari Kebijakan Desentralisasi bidang Kesehatan.

Buku ini belum sempurna karena itu saran dan kritik dari pengguna buku dan para pengamat kesehatan sangat diharapkan untuk memperbaiki isi buku ini sehingga semakin bermanfaat bagi penyelenggara pelayanan kesehatan baik Pemerintah maupun Swasta di era desentralisasi.

Jakarta, 7 Januari 2003

Sekretaris Jenderal

Departemen Kesehatan R.I.



Dr. Dadi S. Anadiredja, MPH

## DAFTAR ISI

	Halaman
SURAT MENTERI DALAM NEGERI NOMOR: SE.440/572/OTDA PERIHAL KEBIJAKAN DAN STRATEGI DESENTRALISASI BIDANG KESEHATAN	
KATA PENGANTAR	
DAFTAR ISI	i
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 004/MENKES/SK/I/2003 TENTANG KEBIJAKAN DAN STRATEGI DESENTRALISASI BIDANG KESEHATAN	iii
BAB I PENDAHULUAN	iv
BAB II TUJUAN DAN KEBIJAKAN DESENTRALISASI BIDANG KESEHATAN	1
BAB III HAMBATAN DAN TANTANGAN	4
A. Komitmen dari semua pihak terkait	7
B. Kelangsungan dan keselarasan pembangunan kesehatan	7
C. Ketersediaan dan pemerataan sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas	7
D. Kecukupan pembiayaan kesehatan	8
E. Kejelasan pembagian kewenangan dan pengaturan kelembagaan	8
F. Kelengkapan sarana dan prasarana kesehatan	9
G. Kemampuan manajemen kesehatan dalam penerapan desentralisasi	9
BAB IV TUJUAN STRATEGIS, LANGKAH KUNCI DAN KEGIATAN	10
A. Upaya membangun komitmen Pemda, legislatif, masyarakat dan stakeholder lain dalam kesinambungan pembangunan kesehatan	10
B. Upaya peningkatan kapasitas sumberdaya manusia	14
C. Upaya perindungan kesehatan masyarakat khususnya terhadap penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin	17
D. Upaya pelaksanaan komitmen nasional dan global dalam program kesehatan daerah	19
E. Upaya penataan manajemen kesehatan di era desentralisasi	20
BAB V PENUTUP	26
KEPUSTAKAAN	27
LAMPIRAN Keputusan Menteri Kesehatan RO Nomor: 003A/MENKES/SK/I/2003 tentang Unit Desentralisasi	

## BAB I

### PENDAHULUAN

---

Desentralisasi pelayanan publik merupakan salah satu langkah strategis yang cukup populer dianut oleh negara-negara di Eropa Timur dalam rangka mendukung terciptanya *good governance*. Salah satu motivasi utama diterapkan kebijaksanaan ini adalah bahwa pemerintahan dengan sistem perencanaan yang sentralistik seperti yang telah dianut sebelumnya terbukti tidak mampu mendorong terciptanya suasana yang kondusif bagi partisipasi aktif masyarakat dalam melakukan pembangunan. Tumbuhnya kesadaran akan berbagai kelemahan dan hambatan yang dihadapi dalam kaitannya dengan struktur pemerintahan yang sentralistik telah mendorong dipromosikannya pelaksanaan strategi desentralisasi. Pelaksanaan kebijaksanaan desentralisasi makin mendapatkan momentumnya sebagai salah satu pendekatan yang diharapkan dapat menciptakan efisiensi dan *responsiveness* serta meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dalam penyediaan pelayanan publik.

Negara Republik Indonesia sebagai Negara Kesatuan menganut azas desentralisasi dalam penyelenggaraan pemerintahan dengan memberikan kesempatan dan keleluasaan kepada Daerah untuk menyelenggarakan Otonomi Daerah. Ketetapan MPR Nomor: XV/MPR/1998 tentang Penyelenggaraan Otonomi Daerah; Pengaturan; Pembagian, dan Pemanfaatan Sumber Daya Nasional, yang berkeadilan; serta Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah dalam Kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia, Undang Undang R.I. Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang Undang R.I. Nomor 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah telah diberlakukan dan dijadikan pedoman penyelenggaraan pemerintahan bidang kesehatan. Prinsip-prinsip pemberian otonomi daerah memperhatikan aspek demokrasi, keadilan, pemerataan serta potensi dan keanekaragaman Daerah dan pelaksanaannya didasarkan pada otonomi luas, nyata dan bertanggung jawab. Karena itu kewenangan yang diberikan kepada Daerah mencakup kewenangan yang utuh dalam penyelenggaraan pemerintahan bidang kesehatan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian dan evaluasi, tetapi tetap terjamin hubungan yang serasi antara Pusat dan Daerah serta antar Daerah.

Sesuai dengan Ketetapan MPR Nomor: IV/MPR/1999 tentang Garis-Garis Besar Haluan Negara 1999-2004, Pembangunan Kesehatan diarahkan untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia dan lingkungan yang saling mendukung dengan pendekatan paradigma sehat, yang memberikan prioritas pada upaya peningkatan kesehatan, pencegahan, penyembuhan, pemulihan dan rehabilitasi sejak dalam kandungan sampai usia lanjut

Selain itu pembangunan bidang kesehatan juga diarahkan untuk meningkatkan dan memelihara mutu lembaga pelayanan kesehatan melalui pemberdayaan sumber daya manusia secara berkelanjutan, dan sarana prasarana dalam bidang medis, termasuk ketersediaan obat yang dapat dijangkau oleh masyarakat.

Ketetapan MPR Nomor IV/MPR/2000 tentang Rekomendasi Kebijakan Dalam Penyelenggaraan Otonomi Daerah menyebutkan permasalahan-permasalahan yang mendasar yang dihadapi dalam penyelenggaraan otonomi daerah antara lain sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan otonomi daerah oleh Pemerintah Pusat selama ini cenderung tidak dianggap sebagai amanat konstitusi sehingga proses desentralisasi menjadi terhambat
2. Kuatnya kebijakan sentralisasi membuat semakin tingginya ketergantungan Daerah-daerah kepada Pusat yang nyaris mematikan kreativitas masyarakat beserta seluruh perangkat pemerintahan di Daerah
3. Adanya kesenjangan yang lebar antara Daerah dan Pusat dan antar Daerah sendiri dalam kepemilikan sumber daya alam, sumber daya budaya, infrastruktur ekonomi dan tingkat kualitas sumber daya manusia.
4. Adanya kepentingan melekat pada berbagai pihak yang menghambat penyelenggaraan otonomi daerah.

Mengingat permasalahan-permasalahan tersebut di atas, kemudian dikeluarkan rekomendasi, antara lain:

- Daerah yang sanggup melaksanakan otonomi secara penuh dapat segera memulai pelaksanaannya terhitung 1 Januari 2001
- Daerah yang belum mempunyai kesanggupan melaksanakan otonomi secara penuh dapat memulai pelaksanaannya secara bertahap sesuai kemampuan yang dimilikinya

Dalam Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi sebagai Daerah Otonom disebutkan bahwa kewenangan pemerintah dalam bidang lain (selain dalam politik luar negeri, pertahanan dan keamanan, peradilan, moneter dan fiskal, dan agama) meliputi kebijakan tentang perencanaan nasional dan pengendalian pembangunan nasional secara makro, dana perimbangan keuangan, sistem administrasi negara, pembinaan dan pemberdayaan sumber daya manusia, pendayagunaan sumber daya alam serta teknologi tinggi yang strategis, konservasi dan standarisasi nasional. Sedangkan kewenangan Provinsi mencakup kewenangan dalam bidang pemerintahan yang bersifat lintas Kabupaten/Kota serta kewenangan dalam bidang tertentu lainnya.

Disadari bahwa penerapan desentralisasi bukanlah proses yang sederhana. Tantangan yang kompleks dan luas mulai dari aspek sumber daya manusia, pembiayaan, kelembagaan sampai sarana dan prasarana harus dicermati dan ditata kembali agar penerapan desentralisasi ini berhasil baik.

Dalam percepatan implementasi otonomi daerah, pemerintah sudah mengambil langkah-langkah secara gradual dan sistematis, baik dalam kebijaksanaan maupun fasilitasi, sehingga diharapkan mendapat tindak lanjut oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota.

Peranan Provinsi dalam melaksanakan desentralisasi adalah untuk mengefektifkan tugas Pemerintah agar mampu dilaksanakan oleh masing-masing Provinsi dalam meningkatkan kinerjanya yang dapat memayungi dan memfasilitasi Pemerintah Kabupaten dan Kota. Pemerintah Provinsi sebagai daerah administratif diharapkan mempunyai peran melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan fungsi pemerintahan di Daerah Kabupaten dan Kota, sehingga dapat mencerminkan gambaran yang sesungguhnya bahwa pelaksanaan otonomi daerah sudah berjalan.

Agar penyelenggaraan pelaksanaan upaya kesehatan dengan azas desentralisasi dapat dilakukan dengan baik dan terarah, berhasil guna dan berdaya guna, mekanisme pembinaan dan pengawasan yang baik sangat dipandang penting untuk diciptakan guna memantau dan mengevaluasi seluruh kegiatan di tiap wilayah.

## BAB II

### TUJUAN DAN KEBIJAKAN DESENTRALISASI BIDANG KESEHATAN

---

Tujuan desentralisasi bermacam-macam. Secara filosofis dan ideologis, desentralisasi dianggap sebagai tujuan politik yang penting, karena memberikan kesempatan munculnya partisipasi masyarakat dan kemandirian daerah, dan untuk menjamin kecermatan pejabat-pejabat Pemerintah Daerah terhadap masyarakatnya. Di tingkat pragmatis, desentralisasi dianggap sebagai cara untuk mengatasi berbagai hambatan institusional, fisik dan administrasi pembangunan. Desentralisasi juga dianggap sebagai suatu cara untuk mengalihkan beberapa tanggungjawab pembangunan Pusat ke Daerah. Desentralisasi ini tidak dapat berjalan sendiri tanpa didukung oleh Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan.

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 39 tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Dekonsentrasi disebutkan bahwa Dekonsentrasi adalah pelimpahan wewenang dari Pemerintah kepada Gubernur sebagai wakil Pemerintah dan/atau Perangkat Pusat di Daerah. Sedangkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 52 tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Tugas Pembantuan disebutkan bahwa Tugas Pembantuan adalah penugasan dari Pemerintah kepada Daerah dan Desa untuk melaksanakan tugas tertentu yang disertai pembiayaan, sarana dan prasarana serta sumberdaya manusia dengan kewajiban melaporkan pelaksanaannya dan mempertanggungjawabkannya kepada yang menugaskan. Penggunaan azas dekonsentrasi dimaksudkan untuk mendapatkan efisiensi dan efektivitas dalam pengelolaan pemerintahan, pembangunan, pelayanan umum serta untuk menjamin hubungan yang serasi antara Pemerintah dan Pemerintah Daerah.

Tujuan Desentralisasi di bidang kesehatan adalah mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun, dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas Nasional dalam mencapai Indonesia Sehat 2010.

Untuk mencapai tujuan desentralisasi tersebut ditetapkan Kebijakan Desentralisasi Bidang Kesehatan sebagai berikut:

- A. Desentralisasi bidang kesehatan dilaksanakan dengan memperhatikan aspek demokrasi, keadilan, pemerataan, serta potensi dan keanekaragaman Daerah.

Dalam hal ini desentralisasi bidang kesehatan harus dapat:

1. Memberdayakan dan meningkatkan peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan, termasuk perannya dalam pengawasan sosial.
  2. Menyediakan pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata, tanpa membedakan antara golongan masyarakat yang satu dengan lainnya, termasuk menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan dan miskin.
  3. Mendukung aspirasi dan pengembangan kemampuan Daerah melalui peningkatan kapasitas, bantuan teknik dan peningkatan citra.
- B. Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan didasarkan kepada otonomi luas, nyata dan bertanggung jawab. Dalam hal ini maka:
1. Daerah diberi kewenangan seluas-luasnya untuk menyelenggarakan upaya dan pelayanan kesehatan dengan Standar Pelayanan Minimal yang pedomannya dibuat oleh Pemerintah Pusat.
  2. Daerah bertanggung jawab mengelola sumber daya kesehatan yang tersedia di wilayahnya secara optimal guna mewujudkan kinerja Sistem Kesehatan Wilayah sebagai bagian dari Sistem Kesehatan Nasional.
- C. Desentralisasi bidang kesehatan yang luas dan utuh diletakkan di Kabupaten dan Kota, sedangkan desentralisasi bidang kesehatan di Provinsi bersifat terbatas.
- D. Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan harus sesuai dengan konstitusi negara, sehingga tetap terjamin hubungan yang serasi antara Pusat dan Daerah serta antar Daerah.

Dalam hal ini maka:

1. Desentralisasi bidang kesehatan tidak boleh menciptakan dikotomi antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Pusat berwenang dalam pengembangan kebijakan, standarisasi, dan pengaturan. Pemerintah Kabupaten/Kota melaksanakan kebijakan, standar dan aturan tersebut.

Sedangkan Pemerintah Provinsi melakukan pengawasan dan pembinaan atas pelaksanaan upaya kesehatan oleh Daerah Kabupaten/Kota.

2. Desentralisasi bidang kesehatan diselenggarakan dengan membangun jejaring antara Pemerintah Pusat dan Daerah serta antar Pemerintah Daerah yang saling melengkapi dan memperkuat kesatuan dan persatuan bangsa dan Negara Indonesia.
- E. Desentralisasi bidang kesehatan harus lebih meningkatkan kemandirian Daerah Otonom. Pemerintah Pusat berkewajiban memfasilitasi pelaksanaan pembangunan kesehatan Daerah dengan meningkatkan kemampuan Daerah dalam pengembangan sistem kesehatan dan manajemen kesehatan.
- F. Desentralisasi bidang kesehatan harus lebih meningkatkan peran dan fungsi Badan Legislatif Daerah, baik dalam hal fungsi legislasi, fungsi pengawasan, maupun fungsi anggaran.
- G. Sebagai pelengkap desentralisasi bidang kesehatan dilaksanakan pula Dekonsentrasi bidang kesehatan yang diletakkan di Daerah Provinsi sebagai wilayah administrasi. Azas dekonsentrasi ini dimaksudkan untuk memberikan kewenangan kepada Daerah Provinsi untuk melaksanakan kewenangan tertentu di bidang kesehatan yang dilimpahkan kepada Gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat.
- H. Untuk mendukung desentralisasi bidang kesehatan dimungkinkan pula dilaksanakan Tugas Pembantuan di bidang kesehatan, khususnya dalam hal penanggulangan kejadian luar biasa, bencana, dan masalah-masalah kegawat-daruratan kesehatan lain.

## BAB III

### HAMBATAN DAN TANTANGAN

---

Desentralisasi merupakan perubahan fundamental dalam sistem pemerintahan. Perubahan dari sentralisasi menjadi desentralisasi yang mendadak (dalam waktu singkat) sering memberikan respon yang negatif yang dapat mengakibatkan terjadinya gangguan dalam pelaksanaan program.

Berdasarkan permasalahan, tantangan dan pengalaman masa lalu diidentifikasi beberapa isu strategik sebagai berikut:

#### A. Komitmen dari semua pihak terkait

Dalam upaya menerapkan desentralisasi dibutuhkan komitmen dari semua pihak terkait (*stakeholders*), baik dari lingkungan jajaran Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota, Lembaga Legislatif, masyarakat luas serta mitra Internasional.

Karena selama ini belum dirasakan pemahaman yang sama maka diperlukan:

1. Kesamaan pemahaman akan pentingnya kesehatan dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia sesuai dengan prinsip paradigma sehat dan pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Upaya untuk meningkatkan citra dan manfaat pelayanan kesehatan bagi semua lapisan masyarakat sehingga mampu menarik dukungan dan peran aktif masyarakat.
3. Upaya untuk meningkatkan sumber daya di bidang kesehatan termasuk pembiayaan, sumber daya manusia pelaksana, sarana dan prasarana untuk mencapai keberhasilan pembangunan kesehatan.

#### B. Kelangsungan dan keselarasan pembangunan kesehatan

Dalam tatanan Otonomi Daerah, keberhasilan Pembangunan Nasional di bidang kesehatan sangat ditentukan oleh keberhasilan pembangunan di Daerah. Kemandirian masing-masing Daerah dalam pengambilan keputusan perlu mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

1. Pemerataan derajat kesehatan antar Daerah
2. Penanggulangan masalah kesehatan lintas batas Kabupaten/Kota, lintas Provinsi dan lintas Negara.

3. Meningkatkan sinergi antar Daerah untuk meningkatkan daya saing di arena internasional.
4. Mencegah terjadinya deviasi pasar industri kesehatan.

#### C. Ketersediaan dan pemerataan sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas

Ketersediaan sumber daya manusia kesehatan (SDM Kesehatan) yang berkualitas dan profesional sangat menentukan keberhasilan penerapan desentralisasi. Pada saat ini jumlah, kualifikasi dan penyebaran SDM Kesehatan yang tersedia, baik manajerial maupun teknis, masih belum memadai, khususnya tenaga kesehatan strategis. Walaupun dalam tatanan Otonomi Daerah masing-masing Daerah memiliki kewenangan untuk menentukan sendiri kebutuhan, melakukan rekrutmen dan mempertahankan sumber daya manusia, Pemerintah perlu memperhatikan agar terjamin keseimbangan distribusi SDM Kesehatan antar-Daerah, melalui :

1. Pengembangan kebijakan-kebijakan dalam pengelolaan SDM Kesehatan
2. Pengembangan model-model alternatif pendayagunaan SDM Kesehatan

#### D. Kecukupan pembiayaan kesehatan

Kecukupan alokasi pembiayaan kesehatan dalam anggaran pemerintah baik Pusat maupun Daerah merupakan faktor penting keberhasilan desentralisasi dalam bidang kesehatan. Pemerintah Pusat dan Daerah perlu memberikan perhatian khusus untuk mengalokasikan anggaran yang mencukupi bagi pembangunan kesehatan dengan mempertimbangkan kemampuan Pemerintah Daerah dan masalah kesehatan yang dihadapi. Hal ini menjadi makin kritis karena alokasi dana Pusat diberikan dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU), sedangkan pembangunan kesehatan belum tentu menjadi prioritas. Pemerintah Pusat seharusnya menjamin Pemerintah Daerah mempunyai dana yang cukup untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal Kewenangan Daerah dari sumber Pendapatan Asli Daerah (PAD), Dana Alokasi Umum (DAU), Bagi Hasil, Dana Alokasi Khusus (DAK) dan penerimaan lainnya yang sah. Pemerintah juga harus dapat menjamin tersedianya pembiayaan bagi kelompok rentan dan miskin serta pelayanan yang bersifat *public goods*, kejadian luar biasa dan bencana.

#### E. Kejelasan pembagian kewenangan dan pengaturan kelembagaan

Desentralisasi bidang kesehatan mengharuskan perubahan peran dan kewenangan pemerintah di segala tingkat, dari Pusat sampai ke Daerah.

Oleh karenanya kejelasan peran dan kewenangan di masing-masing tingkat administratif menjadi sangat penting agar penerapan desentralisasi tidak gagal. Peraturan Pemerintah yang telah diterbitkan masih memerlukan kejelasan operasional dan penghayatan dari para pelaksana di semua tingkat.

#### F. Kelengkapan sarana dan prasarana kesehatan

Desentralisasi yang berupa penyerahan wewenang pemerintahan kepada Pemerintah Daerah diikuti pula dengan pengalihan sarana dan prasarana kesehatan.

Kelengkapan sarana dan prasarana juga merupakan faktor yang ikut menentukan dalam keberhasilan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pengalihan sarana dan prasarana hendaknya diikuti penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan yang memadai sehingga dapat menjamin kelangsungan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

#### G. Kemampuan manajemen kesehatan dalam penerapan desentralisasi

Kemampuan perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan pengorganisasian, pemantauan dan evaluasi di masing-masing Daerah untuk mengelola bidang kesehatan yang terdesentralisasi menuju Indonesia Sehat 2010 masih perlu ditingkatkan. Sistem informasi yang merupakan komponen dari manajemen kesehatan yang terdesentralisasi masih harus terus dikembangkan. Selain itu, perubahan yang fundamental dalam penerapan desentralisasi membutuhkan kemampuan dalam pengelolaan proses transisi dari sistem yang sentralistik ke sistem yang desentralistik.

## BAB IV

### TUJUAN STRATEGIS, LANGKAH KUNCI DAN KEGIATAN

---

Guna mencapai keberhasilan penerapan desentralisasi dalam bidang kesehatan, Departemen Kesehatan merumuskan 5 tujuan strategis sebagai berikut:

- A. Upaya membangun komitmen Pemda, Legislatif, Masyarakat dan *Stakeholder* lain dalam kesinambungan pembangunan kesehatan.
- B. Upaya peningkatan kapasitas sumberdaya manusia.
- C. Upaya perlindungan kesehatan masyarakat khususnya terhadap penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin.
- D. Upaya pelaksanaan komitmen Nasional dan Global dalam program kesehatan Daerah
- E. Upaya penataan manajemen kesehatan di era desentralisasi

Setiap tujuan strategis dijabarkan dalam langkah-langkah kunci. Tujuan Strategis A dijabarkan menjadi 8 langkah kunci, Tujuan Strategis B menjadi 5 langkah kunci, Tujuan Strategis C menjadi 3 langkah kunci, Tujuan Strategis D menjadi 3 langkah kunci, dan Tujuan Strategis E menjadi 10 langkah kunci, sehingga semua berjumlah 29 langkah kunci.

Pencapaian langkah kunci ditentukan oleh serangkaian kegiatan yang dilaksanakan oleh Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota.

#### A. Upaya membangun komitmen Pemda, Legislatif, Masyarakat dan *Stakeholder* lain dalam kesinambungan pembangunan kesehatan.

Sasaran tujuan strategis ini adalah memastikan adanya komitmen yang kuat di setiap tingkat administrasi untuk keberhasilan penerapan desentralisasi, meningkatnya citra dan manfaat pelayanan kesehatan serta meningkatnya peran masyarakat di bidang kesehatan.

#### 1. Langkah Kunci 1

##### Memantapkan Sinergi antara Unit Utama di Departemen Kesehatan, Lintas Sektor dan *Stakeholder* terkait

Agar tercapai kegiatan lintas program, lintas proyek, lintas sektor yang efektif dan efisien serta mendapat *lessons learned* dan *best practices* untuk replikasi, ekstensifikasi dan *sustainability* perlu dilakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

- a. Penyelenggaraan Rapat Koordinasi Pimpinan dan Rapat Koordinasi Staf di lingkungan Departemen Kesehatan secara rutin
- b. Fasilitasi forum komunikasi Sekretaris Eksekutif Pinjaman Hibah Luar Negeri (PHLN)
- c. Penyelenggaraan rapat triwulanan Tim Pengarah dan rapat bulanan Tim Teknis Unit Desentralisasi
- d. Penyelenggaraan pertemuan lintas sektor untuk pemantapan sinergi secara rutin
- e. Penyelenggaraan pertemuan rutin dengan *stakeholder* terkait (*quarterly donor meeting*, PERSI, dan lain-lain)

#### 2. Langkah Kunci 2

##### Memantapkan Sinergi antar Unit di Daerah

Desentralisasi pada dasarnya bertujuan mengoptimalkan potensi daerah, sehingga perlu dihimpun berbagai prakarsa dan aspirasi yang tersedia agar kegiatan lebih efektif dan efisien. Untuk mencapai tujuan itu perlu dilakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan Rakorpim dan Rakorstaf di lingkungan Dinas Kesehatan secara teratur
- b. Penyelenggaraan pertemuan lintas sektor untuk pemantapan sinergi di daerah secara teratur
- c. Penyelenggaraan pertemuan rutin dengan *stakeholder* terkait

#### 3. Langkah Kunci 3

##### Fasilitasi Kemampuan Advokasi/Negosiasi

Agar sektor kesehatan mendapatkan anggaran kesehatan yang memadai serta merupakan *main stream* dalam pembangunan berwawasan sehat, maka pimpinan dan staf Dinas Kesehatan, Rumah Sakit Daerah dan Unit Pelaksana Teknis perlu mempunyai kemampuan advokasi dan negosiasi melalui kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

- a. *Review* dan inventarisasi modul, pedoman dan kegiatan advokasi dan negosiasi yang ada atau telah dilakukan

- b. Penyusunan, penggandaan dan distribusi Pedoman Advokasi/ Negosiasi berdasarkan *evidence based*
- c. Penyusunan, penggandaan dan distribusi modul pelatihan advokator dan negosiator
- d. Penyusunan *Advokasi-Kit*
- e. Assessment kebutuhan jenis pelatihan advokasi/ negosiasi
- f. Pelatihan advokator dan negosiator

#### 4. Langkah Kunci 4

##### **Fasilitasi Kabupaten/Kota dalam Penyusunan dan Pembiayaan Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM)**

Untuk menjamin terwujudnya hak individu dan akses masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan dari kewenangan wajib daerah serta mendapatkan prioritas pendanaan, perlu dilakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

- a. Kajian pelaksanaan SPM bidang kesehatan
- b. Fasilitasi Provinsi untuk pelaksanaan kewenangan wajib daerah yang ditetapkan pemerintah agar menjadi prioritas bagi Daerah.
- c. Fasilitasi Provinsi untuk menyusun SPM Kabupaten/Kota bersama-sama Pemerintah Kabupaten/Kota
- d. Fasilitasi Kabupaten/Kota dalam penyediaan pembiayaan pelaksanaan SPM

#### 5. Langkah Kunci 5

##### **Fasilitasi Pengembangan dan Pemberdayaan *Joint Health Council (JHC)*/Komite Kesehatan Provinsi**

Untuk menyelesaikan permasalahan lintas Kabupaten/Kota dan menjangkau aspirasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan diperlukan JHC, dengan kegiatan sebagai berikut :

- a. *Review* dan inventarisasi kegiatan JHC
- b. Pengembangan konsep JHC
- c. Uji coba penerapan konsep JHC
- d. Sosialisasi dan pendampingan pengembangan JHC
- e. Penyusunan, penggandaan dan distribusi Pedoman Pemberdayaan JHC
- f. Pembentukan JHC dengan Surat Keputusan Gubernur

#### 6. Langkah Kunci 6

##### **Fasilitasi Pengembangan dan Pemberdayaan *District Health Committee (DHC)*/Komite Kesehatan Kabupaten/Kota**

Untuk mewujudkan demokratisasi pembangunan di bidang kesehatan dengan mengajak sebanyak mungkin *stakeholder* untuk berpartisipasi dalam pemikiran, perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan di daerahnya diperlukan DHC, dengan kegiatan sebagai berikut :

- a. *Review* dan inventarisasi kegiatan DHC, Forum Kota Sehat, atau forum kesehatan lain yang ada
- b. Pengembangan konsep DHC
- c. Uji coba penerapan konsep DHC
- d. Sosialisasi dan Pendampingan Pengembangan DHC
- e. Penyusunan, penggandaan dan distribusi Pedoman Pengembangan dan Pemberdayaan DHC
- f. Pembentukan DHC dengan SK Bupati/Walikota

#### 7. Langkah Kunci 7

##### **Fasilitasi Pengembangan dan Pemberdayaan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Kesehatan Tingkat Pusat dan Daerah**

Untuk kelangsungan pembangunan kesehatan di era desentralisasi dibutuhkan bantuan dan kontribusi LSM Kesehatan sebagai mitra kerja, dengan kegiatan sebagai berikut :

- a. *Review* dan inventarisasi LSM Kesehatan yang ada
- b. Penyusunan, penggandaan dan distribusi Pedoman Pengembangan LSM Kesehatan
- c. Fasilitasi pengembangan dan pemberdayaan Forum LSM Kesehatan
- d. Orientasi program kesehatan yang membutuhkan bantuan LSM Kesehatan
- e. Pemberdayaan LSM Kesehatan melalui program terkait Pusat/ Provinsi/ Kabupaten/Kota
- f. Pertemuan berkala Forum LSM Kesehatan

## 8. Langkah Kunci 8

### Fasilitasi Pengembangan Jaringan Kerja Antar LSM, Asosiasi dan Dunia Usaha yang Bergerak Dalam Bidang Kesehatan

Diperlukan kesatuan gerak semua komponen dalam pembangunan kesehatan, sehingga perlu diperkuat jaringan kerja yang telah ada antar LSM, Asosiasi dan dunia usaha yang bergerak dalam bidang kesehatan, dengan kegiatan sebagai berikut :

- a. *Review* dan inventarisasi LSM, asosiasi dan dunia usaha yang bergerak dalam bidang kesehatan yang ada
- b. Penyusunan, penggandaan dan distribusi Pedoman Kerjasama LSM, asosiasi dan dunia usaha yang bergerak dalam bidang kesehatan
- c. Fasilitasi pembentukan Forum LSM, asosiasi dan dunia usaha yang bergerak dalam bidang kesehatan
- d. Orientasi program kesehatan yang membutuhkan bantuan LSM, asosiasi dan dunia usaha yang bergerak dalam bidang kesehatan
- e. Pemberdayaan LSM, asosiasi dan dunia usaha yang bergerak dalam bidang kesehatan melalui program terkait Pusat/Provinsi/Kabupaten/ Kota
- f. Pertemuan berkala Forum LSM, asosiasi dan dunia usaha yang bergerak dalam bidang kesehatan

## B. Upaya peningkatan kapasitas sumberdaya manusia.

Sasaran tujuan strategis ini adalah memperbaiki sistem manajemen SDM, mulai dari pengadaan, pendayagunaan dan pembinaannya, untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan tenaga yang berkualitas di semua tingkat administrasi, di sektor publik maupun swasta.

### 1. Langkah Kunci 9

#### Penyusunan Pedoman Pelaksanaan Desentralisasi, Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan Bidang Kesehatan

Untuk memudahkan institusi kesehatan melaksanakan tugas pokok dan fungsinya dalam era desentralisasi diperlukan pedoman yang merupakan acuan, sumber informasi, dengan kegiatan sebagai berikut :

- a. *Review* dan inventarisasi seluruh produk hukum di berbagai tingkat administrasi, kebijakan, pedoman, komitmen dan kegiatan yang telah diprakarsai atau ditetapkan oleh Departemen Kesehatan dan Departemen lain yang berkaitan dengan Desentralisasi, Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan Bidang Kesehatan.
- b. Penyusunan, penggandaan dan distribusi Pedoman Pelaksanaan Desentralisasi, Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan Bidang Kesehatan.

- c. Sosialisasi Pedoman Pelaksanaan Desentralisasi, Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan Bidang Kesehatan di tingkat Pusat/Provinsi/ Kabupaten/ Kota
- d. Mengembangkan Pedoman Pelaksanaan Desentralisasi, Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan Bidang Kesehatan yang selalu dapat di *up-date* melalui internet

### 2. Langkah Kunci 10

#### Menyiapkan dan Memberdayakan Tenaga Pendamping Desentralisasi Kesehatan (PDK)

Dengan diberlakukannya Undang-Undang No. 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, memberikan implikasi pemahaman yang belum tepat dalam hal tugas, tanggung jawab, kewenangan, peraturan perundangan, manajemen dan organisasi serta pengawasan dan pembinaan di Daerah.

Oleh karena itu, Departemen Kesehatan menyiapkan tenaga Pendamping Desentralisasi Kesehatan (PDK) yang akan melakukan pembinaan dan pendampingan ke daerah-daerah bila Daerah mendapat kesulitan dalam mengatasi masalah kesehatan. Tenaga PDK adalah seseorang yang memahami hakekat desentralisasi bidang kesehatan sehingga mampu memfasilitasi dan mendampingi petugas di Provinsi/Kabupaten/Kota dalam mewujudkan kesinambungan, keserasian dan keselarasan pembangunan bidang kesehatan.

Kegiatan langkah kunci ini adalah:

- a. Penyusunan, penggandaan dan distribusi Pedoman Pendampingan Kabupaten/Kota
- b. *Recruitment* calon tenaga PDK
- c. Pelatihan tenaga PDK
- d. Sosialisasi keberadaan dan tugas tenaga PDK
- e. Pemanfaatan tenaga PDK

### 3. Langkah Kunci 11

#### Mengembangkan Organisasi Pembelajaran (Building Learning Organization/BLO) di Departemen Kesehatan, Provinsi dan Kabupaten/Kota

Untuk meningkatkan kemampuan para pejabat agar dapat menyesuaikan diri pada perubahan dan peranannya yang baru, diperkenalkan suatu konsep BLO dengan harapan dapat terbentuk para pemimpin pembelajar yang mampu mengembangkan organisasi pembelajaran di instansi/unit masing-masing.

Kegiatan sebagai berikut :

- a. Sosialisasi dan advokasi pentingnya BLO bagi organisasi dan stakeholder terkait
- b. Penyiapan modul pelatihan BLO
- c. Pelatihan BLO di Departemen Kesehatan, Propinsi dan Kabupaten / Kota
- d. Pendampingan / mentoring BLO secara berkala
- e. Kaji tindak dampak BLO bagi program kesehatan

#### 4. Langkah Kunci 12

##### **Menjalin Kerjasama Dengan Organisasi Profesi Kesehatan dan Universitas Setempat**

Untuk meningkatkan profesionalisme dalam pelayanan kesehatan serta selalu melakukan inovasi, diperlukan kerjasama dengan organisasi profesi kesehatan dan pakar dari universitas dengan kegiatan sebagai berikut :

- a. Pertemuan berkala dengan organisasi profesi kesehatan terkait dan para pakar dari universitas di Provinsi/Kabupaten/Kota
- b. Pemberdayaan organisasi profesi kesehatan dan universitas setempat dalam program pembangunan kesehatan
- c. Pemberdayaan Asosiasi Profesi Kesehatan dalam membantu memonitor penyebaran, pemerataan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan

#### 5. Langkah Kunci 13.

##### **Pemantapan Sistem Manajemen SDM Kesehatan**

Ketersediaan SDM kesehatan yang berkualitas dan profesional sangat menentukan keberhasilan penerapan desentralisasi bidang kesehatan, sehingga perlu dilakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

- a. Peningkatan dan pemantapan perencanaan, pengadaan tenaga kesehatan, pendayagunaan dan pemberdayaan profesi kesehatan
- b. Peningkatan sistem informasi tenaga kesehatan terpadu
- c. Peningkatan kapasitas SDM Kesehatan
- d. Pendayagunaan SDM Kesehatan, termasuk pengembangan model-model pendayagunaan SDM Kesehatan untuk daerah/masyarakat miskin dan terpencil/sangat terpencil
- e. Peningkatan mutu pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan kesehatan
- f. Peningkatan pemberdayaan tenaga kesehatan ke luar negeri

#### C. Upaya perlindungan kesehatan masyarakat khususnya terhadap penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin.

Sasaran tujuan strategis ini adalah perlindungan kesehatan masyarakat dengan cara menggalang komitmen dari semua pihak terkait (*stakeholders*), tersedianya dana dari berbagai sumber baik dalam maupun luar negeri, dan meningkatkan efisiensi sehingga dana yang terbatas dapat memberikan hasil yang optimal, khususnya bagi penduduk miskin dan kelompok rentan serta pelayanan yang bersifat *public goods* dan penanggulangan bencana.

#### 1. Langkah Kunci 14

##### **Menyempurnakan Sub-sistem Pelayanan Kesehatan Untuk Penduduk Miskin, Kelompok Rentan dan Daerah Miskin**

Pemerintah harus dapat menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin dan kelompok rentan, dengan kegiatan sebagai berikut :

- a. *Review* definisi orang miskin dan penduduk miskin
- b. *Review* dan inventarisasi penduduk miskin, kelompok rentan dan pemetaannya serta daerah miskin di setiap Kabupaten/Kota
- c. Identifikasi pola penyakit penduduk miskin
- d. Penetapan dan penerapan pedoman akreditasi untuk berbagai sarana pelayanan kesehatan
- e. *Review* pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh penduduk miskin dan kualitas pelayanannya
- f. Identifikasi hambatan-hambatan dalam kebijakan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin
- g. *Review* dan inventarisasi kebijakan, peraturan terkait, inovasi, pedoman pelayanan kesehatan untuk penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin
- h. Pengembangan kebijakan dan pedoman di bidang pelayanan kesehatan untuk penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin.
- i. Sosialisasi dan advokasi kepada Pemerintah Daerah
- j. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin
- k. Penyediaan obat *buffer-stock* nasional
- l. Meningkatkan penggunaan obat generik

## 2. Langkah Kunci 15

### Menyempurnakan Sub-sistem Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin, Kelompok Rentan dan Daerah Miskin, yang Pelaksanaannya Disesuaikan Dengan Kemampuan Daerah (*Matching Grant*)

Pemerintah harus dapat menjamin tersedianya pembiayaan *public goods* dan *private goods* bagi penduduk miskin dan kelompok rentan, dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

- a. *Review* program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) dan sistem pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin, kelompok rentan dan daerah miskin
- b. Identifikasi sumber-sumber dana untuk pelayanan kesehatan penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin
- c. Mengembangkan sub-sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berdasarkan kontribusi pendanaan masyarakat (untuk *personal health*) dan solidaritas sosial
- d. Penyusunan sub-sistem pembiayaan pelayanan *public-goods* dan *private-goods* bagi penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin
- e. Pengembangan Pedoman Sub-sistem Jaminan Kesehatan Penduduk Miskin, Kelompok Rentan dan Daerah Miskin
- f. Sosialisasi pedoman
- g. Sosialisasi dan advokasi *matching grant*

## 3. Langkah Kunci 16

### Fasilitasi Pemerintah Daerah Untuk Pengembangan Pembiayaan Upaya Kesehatan Masyarakat (*Public Health*) dan Pelayanan Kesehatan Perorangan (*Personal Health*) Penduduk Miskin

Pemerintah Daerah harus memprioritaskan penggunaan PAD, DAU, DAK untuk penduduk miskin, dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- a. Fasilitasi perhitungan pembiayaan Pemerintah Daerah untuk kegiatan *public-health* dan *personal-health* penduduk miskin.
- b. Menetapkan perhitungan subsidi kesehatan penduduk miskin
- c. Advokasi dan sosialisasi
- d. Regulasi pendukung

## D. Upaya pelaksanaan komitmen Nasional dan Global dalam program kesehatan Daerah

Sasaran tujuan strategis ini adalah untuk meningkatkan cakupan dan kualitas program kesehatan sesuai dengan komitmen nasional dan global

### 1. Langkah Kunci 17

#### Fasilitasi Pemberdayaan Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional (BPKN)

Dalam Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan diamanatkan tugas BPKN memberikan saran dan pertimbangan kepada Menteri Kesehatan dalam rangka perumusan kebijaksanaan di bidang kesehatan.

BPKN yang ditetapkan dengan Keputusan Presiden Nomor 410 tahun 1994 telah berakhir masa baktinya pada tahun 1997, maka sangat diperlukan keberadaan BPKN pada era desentralisasi, dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

- a. Mengusulkan penetapan Keppres tentang masa kerja, susunan personalia dan Tupoksi BPKN yang baru
- b. Fasilitasi pertemuan berkala anggota BPKN dengan Bappenas, Komisi VII DPR, Direktorat Jenderal Anggaran Departemen Keuangan, Departemen Kesehatan dan *stakeholder* terkait untuk mendukung program kesehatan sesuai dengan komitmen nasional dan global
- c. Melibatkan BPKN dalam menetapkan kebijakan pembangunan kesehatan di era desentralisasi
- d. Fasilitasi BPKN untuk melakukan advokasi program kesehatan sesuai dengan komitmen nasional dan global kepada Presiden, Komisi VII DPR, Bappenas, dan *stakeholder* terkait

### 2. Langkah Kunci 18

#### Fasilitasi Mekanisme Kerjasama Daerah Dalam Pelaksanaan Program Kesehatan Sesuai Komitmen Nasional dan Global.

Dalam era desentralisasi, untuk mengatasi permasalahan lintas provinsi maupun lintas Kabupaten/Kota perlu dilakukan kerjasama Daerah, dengan kegiatan sebagai berikut:

- a. *Review* dan inventarisasi *best-practices* dan *lessons-learned* kerjasama daerah yang ada

- b. Diseminasi *best-practices* dan *lessons-learned* kerjasama Daerah pada forum pertemuan APPSI (Asosiasi Pemerintah Provinsi Seluruh Indonesia), APEKSI (Asosiasi Pemerintah Kota Seluruh Indonesia), APKASI (Asosiasi Pemerintah Kabupaten Seluruh Indonesia), ADEKSI (Asosiasi DPRD Kota Seluruh Indonesia), ADKASI (Asosiasi DPRD Kabupaten Seluruh Indonesia), ARSADA (Asosiasi Rumah Sakit Daerah), ADINKES (Asosiasi Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten/Kota).
- c. Fasilitasi ADINKES dan ARSADA untuk melakukan advokasi mekanisme kerjasama Daerah dalam pelaksanaan program kesehatan sesuai komitmen nasional dan global kepada APPSI, APEKSI, APKASI, ADEKSI dan ADKASI

### 3. Langkah Kunci 19

**Mendirikan dan Memberdayakan *National Institute (for Public Health Services)* dan *Center of Excellence (for Medical Services)* untuk Mendukung Program Kesehatan Sesuai Komitmen Nasional dan Global.**

Institusi kesehatan tertentu dan Fakultas Kedokteran diharapkan dapat menjadi pusat rujukan atau unggulan program kesehatan, dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

- a. Review dan inventarisasi *National Institute* dan *Center of Excellence* yang ada
- b. Penyusunan, penggandaan dan distribusi Pedoman Pendirian *National Institute* dan *Center of Excellence*
- c. Penetapan dan fasilitasi pembentukan *National Institute* dan *Center of Excellence* yang baru
- d. Memfasilitasi pertemuan berkala dengan anggota *National Institute* dan *Center of Excellence* dan *stakeholder* terkait untuk mendukung program kesehatan sesuai komitmen nasional dan global.
- e. Sosialisasi keberadaan *National Institute* dan *Center of Excellence* yang dapat membantu manager kesehatan Provinsi/Kabupaten/ Kota dalam pelaksanaan program kesehatan sesuai komitmen nasional dan global

### E. Upaya penataan manajemen kesehatan di era desentralisasi

Organisasi masa depan harus mampu menyerap perubahan-perubahan yang akan terjadi dalam era desentralisasi dan globalisasi dan berorientasi kepada hasil (*mission driven*). Hal ini menuntut penyesuaian pola pikir dan gaya manajemen yang adaptif terhadap perubahan-perubahan yang cepat dan situasi yang turbulen (*learning organization*).

### 1. Langkah Kunci 20

**Fasilitasi Penataan Sistem Kesehatan Daerah dan Manajemen Kesehatan**

Sistim Kesehatan Daerah perlu disusun oleh Daerah dengan memperhatikan Sistim Kesehatan Nasional, Renstrada dan Visi Daerah, dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- a. Sosialisasi Sistem Kesehatan Nasional
- b. Menata kembali sub-sistem upaya kesehatan Daerah
- c. Menata kembali sub-sistem pembiayaan kesehatan Daerah
- d. Menata kembali sub-sistem sumber daya kesehatan Daerah
- e. Menata kembali sub-sistem pemberdayaan masyarakat
- f. Menata kembali sub-sistem manajemen kesehatan Daerah termasuk analisa kebijakan dan penelitian pengembangan

### 2. Langkah Kunci 21

**Fasilitasi Pengembangan Konsep Kelembagaan Dinas Kesehatan, Unit Pelaksana Teknis (UPT), Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD), Rumah Sakit Daerah dan Puskesmas, Dikaitkan Dengan Kewenangan yang Diserahkan**

Kelembagaan organisasi di Daerah perlu ditata kembali sesuai dengan kewenangan bidang kesehatan yang diserahkan dan dilimpahkan kepada Provinsi/Kabupaten/Kota, dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- a. Review dan inventarisasi seluruh struktur organisasi dan tugas pokok fungsi Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, UPT, UPTD, RS Daerah dan Puskesmas yang ada
- b. Review dan inventarisasi peran, tanggungjawab dan akuntabilitas antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/ Kota
- c. Pengembangan Pedoman Standar Struktur Organisasi dan Tupoksi Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, UPTD, RS Daerah dan Puskesmas
- d. Fasilitasi Pemda agar menetapkan struktur organisasi Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, UPT, UPTD, RS Daerah dan Puskesmas yang sesuai agar dapat melaksanakan kewenangan yang diserahkan
- e. Identifikasi dan inventarisasi jenis kewenangan Departemen Kesehatan yang dilimpahkan kepada pemerintah Provinsi/ Kabupaten/Kota sebagai tugas Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan

### 3. Langkah Kunci 22

#### Mengembangkan Sistem Informasi Kesehatan Kabupaten/Kota, *link* dengan Sistem Informasi Kesehatan Provinsi dan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS)

Untuk mengatasi kendala pengumpulan dan pemanfaatan data dan informasi diperlukan sistem informasi kesehatan Kabupaten/Kota, dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

- a. Integrasi dan efisiensi model pencatatan dan pelaporan yang ada
- b. Pengumpulan dan pemanfaatan bersama data dan informasi secara terkoordinasi/terintegrasi
- c. Fasilitasi pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA)
- d. Pengembangan pelayanan data dan informasi untuk manajemen
- e. Pengembangan pelayanan data dan informasi untuk masyarakat dan swasta
- f. Pengembangan teknologi informasi dan sumberdaya informasi
- g. Penyusunan modul pelatihan pengembangan SIKDA
- h. Pelatihan petugas pengelola SIKDA agar dapat diangkat sebagai tenaga fungsional statistisi
- i. Pengembangan *network* dengan lintas sektor terkait

### 4. Langkah Kunci 23

#### Mengembangkan Instrumen Monitoring dan Evaluasi Kinerja Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota

Untuk meningkatkan kinerja Kabupaten/Kota dalam pembangunan kesehatan diperlukan suatu instrumen monitoring dan evaluasi, dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- a. Menetapkan variabel/indikator kinerja bidang kesehatan Kabupaten/ Kota
- b. Penyusunan instrumen monitoring dan evaluasi kinerja bidang kesehatan Kabupaten/Kota dan *benchmarking*
- c. Uji coba pengembangan instrumen dan cara sederhana untuk mengukur kinerja Kabupaten/Kota dan *benchmarking* di beberapa Provinsi
- d. Replikasi penerapan *benchmarking* kinerja Kabupaten/Kota

- e. Disain *operational-room* monitoring dan evaluasi kinerja bidang kesehatan Kabupaten/Kota di Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi
- f. Disain *network* monitoring dan evaluasi kinerja bidang kesehatan Kabupaten/Kota antara Departemen Kesehatan dengan Dinas Kesehatan Provinsi
- g. Penerapan akuntabilitas publik bidang kesehatan

### 5. Langkah Kunci 24

#### Mengembangkan Sistem Informasi Keuangan Kabupaten/Kota (*District Health Account /DHA*), *link* dengan Sistem Informasi Keuangan Provinsi/Pusat dan SIKNAS

Pengambilan keputusan pembangunan kesehatan dalam setiap perencanaan akan lebih akurat dan mencapai tujuan apabila tersedia DHA, dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- a. *Review* dan inventarisasi sistem laporan keuangan (*financial report system/FRS*) di era desentralisasi
- b. Penyempurnaan rancangan modul DHA disesuaikan hasil *review* FRS
- c. *Review* dan inventarisasi *item-item* yang sama atau berbeda pada setiap FRS untuk mengembangkan *link* antar Kabupaten/Kota-Provinsi-Pusat (integrasi dan efisiensi model pencatatan dan pelaporan)
- d. Pengembangan teknologi informasi keuangan dan sumberdaya melalui *capacity-building*
- e. Advokasi dari hasil analisis DHA

### 6. Langkah Kunci 25.

#### Mengembangkan Harmonisasi Pengadaan Obat Terpadu

Untuk mendapat obat yang berkualitas dengan harga yang menguntungkan serta tepat waktu dalam pengadaan obat oleh Kabupaten/Kota perlu dilakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- a. *Review* dan inventarisasi sistem pengadaan dan distribusi obat yang ada
- b. Pengembangan Pedoman Pengadaan Obat Terpadu
- c. Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Obat
- d. Fasilitasi Pemda agar melaksanakan Pengadaan Obat Terpadu

## 7. Langkah Kunci 26

### Mengembangkan Sub Sistem Pengawasan Pelaksanaan Penyelenggaraan Pemerintahan Bidang Kesehatan

Implementasi dari UU No 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah telah diterbitkan PP No. 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah dan Keppres 74 Tahun 2001 tentang Tatacara Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah, dengan melakukan kegiatan sebagai berikut:

- a. Menyusun Petunjuk Teknis Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah Bidang Kesehatan
- b. Menyusun Standar Pengawasan Program Bidang Kesehatan (SPP-BK) sebanyak 15 kegiatan program prioritas Departemen Kesehatan untuk dipergunakan oleh Inspektorat Jenderal Depkes dan Aparat Pengawasan Fungsional (APF) lain.
- c. Melakukan sosialisasi dan asistensi penggunaan SPP-BK kepada APF lain
- d. Melakukan pendidikan dan latihan SPP-BK diikuti dengan sertifikasi pengawasan program prioritas Departemen Kesehatan
- e. Menyediakan SDM Pengawasan yang handal dan profesional
- f. Mengembangkan jejaring dengan APF lain, baik Pusat maupun Daerah

## 8. Langkah Kunci 27

### Fasilitasi Pengembangan dan Pemberdayaan Peranan Asosiasi Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota (ADINKES) dan Asosiasi Rumah Sakit Daerah (ARSADA) Dalam Percepatan Penerapan Desentralisasi Kesehatan Kabupaten/ Kota

Pembentukan ADINKES Provinsi/Kabupaten/Kota untuk menjembatani kebijakan-kebijakan dan komitmen-komitmen pembangunan kesehatan dari Departemen Kesehatan yang operasionalisasinya dilaksanakan di Provinsi/Kabupaten/Kota dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- a. Temu nasional Dinas Kesehatan Provinsi Kabupaten/Kota seluruh Indonesia
- b. Fasilitasi pengembangan ADINKES
- c. Fasilitasi Lokakarya ADINKES
- d. Pertemuan berkala antara ADINKES dan ARSADA dengan Forum LSM, Asosiasi dan dunia usaha yang bergerak dalam bidang kesehatan dan *stakeholder* terkait

## 9. Langkah Kunci 28

### Mengembangkan Sub-sistem Pemeliharaan dan Optimalisasi Pemanfaatan Sarana Rumah Sakit dan Alat Kesehatan

Keberhasilan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit atau fasilitas pelayanan dapat tercapai bila tersedia biaya operasional dan pemeliharaan sarana dan alat kesehatan yang memadai dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- a. Menyusun petunjuk teknis dan *standard operational procedure* pemeliharaan dan optimalisasi pemanfaatan sarana rumah sakit dan alat kesehatan
- b. Melakukan sosialisasi dan asistensi pemeliharaan dan optimalisasi pemanfaatan sarana rumah sakit dan alat kesehatan
- c. Melakukan pendidikan dan latihan pemeliharaan sarana rumah sakit dan alat kesehatan diikuti sertifikasi
- d. Monitoring dan evaluasi hasil pemeliharaan sarana rumah sakit dan alat kesehatan

## 10. Langkah Kunci 29

### Fasilitasi Pengembangan dan Pemberdayaan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan di Provinsi/ Kabupaten/Kota

Untuk mencapai keberhasilan pembangunan kesehatan di Daerah, perlu didukung oleh Penelitian dan Pengembangan Kesehatan di Provinsi/Kabupaten/Kota melalui kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- a. Penyusunan konsep dan Petunjuk Pelaksanaan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan di Provinsi/Kabupaten/ Kota
- b. Fasilitasi pengembangan komponen Penelitian dan Pengembangan Kesehatan di Provinsi/ Kabupaten/ Kota meliputi:  
prioritas penelitian, *resource-flow*, penggunaan dan penyebaran iptek hasil penelitian, etik Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, jaringan Litbangkes Daerah, peningkatan kapasitas, dan lain-lain.
- c. Fasilitasi pelaksanaan program-program Riset Pembinaan Kesehatan (RISBINKES), Riset Pembinaan Tenaga Kesehatan (RISBINAKES), Riset Pembinaan Iptek Kedokteran (RISBINIPTEKDOK), Riset Operasional Intensifikasi Pemberantasan Penyakit (ROIP2) dan Riset Pembinaan Operasional lainnya secara berkesinambungan, yang ditindaklanjuti dengan publikasi dan pemanfaatan hasil riset.
- d. Kerjasama penelitian dan pengembangan kesehatan strategis, SURKESNAS, SURKESDA dan survei-survei kesehatan strategis lainnya antara Pemerintah Provinsi, Kabupaten/Kota dengan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- e. Fasilitasi penyusunan dan pengukuran kinerja dari Penelitian dan Pengembangan Kesehatan di Provinsi /Kabupaten/Kota

## BAB V

### PENUTUP

---

Sebagaimana telah dikemukakan di depan, desentralisasi bidang kesehatan bukanlah proses yang mudah dan sederhana. Keberhasilan pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan terletak pada prakarsa, inovasi, dan kesungguhan Daerah dalam merencanakan dan melaksanakan pembangunan kesehatannya. Selain dari itu, keberhasilan pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan juga ditentukan oleh kemampuan dan kemauan Pemerintah Pusat dalam membantu dan memfasilitasi pelaksanaan pembangunan kesehatan di Daerah tersebut.

Penetapan Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan, perlu didukung dengan advokasi terhadap pihak-pihak yang berkepentingan (*stakeholders*). Kesamaan pengertian, efektivitas kerjasama atau kemitraan dan sinergi antara aparat kesehatan Pusat dengan aparat kesehatan Daerah menjadi penting sebagai indikator pencapaian tujuan desentralisasi bidang kesehatan.

Perlu kita ingat bahwa pada akhirnya yang bertanggung jawab dalam bidang kesehatan secara nasional adalah Departemen Kesehatan, karena fungsi Pemerintah adalah mensejahterakan masyarakatnya berdasarkan kepercayaan dan legitimasi yang telah diperolehnya dalam mengemban tugasnya.

## KEPUSTAKAAN

---

1. Ahmad Sujudi et al, *Perjalanan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2002
2. Departemen Kesehatan RI, *Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan 2001-2004*, Jakarta, 2001
3. Departemen Kesehatan RI, *Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan*, Jakarta, 2001
4. Departemen Kesehatan RI, *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta, 1999
5. Mills, Anna dan Vaughan, J.Patrick et al(Editor), *Desentralisasi Sistem Kesehatan, Konsep-konsep, isu-isu dan pengalaman di berbagai negara*, penerjemah dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, penyunting dr. Susanto Agus Wilopo, M.Sc, D.Sc, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2002
6. *Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom* (Lembaran Negara tahun 2000 No. 54)
7. *Peraturan Pemerintah Nomor 20 tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah* (Lembaran Negara tahun 2001 No. 41)
8. Prijono Tjiptoherjanto, SE, MA, Ph.D dan Budi Susetyo, SE, M.Sc, Ph.D, *Ekonomi Kesehatan*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta, 1994
9. *Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat No. IV/MPR/1999 tentang Garis-garis Besar Haluan Negara*
10. *Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat No. X/MPR/1998 tentang Pokok-Pokok Reformasi*

11. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional tahun 2000-2004, (Lembaran Negara tahun 2000 No. 206)
12. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara tahun 1999 No. 60, Tambahan Lembaran Negara No. 3899)
13. Undang-Undang Republik Indonesia No. 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara No. 3848)
14. Undang-Undang Republik Indonesia No. 28 tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Nomor: 3851)
15. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara tahun 1992 No. 100, Tambahan Lembaran Negara No. 3495)



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
Nomor : 003A/MENKES/SK/2003

TENTANG  
UNIT DESENTRALISASI

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

- Menimbang :
- a. bahwa telah ditetapkan UU Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan PP Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom.
  - b. bahwa desentralisasi telah ditetapkan sebagai salah satu strategi untuk mencapai Indonesia Sehat 2010
  - c. bahwa telah disusun Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan.
  - d. bahwa keberadaan Unit Desentralisasi Departemen Kesehatan RI yang dibentuk berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI Nomor 208/Menkes/SK/II/2002, telah dirasakan manfaatnya dalam mendukung keberhasilan desentralisasi kesehatan.
  - e. bahwa Unit Desentralisasi tersebut perlu dilanjutkan keberadaannya dengan ketetapan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI.
- Mengingat :
1. Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara tahun 1992 No. 100, Tambahan Lembaran Negara No. 3495).
  2. Undang-undang Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara tahun 1999 No. 60, Tambahan Lembaran Negara No. 3899).
  3. Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom.
  4. Peraturan Pemerintah Nomor 20 tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah.
  5. Keputusan Presiden RI Nomor 102 tahun 2001 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen.
  6. Keputusan Presiden RI Nomor 103 tahun 2001 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Pemerintah non Departemen dan Keputusan Presiden No. 3 tahun 2002 tentang Perubahan Keputusan Presiden No. 103 tahun 2001.
  7. Keputusan Presiden Nomor 109 tahun 2001 tentang Unit Organisasi dan Tugas Eselon I Departemen
  8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1277/Menkes/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

M E M U T U S K A N

Menetapkan

- Pertama : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG UNIT DESENTRALISASI
- Kedua : Unit Desentralisasi sebagaimana dimaksud diktum pertama merupakan Unit non struktural dan bersifat ad-hoc
- Ketiga : Susunan keanggotaan unit desentralisasi sebagai berikut :

1. Tim Pengarah :

- Ketua : Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat
- Anggota: 1) Dirjen Pelayanan Medik  
2) Dirjen PPM-PL  
3) Dirjen Yanfar dan Alat-Kesehatan  
4) Inspektur Jenderal  
5) Kepala Badan Litbangkes  
6) Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan  
7) SAM Bidang Teknologi Kesehatan dan Farmasi  
8) SAM Bidang Pembiayaan dan Ekonomi Kesehatan  
9) SAM Bidang Penyehatan Lingkungan dan Epidemiologi  
10) SAM Bidang Pelayanan Kesehatan Masyarakat Rentan

2. Tim Pelaksana :

- Penanggung jawab Umum : Sekretaris Jenderal
- Penanggung jawab Harian : SAM Bidang Peningkatan Kapasitas Kelembagaan dan Desentralisasi
- Sekretaris (merangkap anggota): Dr. H. Suwandi Makmur, MM
- Anggota : 1) Dr. Triono Soendoro, PhD  
2) Dra. Sukarni  
3) Dr. Kemas M. Akib, SpR, MARS  
4) Dra. Zulkarnain Kasim, SKM, MBA
- Staf Sekretariat : 1) Ramchan Raef, MCN  
2) M.L. Tri Hadiah Herawati, SKM, MKes  
3) Samsu Hidayat, SH  
4) Guuesye Charles Yonki M.  
5) Darmayanti, SKM

3. Tim Teknis :

- Ketua : Kepala Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan
- Anggota: 1) Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran  
2) Kepala Biro Kepegawaian  
3) Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
4) Kepala Biro Keuangan dan Perlengkapan  
5) Sekretaris Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat  
6) Sekretaris Dirjen Pelayanan Medik  
7) Sekretaris Dirjen P2M-PL  
8) Sekretaris Dirjen Yanfar dan Alat Kesehatan  
9) Sekretaris Inspektorat Jenderal  
10) Sekretaris Badan Litbangkes  
11) Sekretaris Badan PPSDM Kesehatan  
12) Kepala Pusat Data dan Informasi Kesehatan



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Keempat : Tugas pokok Unit Desentralisasi adalah :

- Melakukan telaah kritis terhadap penerapan desentralisasi kesehatan di semua tingkat administrasi, khususnya di Kabupaten/Kota.
- Menyusun *policy paper* tentang berbagai aspek penerapan desentralisasi kesehatan sebagai bahan masukan bagi pengambilan keputusan.
- Mengembangkan konsep untuk peningkatan kapasitas Institusi di Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota dalam melaksanakan desentralisasi kesehatan.
- Memfasilitasi berbagai kegiatan untuk menjawab tantangan dan kebutuhan sumber daya dalam rangka penerapan desentralisasi kesehatan.
- Memfasilitasi pelaksanaan langkah-langkah kunci dan kegiatan dalam Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan.

Kelima: Dalam melaksanakan tugasnya Unit Desentralisasi dapat melakukan konsultasi dengan berbagai narasumber baik dari dalam dan luar Departemen Kesehatan termasuk Departemen/Lembaga Pemerintah Non Departemen, LSM, Organisasi Profesi dan Perguruan Tinggi

Keenam: Biaya yang dibutuhkan untuk kegiatan Unit Desentralisasi dibebankan kepada Anggaran Belanja Departemen Kesehatan dan bantuan Donor/Badan Internasional yang sifatnya tidak mengikat

Ketujuh : Tim Unit Desentralisasi dalam melaksanakan tugasnya agar berpedoman pada kerangka acuan tentang Unit Desentralisasi sesuai lampiran Surat Keputusan ini.

Kedelapan: Dengan ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan ini maka Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 208/Menkes/SK/III/2002 tentang Unit Desentralisasi dan Surat Keputusan Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan RI Nomor: HK.00.SJ.SK.1.0978 tentang Sekretariat Tim Pelaksana Unit Desentralisasi dinyatakan tidak berlaku lagi

Kesembilan: Keputusan ini berlaku mulai 1 Januari 2003 sampai dengan 31 Desember 2003 dengan ketentuan akan ditinjau kembali apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan.

Ditetapkan : di Jakarta  
Tanggal : 06 Januari 2003



Dr. ACHMAD SUJUDI

Surat Keputusan ini disampaikan kepada :

- Tim Pengarah Unit Desentralisasi
- Tim Pelaksana Unit Desentralisasi
- Tim Teknis Unit Desentralisasi
- Para Kepala Biro, Kepala Pusat dan Direktur di Depkes RI
- Para Kepala Dinas Kesehatan Propinsi
- SE Proyek PLN dan Hibah di Depkes RI
- Team Leader MSH Program / USAID

**KERANGKA ACUAN  
UNIT DESENTRALISASI  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI**

**I. LATAR BELAKANG**

Desentralisasi menyebabkan perubahan mendasar dalam tatanan pemerintahan. Perubahan yang besar ini mengharuskan adanya perubahan peran dan fungsi birokrasi di semua tingkat administrasi. Salah satu upaya untuk melakukan redefinisi peran dan fungsi telah dilakukan melalui PP No.25/2000. Namun demikian, uraian tersebut masih perlu diikuti pengembangan berbagai kebijakan untuk mendukung keberhasilan penerapan desentralisasi dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat secara efisien, efektif, dan berkualitas. Pelayanan kesehatan harus memiliki kapasitas untuk berkembang dengan mengedepankan pemberdayaan masyarakat dan kemitraan dengan semua pihak terkait. Sementara itu, dunia juga menghadapi globalisasi yang akan berpengaruh terhadap semua segi kehidupan.

Organisasi masa depan harus mampu menyerap perubahan-perubahan yang akan terjadi dalam era desentralisasi dan globalisasi dan berorientasi kepada hasil (mission driven). Ini menuntut penyesuaian pola pikir dan gaya manajemen yang adaptif terhadap perubahan-perubahan yang cepat dalam situasi yang tidak menentu (learning organization).

Perubahan yang mendasar akan melalui proses transisi yang kompleks, untuk ini dibutuhkan upaya khusus untuk mendukung keberhasilan proses transisi tersebut. Lokakarya pejabat teras Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial dalam bulan Januari 2001 telah mengidentifikasi kebutuhan yang mendesak untuk lebih meningkatkan koordinasi antar Unit Utama dan antar Proyek, pertukaran informasi tentang inovasi yang dilaksanakan sehingga dapat dicapai pemahaman yang sama tentang situasi yang dihadapi. Hasil Lokakarya tersebut telah ditindaklanjuti dengan tersusunnya dokumen penting tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi bidang Kesehatan yang telah disepakati dalam Rapat Kerja Kesehatan Nasional di Jakarta 24-27 Juli 2002.

Dengan latar belakang pemikiran seperti di atas dibentuk Unit Desentralisasi yang merupakan unit non struktural dan bersifat ad hoc di tingkat pusat untuk mendukung keberhasilan desentralisasi kesehatan di tingkat Propinsi dan Kabupaten/Kota

Dari hasil evaluasi kegiatan tahun 2002 Unit Desentralisasi sangat membantu dalam memfasilitasi dan mensinergikan kegiatan-kegiatan di Departemen Kesehatan khususnya yang berkaitan dengan desentralisasi bidang kesehatan. Untuk itu keberadaan Unit Desentralisasi Departemen Kesehatan perlu dilanjutkan dengan penetapan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI.

**II. TUJUAN DAN TUGAS POKOK**

**Tujuan :**

Unit Desentralisasi dibentuk dengan tujuan untuk membantu Menteri Kesehatan dalam melakukan analisis dan memberikan alternatif saran tentang kebijakan desentralisasi kesehatan sehingga dapat menjamin tersedianya pelayanan kesehatan masyarakat terutama bagi kelompok rentan dan miskin.

**Tugas pokok:**

1. Melakukan telaah kritis terhadap penerapan desentralisasi kesehatan di semua tingkat administrasi, khususnya di Kabupaten/Kota
2. Menyusun policy paper tentang berbagai aspek penerapan desentralisasi kesehatan sebagai bahan masukan bagi pengambilan keputusan
3. Mengembangkan konsep untuk peningkatan kapasitas institusi di Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota dalam melaksanakan desentralisasi kesehatan
4. Memfasilitasi berbagai kegiatan untuk menjawab tantangan dan kebutuhan sumber daya dalam rangka penerapan desentralisasi kesehatan
5. Memfasilitasi pelaksanaan langkah-langkah kunci dan kegiatan dalam Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan.

Untuk memenuhi tugas pokok tersebut, Struktur organisasi Unit Desentralisasi terdiri dari Tim Pengarah, Tim Pelaksana dan Tim Teknis ditetapkan dengan SK Menkes RI yang merupakan unit non struktural dan bersifat ad hoc dengan masa kerja satu tahun dan dapat diperpanjang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan penerapan desentralisasi.

**III. MEKANISME KERJA**

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Unit Desentralisasi melaksanakan koordinasi antar Unit Utama di dalam lingkup Depkes dan SE Proyek PLN dan Hibah serta berkonsultasi dengan berbagai nara sumber dari Departemen lain/Lembaga Pemerintah Non Departemen, LSM, Organisasi Profesi, Perguruan Tinggi dan Stakeholders lain serta memfasilitasi Propinsi dan Kabupaten/Kota (lihat bagan Tata Hubungan Kerja).

Tidak tertutup kemungkinan Unit Desentralisasi menggali pengalaman dari Negara lain antara lain dengan mendatangkan tenaga ahli / konsultan dari Negara bersangkutan dalam kegiatan seminar / lokakarya, atau melakukan studi komparatif ke Negara lain.

**Tim Pengarah :** Berkewajiban memberikan petunjuk, arahan dan informasi serta isu terkini menyangkut kebijakan unit utama yang berkaitan dengan desentralisasi.

**Tim Pelaksana:** Menyusun agenda prioritas selama satu tahun yang disetujui Tim Pengarah.  
Penanggung Jawab Umum dan Penanggung Jawab Harian memberikan arahan/saran dan memantau pelaksanaan kegiatan unit desentralisasi.  
Sekretaris dan anggota melaksanakan kegiatan sesuai rencana kerja tahunan dan kegiatan lain yang ditugaskan Tim Pengarah dan Penanggung Jawab.  
Staf sekretariat melaksanakan tugas kesekretariatan dan tugas-tugas umum yang diberikan oleh Sekretaris Tim Pelaksana.

- Tim Teknis :
- Merupakan perwakilan tetap dari Unit Utama (Ditjen, Setjen, Itjen dan Badan) dan berfungsi untuk :
    - Menjadi focal point di dalam Unit Utama .
    - Memberikan informasi yang mutakhir tentang penerapan desentralisasi kesehatan dan isu terkini yang dihadapi dalam desentralisasi
    - Melakukan analisis yang objektif tentang penerapan desentralisasi kesehatan dan isu terkini yang dihadapi oleh unit yang diwakilinya

#### IV. PEMBIAYAAN

Pembiayaan untuk Unit Desentralisasi akan terbagi dalam pembiayaan untuk operasional unit dan pembiayaan untuk melaksanakan agenda kerja tahunan. Biaya yang dibutuhkan untuk kegiatan Unit Desentralisasi dibebankan pada Anggaran Belanja Depkes dan bantuan Donor/Badan Internasional yang sifatnya tidak mengikat.

#### V. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Melalui Penanggung Jawab Umum/Penanggung jawab Harian, secara berkala hasil kerja Unit Desentralisasi sesudah memperoleh tanggapan dan penyempurnaan Tim Pengarah, dilaporkan kepada Menteri Kesehatan. Pada akhir tahun dilakukan pertanggung jawaban untuk dievaluasi dan ditetapkan tindak lanjut untuk tahun berikutnya.

#### Lampiran SK Menkes nomor: 003A/Menkes/SK/1/2003 TATA HUBUNGAN KERJA UNIT DESENTRALISASI

