

10 Prib. 04

## SISTEM KESEHATAN NASIONAL

(Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 131/MENKES/SK/II/2004 tanggal 10 Februari 2004)

### MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

**Menimbang :**

- a. bahwa pembangunan kesehatan selama ini berdasarkan pada Sistem Kesehatan Nasional yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 99a/Menkes/SK/III/1982 tentang Berlakunya Sistem Kesehatan Nasional;
- b. bahwa untuk mengantisipasi berbagai perubahan dan tantangan strategis, baik internal maupun eksternal, perlu disusun Sistem Kesehatan Nasional yang baru, yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan.

**Mengingat :**

1. Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Nomor : X Tahun 1998 tentang Pokok-pokok Reformasi;
2. Ketetapan MPR RI Nomor VII tahun 2001 tentang Visi Indonesia Masa Depan;
3. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
4. Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 60, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3839);
5. Undang-undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3848);
6. Undang-undang Nomor 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 206);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi Sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4091);
8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 99a/Men.Kes/SK/III/1982 tentang Berlakunya Sistem Kesehatan Nasional;

9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 574/Men.Kes/IV/2000 tentang Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1277/Men.Kes/SK/XI/2001 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.

**MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan :**

**Pertama :**

Keputusan Menteri Kesehatan tentang Sistem Kesehatan Nasional.

**Kedua :**

Sistem Kesehatan Nasional sebagaimana dimaksud dalam Diktum Pertama tercantum dalam lampiran Keputusan ini.

**Ketiga :**

Sistem Kesehatan Nasional dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai pedoman bagi semua pihak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Indonesia.

**Keempat :**

Dengan berlakunya Keputusan ini, maka Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 99a/Men.Kes/SK/III/1982, tentang Berlakunya Sistem Kesehatan Nasional dinyatakan tidak berlaku lagi.

**Kelima :**

Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan, dengan ketentuan akan diadakan perubahan sebagaimana mestinya apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di Jakarta  
Pada tanggal 10 Februari 2004  
**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,**  
ttd.  
**Dr. ACHMAD SUJUDI**

## LAMPIRAN

### SISTEM KESEHATAN NASIONAL.

#### BAB I PENDAHULUAN

##### A. LATAR BELAKANG

Tujuan nasional Bangsa Indonesia sebagaimana yang tercantum dalam Pembukaan UUD 1945 adalah 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. Untuk mencapai tujuan tersebut diselenggarakanlah program pembangunan nasional secara menyeluruh dan berkesinambungan. Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi Bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah.

Untuk menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan, diperlukan dukungan Sistem Kesehatan Nasional yang tangguh. Di Indonesia, Sistem Kesehatan Nasional (SKN) telah ditetapkan pada tahun 1982. SKN tersebut telah berperan besar sebagai acuan dalam penyusunan Garis-garis Besar Haluan Negara (G BHN) bidang Kesehatan, penyusunan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, dan juga sebagai acuan dalam penyusunan berbagai kebijakan, pedoman, dan arah pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Dalam konteks eksternal, perubahan dan tantangan strategis yang terjadi adalah berlangsungnya era globalisasi, perkembangan teknologi, transportasi, dan telekomunikasi-informasi yang mengarah pada terbentuknya dunia tanpa batas. Globalisasi yang ditandai oleh meningkatnya persaingan bebas, mengharuskan setiap komponen bangsa meningkatkan daya saing. Sejalan dengan itu demokratisasi, hak asasi

manusia, dan pelestarian lingkungan hidup telah menjadi tuntutan dunia yang semakin mendesak. Keterikatan Indonesia dengan berbagai komitmen internasional seperti Millennium Development Goals, Sustainable Development Principles, World Fit for Children, dan agenda-agenda internasional lainnya di bidang kesehatan, perlu diper-timbangkan dalam penyusunan kebijakan dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Dalam konteks internal, perubahan dan tantangan strategis yang terjadi adalah munculnya krisis moneter pada tahun 1997 yang kemudian berkembang menjadi krisis multi dimensi meliputi krisis politik, ekonomi, sosial, budaya, dan keamanan yang mengarah pada disintegrasi bangsa. Berbagai kondisi tersebut berdampak luas terhadap perikehidupan masyarakat dalam berbangsa dan bernegara, diantaranya meningkatnya pengangguran dan jumlah penduduk miskin, menurunnya derajat kesehatan penduduk yang pada gilirannya berpengaruh terhadap mutu sumberdaya manusia Indonesia.

Tuntutan yang gencar terhadap perlu diselenggarakannya tata pemerintahan yang baik khususnya yang bebas dari korupsi, kolusi, dan nepotisme merupakan tantangan yang mengemuka yang harus mendapat perhatian. Makin mengemukanya peranan masyarakat madani, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) serta kalangan swasta dalam menentukan kebijakan publik perlu pula mendapat tanggapan yang seksama.

Pengakuan akan pentingnya peranan daerah dalam menyelenggarakan pembangunan nasional yang di Indonesia diwujudkan melalui diberlakukannya Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah, adalah perubahan dan tantangan strategis internal yang perlu diperhatikan. Dilakukannya amandemen Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD. 1945) pada tahun 2002, yang menekankan pentingnya kesehatan sebagai hak asasi manusia, juga merupakan perubahan dan tantangan strategis internal lainnya.

Menghadapi berbagai perubahan dan tantangan strategis yang ada, Sidang MPR tahun 1998 telah menetapkan Ketetapan

MPR RI. Nomor X Tahun 1998 tentang Pokok-pokok Reformasi Pembangunan. Ketetapan MPR ini mengamanatkan perlu dilakukannya pembaharuan melalui reformasi total kebijakan pembangunan dalam segala bidang. Untuk bidang kesehatan pembaharuan tersebut telah ditetapkan Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan, sebagai strategi pembangunan nasional untuk mewujudkan visi pembangunan kesehatan, yaitu Indonesia Sehat 2010.

Selanjutnya berdasarkan visi tersebut, telah berhasil ditetapkan pula dasar-dasar, misi, strategi, dan paradigma pembangunan kesehatan yang baru yaitu Paradigma Sehat yang inti pokoknya menekankan pentingnya kesehatan sebagai hak asasi manusia, kesehatan sebagai investasi bangsa, dan kesehatan menjadi titik sentral pembangunan nasional. Dalam rangka melaksanakan kebijakan otonomi daerah, desentralisasi merupakan salah satu strategi yang ditetapkan untuk mencapai visi Indonesia Sehat 2010 dan misi pembangunan kesehatan.

Untuk mendukung keberhasilan pembaharuan kebijakan pembangunan kesehatan yang telah dilakukan tersebut, perlu disusun SKN baru yang mampu menjawab dan merespon berbagai tantangan pembangunan kesehatan, baik untuk masa kini maupun untuk masa mendatang. Hasil yang diharapkan adalah meningkatnya mutu sumberdaya manusia (*Human Development Index*) yang penting artinya untuk meningkatkan daya saing Bangsa Indonesia dalam menghadapi era globalisasi. Kesehatan bersama pendidikan dan ekonomi merupakan unsur utama yang menentukan mutu SDM tersebut.

#### **B. MAKSUD DAN KEGUNAAN**

Penyusunan SKN baru ini dimaksudkan untuk menyesuaikan SKN 1982 dengan berbagai perubahan dan tantangan eksternal dan internal, agar dapat dipergunakan sebagai landasan, arah, dan pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan baik oleh masyarakat, swasta maupun oleh pemerintah (pusat, provinsi, kabupaten/kota) serta pihak-pihak terkait lainnya.

Tersusun SKN baru mempertegas makna pembangunan kesehatan dalam rangka

memenuhi hak asasi manusia, memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misinya, memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, meningkatkan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, serta meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan nasional.

SKN baru merupakan acuan dalam menerapkan pendekatan pelayanan kesehatan primer (Primary Health Care) yang secara global telah diakui sebagai pendekatan yang tepat dalam mencapai kesehatan bagi semua, yang untuk Indonesia diformulasikan sebagai visi Indonesia Sehat.

## **BAB II**

### **ANALISIS SITUASI DAN KECENDERUNGAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL**

Sekalipun SKN 1982 secara nyata telah berhasil digunakan sebagai acuan dalam menetapkan berbagai kebijakan kesehatan di Indonesia, namun jika ditinjau dari pencapaian dan kinerjanya, SKN 1982 tersebut masih belum begitu menggembirakan. Sesuai dengan laporan WHO tahun 2000 (*the World Health Report 2000*) tentang "Health System Improving Performance", tercatat indikator pencapaian dan indikator kinerja Sistem Kesehatan Nasional (SKN) Indonesia masih terhitung rendah.

Indikator pencapaian SKN ditentukan oleh dua determinan. Pertama, status kesehatan yakni yang menunjuk pada tingkat kesehatan yang berhasil dicapai oleh SKN yang dihitung dengan menggunakan *disability adjusted life expectancy (DALE)*. Kedua, tingkat ketanggapan (*responsiveness*) sistem kesehatan yakni yang menunjuk pada kemampuan SKN dalam memenuhi harapan masyarakat tentang bagaimana mereka ingin diperlakukan dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Hasil yang diperoleh untuk indikator ini menempatkan Indonesia pada urutan ke-106 dan 191 negara anggota WHO yang dinilai.

Indikator kinerja SKN ditentukan oleh tiga determinan. Pertama, distribusi tingkat kesehatan di suatu negara ditinjau dari kematian Balita. Kedua, distribusi ketanggapan (*responsiveness*) sistem kesehatan ditinjau dari harapan masyarakat. Ketiga, distribusi pembiayaan kesehatan ditinjau dari penghasilan keluarga. Hasil yang diperoleh untuk indikator ini menempatkan

Indonesia pada urutan ke-92 dari 191 negara anggota WHO yang dinilai.

Karena indikator pencapaian SKN menunjuk pada tingkat kesehatan yang berhasil dicapai dan tingkat ketanggapan SKN, maka indikator ini terutama dipengaruhi oleh upaya kesehatan yang diselenggarakan di suatu negara. Jika upaya kesehatan tersebut tidak tersedia dan tidak dapat dijangkau oleh masyarakat, maka sulit diharapkan meningkatnya taraf kesehatan masyarakat. Karena indikator kinerja SKN menunjuk pada distribusi status kesehatan dan ketanggapan SKN, maka indikator ini terutama dipengaruhi oleh sumberdaya kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan manajemen kesehatan. Jika ketiga aspek ini tidak berada pada kondisi optimal, maka dapat dipastikan kinerja pelayanan kesehatan tidak akan memuaskan. Sedangkan khusus untuk indikator kinerja SKN yang dikaitkan dengan keadilan dalam kontribusi pembiayaan kesehatan, faktor yang mempengaruhinya adalah pembiayaan kesehatan. Jika jumlah dan distribusi biaya kesehatan tidak sesuai dengan kebutuhan kelompok dan atau wilayah kerja yang dilayani, maka keadilan dalam pembiayaan kesehatan tidak akan tercapai.

Analisis situasi dan kecenderungan perkembangan berbagai aspek yang mempengaruhi pencapaian dan kinerja kesehatan nasional di Indonesia secara singkat dapat diuraikan sebagai berikut :

#### **1. Upaya Kesehatan**

Upaya kesehatan di Indonesia belum terselenggara secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Penyelenggaraan upaya kesehatan yang bersifat peningkatan (promotif) dan pencegahan (preventif) masih dirasakan kurang.

Jumlah sarana dan prasarana kesehatan masih belum memadai. Tercatat jumlah Puskesmas Pembantu untuk seluruh Indonesia sebanyak 7.237 unit, Puskesmas Pembantu sebanyak 21.267 unit, dan Puskesmas Keliling 6.392 unit. Untuk rumah sakit terdapat sebanyak 1.215 RS, terdiri dari 420 RS milik pemerintah, 605 RS milik swasta, 78 RS milik BUMN, dan 112 RS milik TNI/POLRI, dengan jumlah seluruh tempat tidur sebanyak 130.214 buah. Penyebaran sarana dan prasarana kesehatan belum merata. Rasio sarana dan prasarana kesehatan terhadap jumlah penduduk di luar Pulau Jawa lebih baik dibandingkan dengan

di Pulau Jawa. Hanya saja keadaan transportasi di luar Pulau Jawa jauh lebih buruk dibandingkan dengan Pulau Jawa.

Meskipun sarana pelayanan kesehatan dasar milik pemerintah seperti Puskesmas telah terdapat di semua kecamatan dan ditunjang paling sedikit oleh tiga Puskesmas Pembantu, namun kesehatan belum dapat dijangkau oleh seluruh masyarakat. Indonesia memang masih menghadapi permasalahan pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan. Diperkirakan hanya sekitar 30% penduduk yang memanfaatkan pelayanan Puskesmas dan Puskesmas Pembantu. Selanjutnya meskipun rumah sakit telah terdapat di hampir semua kabupaten/kota, namun sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan juga belum dapat berjalan dengan semestinya.

Sementara itu berbagai sarana pelayanan yang dikelola oleh sektor lain di luar kesehatan, termasuk yang dikelola oleh TNI/POLRI dan BUMN, sekalipun telah memberikan kontribusi yang besar dalam pembangunan kesehatan, namun dalam kenyataannya belum sepenuhnya merupakan bagian integral dari upaya kesehatan secara keseluruhan. Potensi pelayanan kesehatan swasta dan upaya kesehatan berbasis masyarakat yang semakin meningkat, belum didayagunakan sebagaimana mestinya. Sementara itu keterlibatan dinas kesehatan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat dan keterkaitannya dengan pelayanan rumah sakit sebagai sarana pelayanan rujuk masih dirasakan sangat kurang.

Dengan keadaan seperti ini tidak mengherankan bila derajat kesehatan masyarakat di Indonesia belum memuaskan. Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Ibu masih tinggi, yakni masing-masing 50/1000 kelahiran hidup (Susenas 2001) dan 373/100.000 kelahiran hidup (SKRT 1995). Sedangkan umur harapan hidup masih rendah, yakni rata-rata 66,2 tahun (tahun 1999). Kondisi ini berakibat pada masih rendahnya Indeks Pembangunan Manusia (HDI) Indonesia, yang menduduki urutan ke-112 dari 175 negara (UNDP 2003).

#### **2. Pembiayaan kesehatan**

Pembiayaan kesehatan di Indonesia masih rendah, yaitu rata-rata 2,2% dari Produk Domestik Bruto (PDB) atau rata-rata antara

USD 12-18 per kapita per tahun. Presentase ini masih jauh dari anjuran Organisasi Kesehatan Sedunia yakni paling sedikit 5% dari PDB per tahun. Tiga puluh persen dari pembiayaan tersebut bersumber dari pemerintah dan sisanya sebesar 70% bersumber dari masyarakat termasuk swasta, yang sebagian besar masih digunakan untuk pelayanan kuratif.

Pengalokasian dana bersumber pemerintah yang dikelola oleh sektor kesehatan sampai saat ini begitu efektif. Dana pemerintah lebih banyak dialokasikan pada upaya kuratif dan sementara itu besarnya dana yang dialokasikan untuk upaya promotif dan preventatif sangat terbatas. Pembelanjaan dana pemerintah belum cukup adil untuk mengedepankan upaya kesehatan masyarakat dan bantuan untuk keluarga miskin.

Mobilisasi sumber pembiayaan kesehatan dari masyarakat masih terbatas serta bersifat perorangan (*out of pocket*). Jumlah masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan masih terbatas, yakni kurang dari 20% penduduk. Metoda pembayaran kepada penyelenggara pelayanan masih didominasi oleh pembayaran tunai, sehingga mendorong penyelenggaraan dan pemakaian pelayanan kesehatan secara berlebihan serta meningkatnya biaya kesehatan. Demikian pula penerapan teknologi canggih dan perubahan pola penyakit sebagai akibat meningkatnya umur harapan hidup akan mendorong meningkatnya biaya kesehatan yang tidak dapat dihindari.

Tingginya angka kesakitan juga berdampak terhadap biaya kesehatan yang pada gilirannya akan memperberat beban ekonomi. Hal ini terkait dengan besarnya dana yang harus dikeluarkan untuk berobat, serta hilangnya pendapatan akibat tidak bekerja. Sebagai contoh beban dan atau kerugian ekonomi yang diakibatkan penyakit TBC di Indonesia diperkirakan tidak kurang dari Rp 2,5 triliun per tahun.

Sementara itu anggaran pembangunan berbagai sektor lain belum sepenuhnya mendukung pembangunan kesehatan. Anggaran pembangunan sektor pertanian, misalnya tidak memperhitungkan biaya penanggulangan efek samping penggunaan pestisida. Demikian pula untuk biaya penanggulangan dampak pencemaran

lingkungan yang ditemukan antara lain pada sektor perhubungan, perindustrian, dan pertambangan.

### **3. Sumberdaya Manusia Kesehatan**

Jumlah sumberdaya manusia (SDM) kesehatan belum memadai. Rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk masih rendah. Produksi dokter setiap tahun 2.500 dokter baru, sedangkan rasio dokter terhadap jumlah penduduk 1:5000. Produksi perawat setiap tahun sekitar 40.000 perawat baru, dengan rasio terhadap jumlah penduduk 1:2850. Sedangkan produksi bidan setiap tahun sekitar 600 bidan baru, dengan rasio terhadap jumlah penduduk 1:2600. Namun daya serap tenaga kesehatan oleh jaringan pelayanan kesehatan masih terbatas.

Penyebaran SDM Kesehatan juga belum menggembirakan, sekalipun sejak tahun 1992 telah diterapkan kebijakan penempatan tenaga dokter dan bidan dengan sistem PTT. Tercatat rasio dokter terhadap Puskesmas untuk kawasan Indonesia bagian barat, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan wilayah bagian timur. Rasio tenaga dokter terhadap Puskesmas di Provinsi Sumatera Utara = 0,84 dibanding dengan Provinsi NTT = 0,26 dan Provinsi Papua = 0,12.

Mutu SDM Kesehatan masih membutuhkan pembenahan. Hal ini tercermin dari kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang belum optimal. Menurut Susenas 2001, ditemukan 23,2% masyarakat yang bertempat tinggal di Pulau Jawa dan Bali menyatakan tidak/kurang puas terhadap pelayanan rawat jalan yang diselenggarakan oleh rumah sakit pemerintah di kedua pulau tersebut.

Sistem penghargaan dan sanksi, peningkatan karier, pendidikan dan pelatihan berjenjang dan berkelanjutan, akreditasi pendidikan dan pelatihan, serta sertifikasi, registrasi dan lisensi SDM kesehatan belum mantap. Sampai saat ini sistem sertifikasi, registrasi, dan lisensi SDM di Indonesia belum mencakup aspek profesionalisme. Sistem yang dipergunakan pada saat ini, karena hanya dilakukan oleh Departemen Kesehatan masih bersifat administratif. Kerja sama lintas program, lintas sektor, dan dengan organisasi profesi serta lembaga swadaya masyarakat dalam pengembangan tenaga kesehatan masih terbatas.

#### 4. Sumberdaya Obat dan Perbekalan Kesehatan

Industri farmasi di Indonesia telah sejak lama berhasil dikembangkan. Tercatat jumlah industri farmasi di Indonesia sebanyak 198 buah, terdiri dari 34 PMA, 4 BUMN, dan 160 PMDN/Swasta Nasional. Jumlah perusahaan yang bergerak dalam distribusi obat (PBF) tercatat sebanyak 1.473 buah. Sedangkan jumlah apotek tercatat sebanyak 6.058 buah serta toko obat sebanyak 4.743 buah. Mutu industri farmasi juga telah berhasil distandarisasi, yakni dengan ditetapkannya cara pembuatan obat yang baik (CPOB). Untuk menunjang upaya kesehatan, terutama yang diselenggarakan oleh pemerintah, telah ditetapkan kebijakan obat generik yang mencakup 220 jenis obat. Hal yang masih menjadi masalah di bidang pelayanan kefarmasian, obat, sediaan farmasi, alat kesehatan, vaksin, kosmetik, perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT), insektisida, dan reagensia adalah yang menyangkut ketersediaan, keamanan, manfaat, serta mutu dengan jumlah dan jenis yang cukup serta terjangkau, merata, dan mudah diakses oleh masyarakat.

Pengawasan perbekalan dan alat kesehatan sejak dari produksi, distribusi sampai dengan pemanfaatannya belum dilakukan dengan optimal. Sedangkan pengadaannya untuk sarana kesehatan pemerintah belum sesuai dengan kebutuhan.

#### 5. Pemberdayaan Masyarakat

Keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia tidak terlepas dari partisipasi aktif masyarakat. Untuk itu berbagai bentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat banyak didirikan, antara lain dalam bentuk Posyandu yang berjumlah sekitar 240.000 buah, 33.083 Polindes, 12.414 Pos Obat Desa, serta 4.049 Pos Upaya Kesehatan Kerja. Sedangkan dalam pembiayaan kesehatan, pemberdayaan masyarakat diwujudkan melalui bentuk dana sehat yang berjumlah 23.316 serta berbagai yayasan peduli dan penyandang dana kesehatan seperti Yayasan Kanker Indonesia, Yayasan Jantung Indonesia, Yayasan Thalasemia Indonesia, serta Yayasan Ginjal Indonesia.

Dalam rangka mempercepat tercapainya

Indonesia Sehat 2010, pemberdayaan masyarakat dilaksanakan pula dalam berbagai bentuk, seperti Koalisi Indonesia Sehat, Gebrak Malaria, Gerdunas TB, Gerakan Sayang Ibu, Gerakan Anti Madat, serta Gerakan Pita Putih (Kesehatan Ibu), dan Gerakan Pita Merah (Gerakan Nasional Penanggulangan HIV/AIDS).

Sayangnya pemberdayaan masyarakat dalam arti mengembangkan kesempatan yang lebih luas bagi masyarakat dalam mengemukakan pendapat dan mengambil keputusan tentang kesehatan masih dilaksanakan secara terbatas. Kecuali itu lingkup pemberdayaan masyarakat masih dalam bentuk mobilisasi masyarakat. Sedangkan pemberdayaan masyarakat dalam bentuk pelayanan, advokasi kesehatan, serta pengawasan sosial dalam program pembangunan kesehatan belum banyak dilaksanakan.

Jaringan kemitraan antara sektor pemerintah dan swasta belum dikembangkan secara optimal. Program-program kemitraan pemerintah dan swasta (*public and private partnership mix*) masih dalam tahap perintisan. Kemitraan yang telah dibangun belum menampakkan kepekaan, kepedulian, dan rasa memiliki terhadap permasalahan dan upaya kesehatan.

#### 6. Manajemen Kesehatan

Keberhasilan manajemen kesehatan sangat ditentukan antara lain oleh tersedianya data dan informasi kesehatan, dukungan kemajuan ilmu pengetahuan, dan teknologi kesehatan, dukungan hukum kesehatan, serta administrasi kesehatan.

Selama ini sistem informasi manajemen kesehatan telah berhasil dikembangkan. Sistem tersebut mencakup antara lain sistem informasi manajemen Puskesmas (SIMPUS), sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS), sistem informasi manajemen kepegawaian (SIMKA), sistem survailans penyakit menular, sistem survailans penyakit tidak menular, serta sistem jaringan penelitian dan pengembangan kesehatan nasional (JPPPKN). Dengan berlakunya kebijakan desentralisasi berbagai sistem informasi ini perlu ditinjau dan ditata ulang.

#### 4. Sumberdaya Obat dan Perbekalan Kesehatan

Industri farmasi di Indonesia telah sejak lama berhasil dikembangkan. Tercatat jumlah industri farmasi di Indonesia sebanyak 198 buah, terdiri dari 34 PMA, 4 BUMN, dan 160 PMDN/Swasta Nasional. Jumlah perusahaan yang bergerak dalam distribusi obat (PBF) tercatat sebanyak 1.473 buah. Sedangkan jumlah apotek tercatat sebanyak 6.058 buah serta toko obat sebanyak 4.743 buah. Mutu industri farmasi juga telah berhasil distandarisasi, yakni dengan ditetapkannya cara pembuatan obat yang baik (CPOB). Untuk menunjang upaya kesehatan, terutama yang diselenggarakan oleh pemerintah, telah ditetapkan kebijakan obat generik yang mencakup 220 jenis obat. Hal yang masih menjadi masalah di bidang pelayanan kefarmasian, obat, sediaan farmasi, alat kesehatan, vaksin, kosmetik, perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT), insektisida, dan reagensia adalah yang menyangkut ketersediaan, keamanan, manfaat, serta mutu dengan jumlah dan jenis yang cukup serta terjangkau, merata, dan mudah diakses oleh masyarakat.

Pengawasan perbekalan dan alat kesehatan sejak dari produksi, distribusi sampai dengan pemanfaatannya belum dilakukan dengan optimal. Sedangkan pengadaannya untuk sarana kesehatan pemerintah belum sesuai dengan kebutuhan.

#### 5. Pemberdayaan Masyarakat

Keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia tidak terlepas dari partisipasi aktif masyarakat. Untuk itu berbagai bentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat banyak didirikan, antara lain dalam bentuk Posyandu yang berjumlah sekitar 240.000 buah, 33.083 Polindes, 12.414 Pos Obat Desa, serta 4.049 Pos Upaya Kesehatan Kerja. Sedangkan dalam pembiayaan kesehatan, pemberdayaan masyarakat diwujudkan melalui bentuk dana sehat yang berjumlah 23.316 serta berbagai yayasan peduli dan penyandang dana kesehatan seperti Yayasan Kanker Indonesia, Yayasan Jantung Indonesia, Yayasan Thalasemia Indonesia, serta Yayasan Ginjal Indonesia.

Dalam rangka mempercepat tercapainya

Indonesia Sehat 2010, pemberdayaan masyarakat dilaksanakan pula dalam berbagai bentuk, seperti Koalisi Indonesia Sehat, Gebrak Malaria, Gerdunas TB, Gerakan Sayang Ibu, Gerakan Anti Madat, serta Gerakan Pita Putih (Kesehatan Ibu), dan Gerakan Pita Merah (Gerakan Nasional Penanggulangan HIV/AIDS).

Sayangnya pemberdayaan masyarakat dalam arti mengembangkan kesempatan yang lebih luas bagi masyarakat dalam mengemukakan pendapat dan mengambil keputusan tentang kesehatan masih dilaksanakan secara terbatas. Kecuali itu lingkup pemberdayaan masyarakat masih dalam bentuk mobilisasi masyarakat. Sedangkan pemberdayaan masyarakat dalam bentuk pelayanan, advokasi kesehatan, serta pengawasan sosial dalam program pembangunan kesehatan belum banyak dilaksanakan.

Jaringan kemitraan antara sektor pemerintah dan swasta belum dikembangkan secara optimal. Program-program kemitraan pemerintah dan swasta (*public and private partnership mix*) masih dalam tahap perintisan. Kemitraan yang telah dibangun belum menampakkan kepekaan, kepedulian, dan rasa memiliki terhadap permasalahan dan upaya kesehatan.

#### 6. Manajemen Kesehatan

Keberhasilan manajemen kesehatan sangat ditentukan antara lain oleh tersedianya data dan informasi kesehatan, dukungan kemajuan ilmu pengetahuan, dan teknologi kesehatan, dukungan hukum kesehatan, serta administrasi kesehatan.

Selama ini sistem informasi manajemen kesehatan telah berhasil dikembangkan. Sistem tersebut mencakup antara lain sistem informasi manajemen Puskesmas (SIMPUS), sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS), sistem informasi manajemen kepegawaian (SIMKA), sistem survailans penyakit menular, sistem survailans penyakit tidak menular, serta sistem jaringan penelitian dan pengembangan kesehatan nasional (JPPPKN). Dengan berlakunya kebijakan desentralisasi berbagai sistem informasi ini perlu ditinjau dan ditata ulang.

Penerapan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan telah dilaksanakan sesuai dengan perkembangan. Penerapan tersebut diutamakan pada IPTEK tepat guna untuk pelayanan kesehatan tingkat pertama (Puskesmas) serta IPTEK canggih untuk pelayanan kesehatan rujukan. Pada saat ini banyak rumah sakit di Indonesia, terutama rumah sakit kelas A dan kelas B pendidikan telah dilengkapi dengan berbagai peralatan kedokteran mutakhir. Mengingat tantangan yang besar pada era globalisasi, maka untuk hasil yang optimal, berbagai kemajuan IPTEK ini perlu dikembangkan secara lebih terarah dan sistematis.

Hukum kesehatan, terutama yang menyangkut upaya kesehatan masyarakat, secara bertahap telah dikembangkan. Hukum tersebut antara lain tertuang dalam Undang-undang Nomor 4 tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular, Undang-undang Nomor 1 tahun 1962 tentang Karantina Laut, Undang-undang Nomor 2 tahun 1962 tentang Karantina Udara, Undang-undang Nomor 5 tahun 1997 tentang Psikitropika, Undang-undang Nomor 22 tahun 1997 tentang Narkotika, Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan serta Undang-undang Nomor 8 tahun 1998 tentang Perlindungan Konsumen. Mengingat kesadaran hukum masyarakat makin meningkat, maka pada masa mendatang hukum kesehatan tersebut perlu lebih dikembangkan, sehingga dapat dijamin adanya kepastian hukum bagi semua pihak yang terkait dengan SKN.

Administrasi kesehatan, yang mencakup perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian serta pengawasan dan nertanggungjawaban pembangunan kesehatan di berbagai tingkat dan bidang, sudah dikembangkan. Pada saat ini telah disusun berbagai panduan administrasi kesehatan, termasuk didalamnya Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010, Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan 2001-2004 serta sistem perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu (P2KT). Pada masa yang akan datang berbagai panduan ini perlu disempurnakan, seperti sistem penganggaran yang berbasis kinerja, untuk selanjutnya dilengkapi dengan panduan tentang Kewenangan Wajib serta Standar

Pelayanan Minimal (SPM) dalam rangka desentralisasi.

### BAB III

## POKOK-POKOK SISTEM KESEHATAN ASIONAL

### A. PENGERTIAN SKN

SKN adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945.

Dari rumusan pengertian di atas, jelaslah SKN tidak hanya menghimpun upaya sektor kesehatan saja melainkan juga upaya dari berbagai sektor lainnya termasuk masyarakat dan swasta. Sesungguhnya keberhasilan pembangunan kesehatan tidak ditentukan hanya oleh sektor kesehatan saja.

Dengan demikian, pada hakikatnya SKN adalah juga merupakan wujud dan sekaligus metode penyelenggaraan pembangunan kesehatan, yang memadukan berbagai upaya Bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan.

### B. LANDASAN SKN

SKN yang merupakan wujud dan metode penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah bagian dari Pembangunan Nasional. Dengan demikian landasan SKN adalah sama dengan landasan Pembangunan Nasional. Secara lebih spesifik landasan tersebut adalah :

1. **Landasan idiil yaitu Pancasila :**  
Ketuhanan Yang Maha Esa, Kemanusiaan yang adil dan beradab, Persatuan Indonesia, Kerakyatan yang dipimpin oleh hikmah kebijaksanaan dalam permusyawaratan/perwakilan, dan Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
2. **Landasan konstitusional yaitu UUD 1945, khususnya :**
  - a. Pasal 28 A; setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya;
  - b. Pasal 28 B ayat (2); setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang.

- c. Pasal 28 C ayat (1); setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia.
- d. 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.
- e. 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.

### C. PRINSIP DASAR SKN

Prinsip dasar SKN adalah norma, nilai, dan aturan pokok yang bersumber dari falsafah dan budaya Bangsa Indonesia, yang dipergunakan sebagai acuan berfikir dan bertindak dalam penyelenggaraan SKN. Prinsip-prinsip dasar tersebut meliputi:

#### 1. Perikemanusiaan

Penyelenggaraan SKN berdasarkan pada prinsip perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan, dan dikendalikan oleh keimanan dan ketaqwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa. Terbaikannya pemenuhan kebutuhan kesehatan adalah bertentangan dengan prinsip kemanusiaan. Tenaga kesehatan dituntut untuk tidak diskriminatif serta selalu menerapkan prinsip-prinsip perikemanusiaan dalam menyelenggarakan upaya kesehatan.

#### 2. Hak Asasi Manusia

Penyelenggaraan SKN berdasarkan pada prinsip hak asasi manusia.

Diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi setiap orang adalah salah satu hak asasi manusia tanpa membedakan suku, golongan, agama, dan status sosial ekonomi. Setiap anak berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

#### 3. Adil dan Merata

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

#### 4. Pemberdayaan dan Kemandirian Masyarakat

Penyelenggaraan SKN berdasarkan pada prinsip pemberdayaan dan kemandirian masyarakat. Setiap orang dan masyarakat bersama dengan pemerintah berkewajiban dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya. Penyelenggaraan pembanguan kesehatan harus berdasarkan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri, kepribadian bangsa, semangat solidaritas sosial, dan gotong royong.

#### 5. Kemitraan

Penyelenggaraan SKN berdasarkan pada prinsip kemitraan. Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat termasuk swasta, dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki. Kemitraan antara pemerintah dengan masyarakat termasuk swasta serta kerjasama lintas sektor dalam pembangunan kesehatan diwujudkan dalam suatu jejaring yang berhasil-guna dan berdaya-guna, agar diperoleh sinergisme yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

#### 6. **Pengutamaan dan Manfaat**

Penyelenggaraan SKN berdasarkan pada prinsip pengutamaan dan manfaat. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan lebih mengutamakan kepentingan umum dari pada kepentingan perorangan maupun golongan. Upaya kesehatan yang bermutu dilaksanakan dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi serta harus lebih mengutamakan pendekatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara berhasil-guna, dengan mengutamakan upaya kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi agar memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat beserta lingkungannya.

#### 7. **Tata pemerintahan yang baik**

Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara demokratis, berkepastian hukum, terbuka (transparent), rasional/profesional, serta bertanggung jawab dan bertanggung gugat (accountable).

### D. **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 tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

### E. **KEDUDUKAN SKN**

#### 1. **Suprasistem SKN**

Suprasistem SKN adalah Sistem Penyelenggaraan Negara. SKN bersama dengan berbagai subsistem lain, diarahkan untuk mencapai Tujuan Bangsa Indonesia seperti yang tercantum dalam 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.

#### 2. **Kedudukan SKN terhadap Sistem Nasional lain**

Terwujudnya keadaan sehat dipengaruhi oleh berbagai faktor, yang tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan, melainkan juga tanggung jawab dari berbagai sektor lain terkait yang terwujud dalam berbagai bentuk sistem nasional. Dengan demikian, SKN harus berinteraksi secara harmonis dengan berbagai sistem nasional tersebut, seperti :

- Sistem Pendidikan Nasional;
- Sistem Perekonomian Nasional;
- Sistem Ketahanan Pangan Nasional;
- Sistem Hankamnas, dan
- Sistem-sistem nasional lainnya.

Dalam keterkaitan dan interaksinya, SKN harus dapat mendorong kebijakan dan upaya dari berbagai sistem nasional sehingga berwawasan kesehatan. Dalam arti sistem-sistem nasional tersebut berkontribusi positif terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan.

#### 3. **Kedudukan SKN terhadap Sistem Kesehatan Daerah (SKD)**

Untuk menjamin keberhasilan pembangunan kesehatan di daerah perlu dikembangkan Sistem Kesehatan Daerah (SKD). Dalam kaitan ini kedudukan SKN merupakan suprasistem dari SKD.

SKD menguraikan secara spesifik unsur-unsur upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumberdaya manusia kesehatan, sumberdaya obat dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan manajemen kesehatan sesuai dengan potensi dan kondisi daerah. SKD merupakan acuan bagi berbagai pihak dalam 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

pihak lain, berbagai sistem kemasyarakatan merupakan bagian integral yang membentuk SKN. Dalam kaitan ini SKN merupakan bagian dari sistem kemasyarakatan yang dipergunakan sebagai acuan utama dalam mengembangkan perilaku dan lingkungan sehat serta peran aktif masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan. Sebaliknya sistem nilai dan budaya yang hidup di masyarakat harus mendapat perhatian dalam SKN.

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. SKN harus dapat mewarnai potensi swasta sehingga sejalan dengan tujuan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan.

#### **F. SUBSISTEM SKN**

Sesuai dengan pengertian SKN, maka subsistem pertama SKN adalah upaya kesehatan. Untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya perlu diselenggarakan berbagai upaya kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi Bangsa Indonesia. Penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan tersebut memerlukan dukungan dana, sumberdaya manusia, sumberdaya obat, dan perbekalan kesehatan sebagai masukan SKN.

Dukungan dana sangat berpengaruh terhadap pembiayaan kesehatan yang semakin penting dalam menentukan kinerja SKN. Mengingat kompleksnya pembiayaan kesehatan, maka pembiayaan kesehatan merupakan subsistem kedua SKN.

Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumberdaya manusia yang mencukupi dalam jumlah, jenis, dan kualitasnya sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Oleh karenanya sumberdaya manusia kesehatan juga sangat penting dalam meningkatkan kinerja SKN dan merupakan subsistem ketiga dari SKN.

Sumberdaya kesehatan lainnya yang penting dalam menentukan kinerja SKN adalah sumberdaya obat dan perbekalan kesehatan. Permasalahan obat dan perbekalan kesehatan sangat kompleks karena menyangkut aspek mutu, harga, khasiat, keamanan, ketersediaan, dan keterjangkauan bagi konsumen kesehatan. Oleh karena itu, obat dan perbekalan kesehatan merupakan subsistem keempat dari SKN.

Selanjutnya, SKN akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai obyek 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. Sehubungan dengan itu, pemberdayaan masyarakat merupakan subsistem kelima SKN.

Untuk menggerakkan pembangunan kesehatan secara berhasil-guna dan berdaya-guna, diperlukan manajemen kesehatan. Peranan manajemen kesehatan adalah koordinasi, integrasi, sinkronisasi serta penyerasian upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumberdaya kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat. Berhasil atau tidak pembangunan kesehatan ditentukan oleh manajemen kesehatan. Oleh karena itu manajemen kesehatan merupakan subsistem keenam SKN.

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

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

**(BAB IV SUBSISTEM ..... BERSAMBUNG)**

## SISTEM KESEHATAN NASIONAL

(Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 131/MENKES/SK/II/2004 tanggal 10 Februari 2004)

(Sambungan WPU No. 2387/Kamis, 26-08-2004)

### BAB IV SUBSISTEM UPAYA KESEHATAN

#### A. PENGERTIAN

Subsistem upaya kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP) secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

#### B. TUJUAN

Tujuan subsistem upaya kesehatan adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang tercapai (accessible), terjangkau (affordable), dan bermutu (quality) untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

#### C. UNSUR-UNSUR UTAMA

Subsistem upaya kesehatan terdiri dari dua unsur utama, yakni upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP).

1. UKM adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat. UKM mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemberantasan penyakit menular, kesehatan jiwa, pengendalian penyakit tidak menular, penyehatan lingkungan, dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan penggunaan zat aditif (bahan tambahan makanan) dalam makanan dan minuman, pengamanan narkotika, psikotropika, zat aditif dan bahan berbahaya, serta penanggulangan bencana dan bantuan kemanusiaan.
2. UKP adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau

masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan. UKP mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditujukan terhadap perorangan. Dalam UKP juga termasuk pengobatan tradisional dan alternatif serta pelayanan kebugaran fisik dan kosmetika.

3. Kedua upaya kesehatan tersebut bersinergi dan dilengkapi dengan berbagai upaya kesehatan penunjang. Upaya penunjang untuk UKM antara lain adalah pelayanan laboratorium kesehatan masyarakat dan pelayanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan perbekalan kesehatan lainnya. Sedangkan upaya penunjang untuk UKP antara lain adalah layanan laboratorium klinik, apotek, optik, dan toko obat.

#### D. PRINSIP

Penyelenggaraan Subsistem Upaya Kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut :

1. UKM terutama diselenggarakan oleh pemerintah dengan peran aktif masyarakat dan swasta.
2. UKP diselenggarakan oleh masyarakat, swasta, dan masyarakat.
3. Penyelenggaraan upaya kesehatan oleh swasta harus memperhatikan fungsi sosial.
4. Penyelenggaraan upaya kesehatan harus bersifat menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, terjangkau, profesional, dan bermutu.
5. Penyelenggaraan upaya kesehatan, termasuk pengobatan tradisional dan alternatif, harus tidak bertentangan dengan kaidah ilmiah.
6. Penyelenggaraan upaya kesehatan harus sesuai dengan nilai dan norma sosial budaya, moral, dan etika profesi.

## E. BENTUK POKOK

### 1. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

#### a. UKM strata pertama

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

Ujung tombak penyelenggara UKM strata pertama adalah Puskesmas yang didukung secara lintas sektor dan didirikan sekurang-kurangnya satu di setiap kecamatan. Puskesmas bertanggung jawab atas masalah kesehatan di wilayah kerjanya.

Terdapat tiga fungsi utama Puskesmas, yakni sebagai (1) pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, (2) pusat pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, dan (3) pusat pelayanan kesehatan tingkat dasar.

Sekurang-kurangnya ada enam jenis pelayanan tingkat dasar yang harus dilaksanakan oleh Puskesmas, yakni promosi kesehatan; kesehatan ibu dan anak, dan keluarga berencana; perbaikan gizi; kesehatan lingkungan; pemberantasan penyakit menular; dan pengobatan dasar.

Peran aktif masyarakat dan swasta dalam penyelenggaraan UKM strata pertama diwujudkan melalui berbagai upaya yang dimulai dari diri sendiri, keluarga sampai dengan upaya kesehatan bersama yang bersumber masyarakat (UKBM). Pada saat ini telah berhasil dikembangkan berbagai bentuk UKBM seperti Posyandu, Polindes, Pos Obat Desa, Pos Upaya Kesehatan Kerja, dan Dokter Kecil dalam Usaha Kesehatan Sekolah.

#### b. UKM strata kedua

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

Penanggung jawab UKM strata kedua adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang didukung secara lintas sektor. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mempunyai dua fungsi utama, yakni fungsi manajerial dan fungsi teknis kesehatan.

Fungsi manajerial mencakup perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan di kabupaten/kota. Fungsi teknis kesehatan mencakup penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat lanjutan, yakni dalam rangka melayani kebutuhan rujukan Puskesmas.

Untuk dapat melaksanakan fungsi teknis kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dilengkapi dengan berbagai unit pelaksana teknis seperti : unit pencegahan dan pemberantasan penyakit; promosi kesehatan; pelayanan kefarmasian; kesehatan lingkungan; perbaikan gizi; dan kesehatan ibu, anak, dan pelayanan langsung juga membantu Puskesmas dalam bentuk pelayanan rujukan kesehatan masyarakat.

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

#### c. UKM strata ketiga

Yang dimaksud dengan UKM strata ketiga adalah UKM tingkat unggulan, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan subspecialistik yang ditujukan kepada masyarakat. Penanggung jawab UKM strata ketiga adalah Dinas Kesehatan

Provinsi dan Departemen Kesehatan yang didukung secara lintas sektor. Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan mempunyai dua fungsi, yakni fungsi manajerial dan fungsi teknis kesehatan.

Fungsi manajerial mencakup perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggung-jawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan di provinsi/nasional. Fungsi teknis kesehatan mencakup penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat unggulan, yakni dalam rangka melayani kebutuhan rujukan dari kabupaten/kota provinsi. Dalam melaksanakan fungsi teknis kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan perlu didukung oleh berbagai pusat unggulan yang dikelola oleh sektor kesehatan dan sektor pembangunan lainnya. Contoh pusat unggulan yang dimaksud adalah Institut Gizi Nasional, Institut Penyakit Infeksi Nasional, Institut Kesehatan Jiwa Nasional, Institut Ketergantungan Obat Nasional, Institut Promosi Kesehatan Nasional, Institut Kesehatan Kerja Nasional, dan Pusat Laboratorium Nasional, Institut Surveilans dan Teknologi Penyakit dan Kesehatan Lingkungan, serta berbagai pusat unggulan lainnya. Pusat unggulan ini disamping menyelenggarakan pelayanan langsung juga membantu Dinas Kesehatan dalam bentuk pelayanan rujukan kesehatan.

## **2. Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)**

### **a. UKP strata pertama**

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

Penyelenggara UKP strata pertama adalah pemerintah, masyarakat, dan swasta yang diwujudkan melalui berbagai bentuk pelayanan profesional, seperti praktik bidan,

praktik perawat, praktik dokter, praktik dokter gigi, poliklinik, balai pengobatan, praktik dokter/klinik 24 jam, praktik bersama, dan rumah bersalin.

UKP strata pertama oleh pemerintah juga diselenggarakan oleh Puskesmas. Dengan demikian Puskesmas memiliki dua fungsi pelayanan, yakni pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perorangan. Untuk meningkatkan cakupan, Puskesmas dilengkapi dengan Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Pondok Bersalin Desa, dan Pos Obat Desa. Pondok Bersalin Desa dan Pos Obat Desa termasuk dalam sarana kesehatan bersumber masyarakat. Dalam UKP strata pertama juga termasuk pelayanan pengobatan tradisional dan alternatif, serta pelayanan kebugaran fisik dan kosmetika. Pelayanan pengobatan tradisional dan alternatif yang diselenggarakan adalah secara ilmiah telah terbukti keamanan dan khasiatnya.

UKP strata pertama didukung oleh berbagai pelayanan penunjang seperti toko obat dan apotek (dengan kewajiban menyediakan obat esensial generik), laboratorium klinik, dan optik. Untuk menjamin dan meningkatkan mutu UKP strata pertama perlu dilakukan berbagai program kendali mutu, baik yang bersifat prospektif meliputi lisensi, sertifikasi, dan akreditasi, maupun yang bersifat konkuren atau retrospektif seperti gugus kendali mutu.

Untuk masa mendatang, apabila sistem jaminan kesehatan nasional telah berkembang, pemerintah tidak lagi menyelenggarakan UKP strata pertama melalui Puskesmas. Penyelenggaraan UKP strata pertama akan diserahkan kepada masyarakat dan swasta dengan menerapkan konsep dokter keluarga, kecuali di daerah yang sangat terpencil masih dipadukan dengan pelayanan Puskesmas.

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

Penyelenggara UKP strata kedua adalah pemerintah, masyarakat, dan swasta yang diwujudkan dalam bentuk praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, klinik spesialis, balai pengobatan penyakit paru-paru (BP4), balai kesehatan mata masyarakat (BKMM), balai kesehatan jiwa masyarakat (BKJM), rumah sakit kelas C dan B non pendidikan milik pemerintah (termasuk TNI/POLRI dan BUMN), dan rumah sakit swasta.

Berbagai sarana pelayanan ini di samping memberikan pelayanan langsung juga membantu sarana UKP strata pertama dalam bentuk pelayanan rujukan medik.

Yang dimaksud dengan pelayanan rujukan medik adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab atas kasus penyakit yang dilakukan secara timbal balik, baik secara vertikal maupun horizontal. Rujukan medik terdiri dari tiga aspek, yakni rujukan kasus, rujukan ilmu pengetahuan, serta rujukan bahan-bahan pemeriksaan laboratorium.

UKP strata kedua ini juga didukung oleh berbagai pelayanan penunjang seperti apotek, laboratorium klinik, dan optik.

Untuk meningkatkan mutu perlu dilakukan berbagai bentuk program kendali mutu.

- c. UKP strata ketiga  
Yang dimaksud dengan UKP strata ketiga adalah UKP tingkat unggulan, yaitu mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan subspecialistik yang ditujukan kepada perorangan. Penyelenggara UKP strata ketiga adalah pemerintah, masyarakat, dan swasta yang diwujudkan dalam

bentuk praktik dokter spesialis konsultan, praktik dokter gigi spesialis konsultan, klinik spesialis konsultan, rumah sakit kelas B pendidikan dan kelas A milik pemerintah (termasuk TNI/PPOLRI dan BUMN), serta rumah sakit khusus dan rumah sakit swasta. Berbagai sarana pelayanan ini disamping memberikan pelayanan langsung juga membantu sarana UKP strata kedua dalam bentuk pelayanan rujukan medik. Seperti UKP strata kedua, UKP strata ketiga ini juga didukung oleh berbagai pelayanan penunjang seperti apotek, laboratorium klinik, dan optik.

Untuk meningkatkan mutu perlu dilakukan berbagai bentuk program kendali mutu.

## BAB V

### SUBSISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

#### A. PENGERTIAN

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

#### B. TUJUAN

Tujuan subsistem pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya-guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

#### C. UNSUR-UNSUR UTAMA

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

1. Penggalan dana adalah kegiatan menghimpun dana yang diperlukan untuk penyelenggaraan upaya kesehatan dan atau pemeliharaan kesehatan.
2. Alokasi dana adalah penetapan peruntukan pemakaian dana yang telah

berhasil dihimpun, baik yang bersumber dari pemerintah, masyarakat, maupun swasta.

3. Pembelanjaan adalah pemakaian dana yang telah dialokasikan dalam anggaran pendapatan dan belanja sesuai dengan peruntukannya dan atau dilakukan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan wajib atau sukarela.

#### D. PRINSIP

Penyelenggaraan Subsistem Pembiayaan Kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut :

1. Jumlah dana untuk kesehatan harus cukup tersedia dan dikelola secara berdaya-guna, adil dan berkelanjutan yang didukung oleh transportasi dan akuntabilitas.
2. Dana pemerintah diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin.
3. Dana masyarakat diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan perorangan yang terorganisir, adil, berhasilguna, dan berdaya-guna melalui jaminan pemeliharaan kesehatan baik berdasar kan prinsip solidaritas sosial yang wajib maupun sukarela, yang dilaksanakan secara bertahap.
4. Pemberdayaan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan diupayakan melalui penghimpunan secara aktif dana sosial untuk kesehatan (misal : dana sehat) atau memanfaatkan dana masyarakat yang telah terhimpun (misal : dana sosial keagamaan) untuk kepentingan kesehatan.
5. Pada dasarnya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan pembiayaan kesehatan di daerah merupakan tanggung jawab pemerintah daerah. Namun untuk pemerataan pelayanan kesehatan, Pemerintah menyediakan dana perimbangan (maching grant) bagi daerah yang kurang mampu.

#### E. BENTUK POKOK

1. Penggalan Dana
  - a. Penggalan dana untuk UKM  
Sumber dana untuk UKM terutama berasal dari pemerintah baik pusat maupun daerah, melalui pajak

umum, pajak khusus, bantuan dan pinjaman, serta berbagai sumber lainnya. Sumber dana lain untuk upaya kesehatan masyarakat adalah swasta serta masyarakat. Sumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip public-private partnership yang didukung dengan pemberian insentif, misalnya keringanan pajak untuk setiap dana yang disumbangkan. Sumber dana dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri guna membiayai upaya kesehatan masyarakat misalnya dalam bentuk dana sehat, atau dilakukan secara pasif, yakni menambahkan aspek kesehatan dalam rencana pengeluaran dari dana yang sudah terkumpul di masyarakat, misalnya dana sosial keagamaan.

- b. Penggalan dana untuk UKM  
Sumber dana untuk UKM berasal dari masing-masing individu dalam satu kesatuan keluarga. Bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin, sumber dananya berasal dari pemerintah melalui mekanisme jaminan pemeliharaan kesehatan wajib.

#### 2. Pengalokasian Dana

- a. Alokasi dana dari pemerintah  
Alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk UKM dan UKP dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, baik pusat maupun daerah, sekurang-kurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya.
- b. Alokasi dana dari masyarakat  
Alokasi dana yang berasal dari masyarakat untuk UKM dilaksanakan berdasarkan asas gotong royong sesuai dengan kemampuan. Sedangkan untuk UKP dilakukan melalui kepesertaan dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan wajib dan atau sukarela.

#### 3. Pembelanjaan

- a. Pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan public-private partnership digunakan untuk membiayai

- UKM. Pembiayaan kesehatan yang terkumpul dari Dana Sehat dan Dana Sosial Keagamaan digunakan untuk membiayai UKM dan UKP.
- b. Pembelanjaan untuk pemeliharaan kesehatan masyarakat rentan dan kesehatan keluarga miskin dilaksanakan melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan wajib. Sedangkan pembelanjaan untuk pemeliharaan kesehatan keluarga mampu dilaksanakan melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan wajib dan atau sukarela.
  - c. Di masa mendatang, biaya kesehatan dari pemerintah secara bertahap digunakan seluruhnya untuk pembiayaan UKM dan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat rentan dan keluarga miskin.

## **BAB VI SUBSISTEM SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN**

### **A. PENGERTIAN**

Subsistem sumberdaya manusia (SDM) kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Tenaga kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.

### **B. TUJUAN**

Tujuan subsistem SDM kesehatan adalah tersedianya tenaga kesehatan yang bermutu segera mencukupi, terdistribusi secara adil, serta termanfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

### **C. UNSUR-UNSUR UTAMA**

Subsistem SDM Kesehatan terdiri dari tiga unsur utama, yakni perencanaan, pendidikan

dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan.

1. Perencanaan tenaga kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah, dan kualifikasi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.
2. Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan adalah upaya pengadaan tenaga kesehatan sesuai dengan jenis, jumlah, dan kualifikasi yang telah direncanakan serta peningkatan kemampuan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.
3. Pendayagunaan tenaga kesehatan adalah upaya pemerataan, pemanfaatan, pembinaan, dan pengawasan tenaga kesehatan.

### **D. PRINSIP**

Penyelenggaraan Subsistem SDM Kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut :

1. Pengadaan tenaga kesehatan, yakni yang mencakup jumlah, jenis, dan kualifikasi tenaga kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan serta dinamika pasar di dalam maupun di dalam negeri.
2. Pendayagunaan tenaga kesehatan memperhatikan asas pemerataan pelayanan kesehatan serta kesejahteraan dan keadilan bagi tenaga kesehatan.
3. Pembinaan tenaga kesehatan diarahkan pada penguasaan ilmu dan teknologi serta pembentukan moral dan akhlak sesuai dengan ajaran agama dan etika profesi yang diselenggarakan secara berkelanjutan.
4. Pengembangan karir dilaksanakan secara objektif, transparan, berdasarkan prestasi kerja, dan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan secara nasional.

### **E. BENTUK POKOK**

1. Perencanaan tenaga kesehatan
  - a. Kebutuhan baik jenis, jumlah, maupun kualifikasi tenaga kesehatan dirumuskan dan ditetapkan oleh Pemerintah Pusat berdasarkan masukan dari Majelis Tenaga Kesehatan yang dibentuk di pusat dan provinsi.

- b. Majelis Tenaga Kesehatan adalah badan otonom yang dibentuk oleh Menteri Kesehatan di pusat serta oleh Gubernur di provinsi dengan susunan keanggotaan terdiri dari wakil berbagai pihak terkait, termasuk wakil konsumen dan tokoh masyarakat.

## 2. Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan

- a. Standar pendidikan vokasi, sarjana, dan profesi tingkat pertama ditetapkan oleh asosiasi institusi pendidikan tenaga kesehatan yang bersangkutan. Sedangkan standar pendidikan profesi tingkat lanjutan ditetapkan oleh kolegium profesi yang bersangkutan.
- b. Penyelenggara pendidikan vokasi, sarjana, dan profesi tingkat pertama adalah institusi pendidikan tenaga kesehatan yang telah diakreditasi oleh asosiasi institusi pendidikan kesehatan yang bersangkutan. Sedangkan penyelenggara pendidikan profesi tingkat lanjutan adalah institusi pendidikan (university based) dan institusi pelayanan kesehatan (hospital based) yang telah diakreditasi oleh kolegium profesi yang bersangkutan.
- c. Standar pelatihan tenaga kesehatan ditetapkan oleh organisasi profesi yang bersangkutan. Sedangkan penyelenggara pelatihan tenaga kesehatan termasuk yang bersifat berkelanjutan (continuing education) adalah organisasi profesi serta institusi pendidikan, institusi pelatihan, dan institusi pelayanan kesehatan yang telah diakreditasi oleh organisasi profesi yang bersangkutan.
- d. Pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program pendidikan harus memperhatikan keseimbangan antara kebutuhan dan produksi tenaga kesehatan yang bersangkutan.
- e. Pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program pendidikan untuk tenaga kesehatan yang dibutuhkan oleh pembangunan

kesehatan, tetapi belum diminati oleh swasta, menjadi tanggung jawab pemerintah.

## 3. Pendayagunaan tenaga kesehatan

- a. Penempatan tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah dilakukan dengan sistem kontrak kerja, serta penempatan sebagai pegawai negeri sipil sesuai dengan kebutuhan.
- b. Penempatan tenaga kesehatan dengan sistem kontrak kerja diselenggarakan atas dasar kesepakatan secara suka rela antara kedua belah pihak.
- c. Penempatan tenaga kesehatan sebagai PNS diselenggarakan dalam rangka mengisi formasi pegawai pusat dan pegawai daerah, serta formasi tenaga kesehatan strategis, yakni pegawai pusat yang dipekerjakan di daerah.
- d. Penempatan tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan milik swasta di dalam negeri, diselenggarakan oleh sarana pelayanan kesehatan milik swasta yang bersangkutan melalui koordinasi dengan pemerintah.
- e. Penempatan tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan di luar negeri diselenggarakan oleh suatu lembaga yang dibentuk khusus dengan tugas mengkoordinasikan pendayagunaan tenaga kesehatan ke luar negeri.
- f. Pendayagunaan tenaga kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri, didahului dengan program adaptasi yang diselenggarakan oleh lembaga pendidikan yang telah diakreditasi oleh organisasi profesi yang bersangkutan.
- g. Pendayagunaan tenaga kesehatan asing di dalam negeri dilakukan setelah tenaga kesehatan asing tersebut memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh organisasi profesi yang bersangkutan.
- h. Pembinaan dan pengawasan praktik profesi dilakukan melalui sertifikasi, registrasi, uji kompetensi, dan pemberian lisensi. Sertifikasi

- dilakukan oleh institusi pendidikan; registrasi dilakukan oleh komite registrasi tenaga kesehatan; uji kompetensi dilakukan oleh masing-masing organisasi profesi; sedangkan pemberian lisensi dilakukan oleh pemerintah.
- i. Dalam pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan diberlakukan peraturan perundang-undangan, hukum tidak tertulis, serta etika profesi.
  - j. Pendayagunaan tenaga masyarakat di bidang kesehatan dilakukan secara serasi dan terpadu oleh pemerintah dan masyarakat. Pemberian kewenangan dalam teknis kesehatan kepada tenaga masyarakat dilakukan sesuai keperluan dan kompetensinya.

## **BAB VII SUBSISTEM OBAT DAN PERBEKALAN KESEHATAN**

### **A. PENGERTIAN**

Subsistem obat dan perbekalan kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya yang menjamin ketersediaan, pemerataan, serta mutu obat dan perbekalan kesehatan secara terpadu dan saling mendukung dalam rangka tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Perbekalan kesehatan adalah semua bahan selain obat dan peralatan yang diperlukan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.

### **B. TUJUAN**

Tujuan subsistem obat dan perbekalan kesehatan adalah tersedianya obat dan perbekalan kesehatan yang aman, bermutu dan bermanfaat, serta terjangkau oleh masyarakat untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

### **C. UNSUR-UNSUR UTAMA**

Subsistem obat dan perbekalan kesehatan terdiri dari tiga unsur utama, yakni jaminan ketersediaan, jaminan pemerataan, serta jaminan mutu obat dan perbekalan kesehatan.

1. Jaminan ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan adalah upaya pemenuhan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan sesuai dengan jenis dan jumlah yang dibutuhkan oleh masyarakat.
2. Jaminan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan adalah upaya penyebaran obat dan perbekalan kesehatan secara merata dan berkesinambungan, sehingga mudah diperoleh dan terjangkau oleh masyarakat.
3. Jaminan mutu obat dan perbekalan kesehatan adalah upaya menjamin khasiat, keamanan, serta keabsahan obat dan perbekalan kesehatan sejak dari produksi hingga pemanfaatannya. Ketiga unsur utama tersebut, yakni jaminan ketersediaan, jaminan pemerataan, serta jaminan mutu obat dan perbekalan kesehatan, bersinergi dan ditunjang dengan teknologi, tenaga pengelola serta penatalaksanaan obat dan perbekalan kesehatan.

### **D. PRINSIP**

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

1. Obat dan perbekalan kesehatan adalah kebutuhan dasar manusia yang berfungsi sosial, sehingga tidak boleh diperlakukan sebagai komoditas ekonomi semata.
2. Obat dan perbekalan kesehatan sebagai barang publik harus dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya, sehingga penetapan harganya dikendalikan oleh pemerintah dan tidak sepenuhnya diserahkan kepada mekanisme pasar.
3. Obat dan Perbekalan Kesehatan tidak dipromosikan secara berlebihan dan menyesatkan.
4. Peredaran serta pemanfaatan obat dan perbekalan kesehatan tidak boleh bertentangan dengan hukum, etika dan moral.
5. Penyediaan obat mengutamakan obat esensial generik bermutu yang didukung oleh pengembangan industri bahan baku yang berbasis pada keanekaragaman sumberdaya alam.
6. Penyediaan perbekalan kesehatan diselenggarakan melalui optimalisasi

industri nasional dengan memperhatikan keragaman produk dan keunggulan daya saing.

7. Pengadaan dan pelayanan obat di rumah sakit disesuaikan dengan standar formularium obat rumah sakit, sedangkan di sarana kesehatan lain mengacu kepada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN).
8. Pelayanan obat dan perbekalan kesehatan diselenggarakan secara nasional dengan memperhatikan aspek mutu, manfaat, harga, kemudahan diakses, serta keamanan bagi masyarakat dan lingkungannya.
9. Pengembangan dan peningkatan obat tradisional ditujukan agar diperoleh obat tradisional yang bermutu tinggi, aman, memiliki khasiat nyata yang teruji secara ilmiah, dan dimanfaatkan secara luas, baik untuk pengobatan sendiri oleh masyarakat maupun digunakan dalam pelayanan kesehatan formal.
10. Pengamanan obat dan perbekalan kesehatan diselenggarakan mulai dari tahap produksi, distribusi, dan pemanfaatan yang mencakup mutu, manfaat, keamanan, dan keterjangkauan.
11. Kebijakan obat nasional ditetapkan oleh pemerintah bersama pihak terkait lainnya.

#### E. BENTUK KELOMPOK <sup>X</sup>OK

1. Jaminan ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan
  - a. Perencanaan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan secara nasional diselenggarakan oleh pemerintah bersama hak terkait.
  - b. Perencanaan obat merujuk pada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) yang ditetapkan oleh

pemerintah bekerja sama dengan organisasi profesi dan pihak terkait lainnya.

- c. Penyediaan obat dan perbekalan kesehatan diutamakan melalui optimalisasi industri nasional.
  - d. Penyediaan obat dan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan oleh pembangunan kesehatan dan secara ekonomi belum diminati swasta menjadi tanggung jawab pemerintah.
  - e. Pengadaan dan produksi bahan baku obat difasilitasi oleh pemerintah.
  - f. Pengadaan dan pelayanan obat di rumah sakit didasarkan pada formularium yang ditetapkan oleh Komite Farmasi dan Terapi Rumah Sakit.
2. Jaminan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan
    - a. Pendistribusian obat diselenggarakan melalui pedagang besar farmasi.
    - b. Pelayanan obat dengan resep dokter kepada masyarakat diselenggarakan melalui apotek, sedangkan pelayanan obat bebas diselenggarakan melalui apotek, toko obat, dan tempat-tempat yang layak lainnya, dengan memperhatikan fungsi sosial.
    - c. Dalam keadaan tertentu, dimana tidak terdapat pelayanan apotek, dokter dapat memberikan pelayanan obat secara langsung kepada masyarakat.
    - d. Pelayanan obat di apotek harus diikuti dengan penyuluhan yang penyelenggaraannya menjadi tanggung jawab apoteker.
    - e. Pendistribusian, pelayanan, dan pemanfaatan perbekalan kesehatan harus memperhatikan fungsi sosial.