

ALHAMEDLA

Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010

1999



DEPARTEMEN KESEHATAN RI





DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

SAYA CANANGKAN

GERAKAN PEMBANGUNAN BERWAWASAN KESEHATAN

sebagai Strategi Pembangunan Nasional untuk mewujudkan

INDONESIA SEHAT 2010

JAKARTA, 1 MARET 1999

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

BACHARUDDIN JUSUF HABIBIE

Pada tanggal 1 Maret 1999, Presiden Republik Indonesia, Bacharuddin Jusuf Habibie, mencanangkan GERAKAN PEMBANGUNAN BERWAWASAN KESEHATAN sebagai Strategi Pembangunan Nasional untuk mewujudkan INDONESIA SEHAT 2010.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA



Untuk mencapai masyarakat madani perlu diselenggarakan upaya pembangunan yang berkesinambungan dalam rangkaian program pembangunan yang menyeluruh, terarah, dan terpadu. Sebagai hasil dari pembangunan kesehatan selama ini, derajat kesehatan masyarakat telah meningkat secara bermakna, meskipun belum dinikmati secara merata oleh seluruh penduduk dan hasil yang dicapai pun masih belum seluruhnya memuaskan.

Menyadari akan hal tersebut, Pemerintah Republik Indonesia perlu menyusun kebijakan penyelenggaraan dan strategi baru pembangunan kesehatan. Presiden Republik Indonesia, Bacharuddin Jusuf Habibie, telah mencanangkan kebijakan dan strategi baru tersebut dalam suatu "Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan sebagai Strategi Nasional menuju Indonesia Sehat 2010" pada pembukaan Rakerkesnas Departemen Kesehatan RI, pada tanggal 1 Maret 1999.

Dengan kebijaksanaan dan strategi baru ini, perencanaan pembangunan dan pelaksanaannya di semua sektor harus mampu mempertimbangkan dampak negatif dan positifnya terhadap kesehatan, bagi individu, keluarga dan masyarakat. Selain itu, di sektor kesehatan sendiri upaya kesehatan yang dilakukan perlu lebih mengutamakan upaya-upaya preventif dan promotif yang proaktif, tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Dasar pandang baru dalam pembangunan kesehatan ini disebut PARADIGMA SEHAT.

Visi, misi dan strategi pembangunan kesehatan yang dikemukakan dalam dokumen ini merupakan penjabaran dari gerakan tersebut yang disebut INDONESIA SEHAT 2010.

Dengan kebijakan desentralisasi, Paradigma Sehat dan Indonesia Sehat 2010 hendaknya dapat dipahami, diresapi dan dilaksanakan oleh masyarakat bersama pemerintah di seluruh Indonesia. Indikator dan parameter yang digunakan untuk mengukur keberhasilan Indonesia Sehat 2010 perlu lebih dikembangkan dan perlu ditetapkan melalui konsensus nasional.

Indonesia Sehat 2010 bukan milik Departemen Kesehatan. Indonesia Sehat 2010 adalah milik seluruh rakyat Indonesia. Oleh karenanya perlu kerjasama yang harmonis, efektif dan efisien dalam implementasi perwujudannya.



Dengan telah disusunnya Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010 ini, kami menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada semua pihak atas perhatian dan bantuan yang telah diberikan selama ini.

Rencana ini disusun setelah mendapat asupan dari berbagai departemen, perguruan tinggi, para pakar, organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat dan badan-badan internasional. Meskipun dalam dokumen ini telah memperhatikan semua segi dan faktor yang terkait, namun masih ada kekurangannya. Oleh karena itu dokumen ini masih perlu disempurnakan.

Indonesia Sehat 2010 hanya dapat dicapai dengan semangat, pengabdian dan kerja keras dari kita semua. Tanpa itu semua, Indonesia Sehat 2010 hanya akan menjadi slogan kosong tanpa arti. Dengan semangat pengabdian yang tinggi dan kerja keras dari kita semua, Insya Allah masyarakat madani yang kita cita-citakan bersama, yaitu tatanan masyarakat yang sehat fisik, mental maupun sosialnya, masyarakat modern yang berbudaya dan beradab serta penuh iman dan taqwa dapat kita capai bersama.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan petunjukNya dan memberikan kekuatan kepada kita semua dalam melaksanakan pembangunan kesehatan ini. Amien.

Jakarta, Oktober 1999

Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Prof. Dr. F. A. Moeloek

Daftar Isi

Pendahuluan	1
Analisa Situasi dan Kecenderungan	5
Perkembangan	7
Masalah	14
Peluang	18
Ancaman	20
Isu Strategis	24
Dasar-Dasar, Visi dan Misi Pembangunan Kesehatan	27
Dasar-Dasar Pembangunan Kesehatan	31
Visi Pembangunan Kesehatan	33
Misi Pembangunan Kesehatan	34
Arah, Tujuan, Sasaran, Kebijakan serta Strategi Pembangunan Kesehatan	37
Arah Pembangunan Kesehatan	39
Tujuan Pembangunan Kesehatan	41
Sasaran Pembangunan Kesehatan	42
Kebijakan Pembangunan Kesehatan	44
Strategi Pembangunan Kesehatan	51
Program Pembangunan Kesehatan	55
Pokok Program Pembangunan Kesehatan	57
Program Kesehatan Unggulan	93
Kebutuhan Sumber Daya Kesehatan	95
Sumber Daya Tenaga	97
Sumber Daya Sarana	99
Sumber Daya Pembiayaan	101

Pengorganisasian dan Penggerakan Pelaksanaan	103
Umum	105
Pengorganisasian	106
Penggerakan Pelaksanaan	110
Kerjasama Intra dan Antar Sektor	113
Pembinaan	115
Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian	117
Pengawasan	119
Pola dan Mekanisme Pengawasan	120
Pengendalian dan Penilaian	123
Indikator Pembangunan Kesehatan	124
Penutup	125
Daftar Tabel dan Lampiran	129



Pendahuluan

Pendahuluan

Tujuan nasional bangsa Indonesia seperti yang termaktub dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945, adalah untuk melindungi segenap Bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Untuk mewujudkan tujuan nasional tersebut diselenggarakan pembangunan nasional secara berencana, menyeluruh, terpadu, terarah, dan berkesinambungan. Adapun tujuan pembangunan nasional adalah untuk mewujudkan suatu masyarakat adil dan makmur yang merata material dan spiritual berdasarkan Pancasila dan UUD '45 di dalam wadah Negara Kesatuan Republik Indonesia yang merdeka, berdaulat, bersatu, dan berkedaulatan rakyat dalam suasana perikehidupan bangsa yang aman, tenteram, tertib dan dinamis serta dalam lingkungan pergaulan dunia yang medeka, bersahabat, tertib dan damai.

Untuk tercapainya tujuan pembangunan nasional tersebut dibutuhkan antara lain tersedianya sumber daya manusia yang tangguh, mandiri serta berkualitas. Data

UNDP tahun 1997 mencatat bahwa Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia masih menempati urutan ke 106 dari 176 negara. Tingkat pendidikan, pendapatan serta kesehatan penduduk Indonesia memang belum memuaskan.

Menyadari bahwa tercapainya tujuan pembangunan nasional merupakan kehendak dari seluruh rakyat Indonesia, dan dalam rangka menghadapi makin ketatnya persaingan bebas pada era globalisasi, upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia harus dilakukan. Dalam hal ini peranan keberhasilan pembangunan kesehatan sangat menentukan. Penduduk yang sehat bukan saja akan menunjang keberhasilan program pendidikan, tetapi juga mendorong peningkatan produktifitas dan pendapatan penduduk.

Untuk mempercepat keberhasilan pembangunan kesehatan tersebut diperlukan kebijakan pembangunan kesehatan yang lebih dinamis dan proaktif dengan melibatkan semua sektor terkait, pemerintah, swasta dan masyarakat. Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh kinerja sektor kesehatan semata, melainkan sangat dipengaruhi oleh interaksi yang dinamis dari pelbagai

sektor. Upaya untuk menjadikan pembangunan nasional berwawasan kesehatan sebagai salah satu misi serta strategi yang baru harus dapat dijadikan komitmen semua pihak, di samping menggeser paradigma pembangunan kesehatan yang lama menjadi Paradigma Sehat.

Penyusunan rencana pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 ini adalah manifestasi konkrit dari kehendak untuk melaksanakan pembangunan nasional berwawasan kesehatan dan paradigma sehat tersebut.

Analisis Situasi dan Kecenderungan

perpustakaan.kemkes.go.id

Analisis Situasi dan Kecenderungan

Program pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan selama ini telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara cukup bermakna, walaupun masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan yang akan mempengaruhi pelaksanaan pembangunan kesehatan. Untuk mengidentifikasi masalah dan hambatan tersebut perlu dilakukan analisis situasi dan kecenderungan di masa mendatang. Berikut ini dikemukakan perkembangan, masalah, peluang, ancaman dan isu strategis pembangunan kesehatan yang dihadapi Indonesia dewasa ini.

A. PERKEMBANGAN

1. Derajat Kesehatan

Sampai saat ini Angka Kematian Bayi (AKB) telah dapat diturunkan dengan laju penurunan rata-rata 4,1 persen setiap tahunnya. Jika pada tahun 1967 AKB di Indonesia masih berkisar 145 per 1000 kelahiran hidup, pada tahun 1991 AKB telah mencapai 51 per 1000 kelahiran hidup (Supas 1995) (lihat tabel 1 dan 4). Angka Kematian Balita (AKABA) (0 – 4 tahun) juga telah mengalami penurunan yang cukup berarti. Jika pada tahun 1986, AKABA masih sebesar 111 per 1.000 kelahiran hidup, maka pada tahun 1993

telah menurun menjadi 81 per 1.000 kelahiran hidup. Namun demikian perbedaan AKB dan AKABA antar propinsi masih bervariasi cukup lebar. Sementara itu Angka Kematian Ibu (AKI) juga mengalami adanya penurunan dari 540 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1986 menjadi 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1994 (lihat tabel 3). Sejalan dengan perkembangan ini, angka harapan hidup waktu lahir juga telah meningkat dari rata-rata 45,7 tahun pada tahun 1967 menjadi 64,4 tahun pada tahun 1991 (Supas 1995) (lihat tabel 2).

Angka Prevalensi Kurang Energi Protein (KEP) sedang dan berat pada anak balita menurun dari 18,9 persen pada tahun 1978 menjadi 14,6 persen pada tahun 1995 (Susenas 1995). Prevalensi KEP total (ringan, sedang dan berat) menurun dari 48,2 persen pada tahun 1978 menjadi 35,0 persen pada tahun 1995 (lihat tabel 6). Demikian pula dengan masalah gizi lainnya seperti kebutaan akibat kekurangan vitamin A, anemia gizi besi, dan kurang zat iodium telah menampakkan penurunan. Hasil survei Xerophthalmia pada tahun 1992 menyimpulkan bahwa kebutaan akibat kurang vitamin A sudah tidak merupakan masalah kesehatan masyarakat lagi. Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT)

menemukan prevalensi ibu hamil yang menderita anemia gizi besi telah menurun dari 63,5 persen pada tahun 1992 menjadi 50,5 persen pada tahun 1995. Pada kelompok usia pra-sekolah terjadi penurunan dari 55,5 persen menjadi 40,5 persen. Prevalensi gangguan akibat kurang yodium (GAKY) juga telah menunjukkan angka yang menurun. Angka Total Goiter Rate (TGR) pada tahun 1982 sebesar 37,2 % telah menurun menjadi 27,7 % pada tahun 1990.

Indonesia telah dinyatakan bebas dari penyakit cacar oleh Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) pada tahun 1974. Disamping itu beberapa penyakit menular lainnya telah berhasil ditekan morbiditasnya seperti penyakit frambusia, kusta, poliomyelitis, tetanus neonatorum dan schistosomiasis. Jika pada tahun 1995 masih terdapat 4 kasus poliomyelitis yang dikonfirmasi dengan pemeriksaan laboratorium, maka pada tahun 1997 kasus poliomyelitis yang dikonfirmasi sudah tidak ada yang positif. Penyakit Tetanus neonatorum menurun dari 3,77 per 10000 kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 1,56 per 10000 kelahiran hidup pada tahun 1995. Penyakit schistosomiasis di daerah endemis menurun dari 3,48 % menjadi 1,64%.

Beberapa penyakit menular yang diamati

memperlihatkan kecenderungan peningkatan morbiditas, seperti malaria, demam berdarah dan HIV/AIDS. Annual Parasite Incidence (API) malaria menurun dari 0,21 per 1000 penduduk pada tahun 1989 menjadi 0,09 per 1000 penduduk pada tahun 1996 di Jawa-Bali, untuk kemudian meningkat lagi menjadi 0,20 per 1000 pada tahun 1998. Parasite Rate (PR) malaria di luar Jawa-Bali yang semula sebesar 3,97 persen pada tahun 1995 meningkat menjadi 4,78 persen pada tahun 1997. Incidence Rate demam berdarah yang tercatat sebesar 23,22 per 100.000 penduduk pada tahun 1996 meningkat menjadi 35,19 per 100.000 penduduk pada tahun 1998. Tuberkulosis paru masih merupakan penyakit yang perlu mendapat perhatian karena walaupun prevalensinya telah dapat diturunkan dari sebesar 2,9 per 1000 penduduk dalam kurun waktu 1979-1982 menjadi sekitar 2,4 per 1.000 penduduk pada akhir Pelita VI, namun belum merata di semua propinsi. Di daerah tertentu seperti Jawa Barat, Aceh dan Bali prevalensi tuberkulosis paru masih berkisar antara 6,5 - 9,6 per 1.000 penduduk.

Pada akhir 1999 sebanyak 23 propinsi telah melaporkan adanya HIV, dimana 14 diantaranya melaporkan adanya AIDS. Secara nasional prevalensi AIDS di Indonesia adalah 0,11 per 100.000 penduduk dengan disparitas antar propinsi yang mencolok. Di Jakarta prevalensi AIDS

adalah 10 kali lebih tinggi dari angka nasional, yakni sebesar 1,0 per 100.000 penduduk. Di Irian Jaya prevalensi AIDS adalah 40 kali lebih tinggi dari angka nasional, yaitu 4,4 per 100.000 penduduk.

Penyakit degeneratif dan penyakit tidak menular juga memperlihatkan kecenderungan peningkatan. Hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga tahun 1995 menunjukkan bahwa 83 per 1.000 penduduk menderita hipertensi, dan penyakit jantung iskemik dan stroke dialami oleh masing-masing 3 dan 2 per 1.000 penduduk. Gangguan mental emosional pada penduduk usia 5 - 14 tahun dan di atas 15 tahun masing-masing 104 dan 140 per 1.000 penduduk. Masalah kebutaan juga meningkat cukup bermakna dari 1,2 persen pada tahun 1982 menjadi 1,47 persen pada tahun 1995. Kecelakaan lalu lintas di Indonesia pada tahun 1994 mencapai 34.407 korban, naik menjadi 49.098 korban pada tahun 1997. Angka kematian karena kecelakaan lalu lintas meningkat dari 3,2 per 100.000 penduduk pada tahun 1994 menjadi 4,1 per 100.000 penduduk pada tahun 1997 (lihat tabel 8).

2. Sarana

Pembangunan kesehatan yang telah diselenggarakan dalam 30 tahun terakhir ini telah berhasil menyediakan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan secara merata di seluruh pelosok tanah air.

Pada saat ini untuk memenuhi pelayanan kesehatan dasar telah tersedia 7.243 Puskesmas dimana 1.676 diantaranya telah ditingkatkan menjadi Puskesmas Perawatan yang memiliki sarana tempat tidur, 21.115 Puskesmas Pembantu dan 6.849 Puskesmas Keliling. Dengan demikian setiap kecamatan di Indonesia telah memiliki paling sedikit sebuah puskesmas dan lebih dari 40 persen desa telah dilayani oleh sarana pelayanan kesehatan pemerintah. Ratio antara puskesmas terhadap penduduk tercatat 1:27.600 dan Puskesmas Pembantu terhadap penduduk adalah 1:9.400.

Di samping itu telah tersedia pula Balai Pengobatan khusus milik pemerintah yang terdiri dari 21 buah Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4), 7 Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) dan 1 Balai Kesehatan Olah Raga Masyarakat.

Di samping itu tersedia pula berbagai sarana pelayanan kesehatan dasar milik jajaran sektor pemerintah di luar kesehatan, seperti lembaga pemasyarakatan, BUMN (perkebunan, pertambangan) dan lain sebagainya.

Di sektor swasta, pelayanan kesehatan dasar, diselenggarakan dalam bentuk dokter praktek, bidan praktek, klinik / balai pengobatan swasta dan rumah bersalin. Masyarakat dan swasta banyak memerlukan sarana pelayanan kesehatan dasar di daerah terpencil.

Untuk memperluas cakupan dan jangkauan pelayanan puskesmas telah dikembangkan pelbagai sarana upaya kesehatan bersumber daya masyarakat. Pada saat ini tercatat sebanyak 243.783 posyandu dengan jumlah kader aktif 1.078.208 orang, 20.880 Pondok Bersalin Desa (Polindes), 15.828 Pos Obat Desa (POD) dan 1.853 Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK).

Pemerataan sarana pelayanan kesehatan dasar juga diikuti dengan penambahan sarana pelayanan kesehatan rujukan. Pada saat ini telah tersedia 4 buah : Rumah Sakit Umum Kelas A, 54 buah Rumah Sakit Umum Kelas B, 213 buah Rumah Sakit Umum Kelas C, 71 buah Rumah Sakit Umum Kelas D, 335 buah Rumah Sakit Umum Swasta, 77 buah Rumah Sakit Khusus Pemerintah, dan 139 buah Rumah Sakit Khusus Swasta. Jumlah tempat tidur seluruhnya mencapai 120.000 buah, sehingga rasionya terhadap penduduk adalah 1:1.700. Tingkat pemanfaatan dan kemampuan pelayanan rumah sakit semakin meningkat dari tahun ke tahun. (lihat tabel 9).

Untuk menunjang pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, telah dikembangkan 27 Balai Laboratorium Kesehatan (BLK), 27 Balai Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM) dan 10 Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL). Pelayanan laboratorium swasta juga mengalami kemajuan yang pesat. Tercatat pada saat

ini sebanyak 599 buah laboratorium klinik swasta yang tersebar di 27 propinsi.

Guna menjamin kelancaran distribusi obat di sektor pemerintah khususnya untuk melayani puskesmas telah dibangun 314 buah gudang farmasi kabupaten/kota (GFK). Sedangkan di sektor swasta telah beroperasi sebanyak 5.724 buah apotik yang tersebar di seluruh Indonesia.

3. Tenaga Kesehatan

Jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan telah mengalami peningkatan yang cukup berarti sehingga saat ini tercatat sekitar 32 ribuan tenaga medis (dokter, spesialis dan dokter gigi) dan 7 ribuan dokter gigi termasuk spesialis, serta 6 ribuan apoteker yang tersebar di seluruh Indonesia. Jumlah dan penyebaran tenaga perawat dan bidan juga mengalami kemajuan yang pesat. Tercatat jumlah tenaga perawat sekitar 160 ribuan dengan berbagai tingkat pendidikan. Sedangkan jumlah bidan tercatat sebanyak 65 ribuan orang termasuk 52.042 orang bidan di desa. Dengan demikian berarti hampir seluruh desa di Indonesia telah memiliki tenaga bidan.

Untuk menunjang pembangunan dengan paradigma sehat juga telah tersedia berbagai tenaga kesehatan di bidang kesehatan masyarakat. Pada saat ini tercatat sekitar 11 ribuan tenaga

kesehatan masyarakat dengan berbagai keahlian termasuk diantaranya bidang gizi sekitar 1.500 orang, dan bidang kesehatan lingkungan sekitar 4 ribuan orang.

Jumlah keseluruhan tenaga kesehatan yang bekerja di lingkungan Departemen Kesehatan dan pemerintah daerah di seluruh Indonesia pada tahun 1998 tercatat sekitar 400 ribuan orang, dimana 302.947 orang diantaranya adalah pegawai kesehatan pusat. Sedangkan sisanya sebanyak kurang lebih 90.000 orang adalah pegawai pemerintah daerah.

4. Perbekalan Kesehatan

Pada saat ini tercatat 224 buah industri farmasi yang terdiri dari 4 BUMN, 35 PMA, dan 185 swasta nasional. Sejak diberlakukannya Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB) pada tahun 1996 tercatat 162 industri farmasi yang telah mampu memproduksi obat jadi sesuai CPOB.

Sejak awal 1997 Indonesia telah mampu memproduksi obat generik yang dilakukan oleh 4 buah BUMN dan 60 buah industri farmasi swasta. Obat generik tersebut telah semakin diterima oleh masyarakat luas.

Dalam upaya penyembuhan maupun peningkatan kesehatan sebagian

masyarakat mempergunakan obat asli Indonesia. Indonesia memiliki keanekaragaman hayati terbesar di dunia dengan lebih kurang 30.000 jenis tanaman. Sekitar 940 diantara diantara jenis tanaman tersebut telah diketahui berkhasiat sebagai obat dan sekitar 180 diantaranya telah digunakan dalam ramuan obat asli oleh industri obat asli Indonesia.

Pada tahun 1992 jumlah industri obat asli mencapai 449 buah yang terdiri dari 429 buah Industri Kecil Obat Tradisional (IKOT) dan 20 buah Industri Obat Tradisional (IOT). Pada tahun 1998 jumlah industri obat asli telah meningkat menjadi 678 yang terdiri dari 602 buah IKOT dan 76 buah IOT. Dalam catatan tersebut diatas belum termasuk usaha jamu racikan dan usaha jamu gendong (lihat tabel 11).

Kebutuhan vaksin dalam rangka pencegahan penyakit antara lain BCG, Hepatitis, Polio, Campak, DPT dan Tetanus Toksoid telah dipenuhi dari produksi di dalam negeri. Perbekalan kesehatan berupa seperti alat-alat kesehatan telah ada yang diproduksi lokal, sedangkan yang menggunakan teknologi canggih masih diimpor dari luar negeri.

5. Pembiayaan Kesehatan

Dalam 30 tahun terakhir ini komitmen pemerintah untuk pembiayaan kesehatan telah meningkat. Bila anggaran kesehatan pada tahun 1987/88 merupakan 2,32 % dari total pengeluaran pemerintah, maka pada tahun 1997/1998 anggaran kesehatan tersebut merupakan 4,55 persen dari total pengeluaran pemerintah.

Pembiayaan dari sektor swasta utamanya pembelanjaan masyarakat merupakan porsi terbesar dari pembiayaan kesehatan. Kontribusi sektor swasta dan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan adalah sekitar 65 persen.

Sebagian besar masyarakat membiayai kesehatan mereka masih menggunakan cara membayar untuk tiap pelayanan (*fee for service*). Hanya 14 persen masyarakat tercakup dalam program asuransi kesehatan. Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang telah dikembangkan di semua kabupaten/kota diharapkan dapat lebih merasionalkan pembiayaan yang berasal dari masyarakat sebagai landasan untuk mencapai pemerataan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Rincian cakupan hasil pengembangan JPKM sampai akhir tahun 1999 adalah: (1) pemeliharaan kesehatan pegawai negeri dan penerima pensiun sebanyak

17,2 juta peserta, (2) pemeliharaan bagi tenaga kerja dan keluarga sebanyak 1,6 juta peserta, (3) pemeliharaan kesehatan swasta sebanyak 600.000 peserta dan (4) dana sehat sebanyak 22 juta peserta yang tersebar di sekitar 15.000 desa. Selain itu, sampai dewasa ini telah terdapat 19 Badan Penyelenggara (Bapel) JPKM yang berizin, dan dalam rangka pelaksanaan program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan telah terdapat 326 Penyelenggara JPKM yang tersebar di seluruh kabupaten/kota.

Pembangunan kesehatan selama ini selain dilaksanakan dengan kekuatan sendiri juga ditopang oleh Bantuan Luar Negeri baik berupa Pinjaman Luar Negeri (PLN/Loan) dan Hibah (Grant). Sebagai akibat dari krisis ekonomi maka komponen BLN dalam anggaran kesehatan cenderung meningkat.

6. Kebijakan

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan dalam hampir 40 tahun terakhir ini telah banyak mengalami perubahan dan perbaikan kebijakan. Dalam Pelita I kebijakan lebih ditekankan pada konsolidasi. Fungsi pelayanan lebih diarahkan pada keterpaduan dan secara komprehensif yang lebih difokuskan pada sektor Pemerintah. Pada tahun 1980-an pola pelayanan mulai bergeser ke sektor swasta. Dalam Pelita II kebijakan diprioritaskan pada pemerataan antara

lain melalui Inpres sarana dan tenaga kesehatan. Pada Pelita III dan IV di samping pemerataan, perhatian juga diarahkan pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Hal tersebut tercermin antara lain pada perubahan fungsi puskesmas menjadi puskesmas perawatan. Selanjutnya, dalam Pelita V telah ditetapkan kebijakan untuk menempatkan bidan di desa.

Dalam pelayanan rumah sakit sejak Pelita V dan khususnya dalam Pelita VI perhatian banyak dicurahkan untuk memperbaiki mutu pelayanan melalui standarisasi pelayanan dengan pengembangan instrumen akreditasi dan penyusunan indikator penampilan instrumen rumah sakit. Dalam periode ini juga dilaksanakan desentralisasi/penyerahan sebagian fungsi kepada daerah, tanpa diikuti perubahan dalam sumber daya.

Dalam Pelita V kebijakan dalam bidang obat-obatan diarahkan pada pemanfaatan obat generik, dimana semua fasilitas kesehatan pemerintah diwajibkan untuk menggunakan obat generik.

Dengan ditetapkannya UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan maka telah terjadi pembaharuan dalam aturan hukum tertulis mengenai pembangunan kesehatan. Undang-Undang tersebut memberikan dasar hukum, arah dan

berbagai kebijakan nasional dalam pembangunan kesehatan yang pada periode sebelumnya didasarkan pada Sistem Kesehatan Nasional. Kebijakan yang memadukan sistem pembiayaan dengan sistem pemeliharaan kesehatan secara jelas dikemukakan dalam UU No. 23 tersebut.

Untuk melindungi masyarakat dari penyalahgunaan dan kesalahan penggunaan obat diterbitkan UU No. 5 tahun 1997 tentang Psikotropika dan UU No. 22 tahun 1997 tentang Narkotika. Dalam rangka perlindungan konsumen telah pula diundangkan UU No. 8 Tahun 1999 menyangkut perlindungan terhadap sediaan farmasi dan pangan. Salah satu tujuan undang-undang tersebut adalah meningkatkan kualitas barang dan/atau jasa yang menjamin kelangsungan usaha produksi barang dan/atau jasa kesehatan, kenyamanan, keamanan dan keselamatan konsumen.

Perkembangan ketatanegaraan saat ini menunjukkan arus desentralisasi yang sangat kuat. Pemberlakuan UU No. 22/1999 tentang Pemerintah Daerah dan UU No. 23/1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Daerah akan sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan pembangunan termasuk pembangunan kesehatan.

Desentralisasi upaya kesehatan memberi wewenang kepada kabupaten dan kota

untuk menentukan sendiri prioritas pembangunan kesehatan daerahnya sesuai dengan kemampuan, kondisi dan kebutuhan setempat. Dengan sendirinya keberhasilan pembangunan kesehatan di masa mendatang sangat tergantung pada kemampuan sumber daya tenaga yang ada di daerah.

Kecenderungan yang terjadi di dunia dewasa ini adalah makin berperannya pihak ketiga dalam mengatur pembiayaan kesehatan melalui sistem asuransi, baik publik maupun swasta. Keadaan ini juga akan makin menjadi lebih berkembang di Indonesia dimasa yang akan datang bila perdagangan antar negara menjadi semakin bebas. Dengan demikian maka kebijakan untuk menganut upaya pembangunan kesehatan dengan sistem pra upaya akan sangat menentukan arah pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang semakin merata dan dengan kualitas yang lebih memadai.

B. MASALAH

1. Derajat Kesehatan

Morbiditas beberapa penyakit menular diamati yang semula menurun atau tidak ditemukan, pada akhir-akhir ini cenderung meningkat, seperti malaria, demam berdarah dan HIV/AIDS. Di samping itu dengan makin terbukanya Indonesia terhadap dunia luar dan

kemudahan transportasi, terdapat potensi timbulnya penyakit menular baru yang dewasa ini belum terdapat di Indonesia. Selain itu penyakit degeneratif, penyakit tidak menular, dan kecelakaan lalu lintas juga cenderung meningkat.. Masalah kebutaan juga menunjukkan peningkatan secara cukup bermakna.

Kecenderungan-kecenderungan yang terjadi pada morbiditas penyakit menular, penyakit tidak menular, penyakit degeratif, ruda paksa akibat kecelakaan lalu lintas, dan gangguan kesehatan serta penyakit lainnya merupakan masalah yang akan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat dimasa yang akan datang yang memerlukan langkah-langkah penanganan yang optimal.

2. Kerjasama Lintas Sektoral

Masalah kesehatan adalah merupakan masalah nasional yang tidak dapat terlepas dari berbagai kebijakan sektor lain sehingga upaya pemecahannya harus melibatkan sektor terkait. Isu utamanya adalah bagaimana upaya untuk meningkatkan kerjasama lintas sektor yang lebih efektif.

Pembangunan kesehatan yang dijalankan selama ini hasilnya belum optimal karena kurangnya dukungan lintas sektor. Beberapa program sektoral masih ada yang tidak atau kurang berwawasan

kesehatan sehingga memberikan dampak negatif bagi kesehatan masyarakat. Sebagian dari masalah kesehatan adalah akibat dari beberapa faktor, terutama lingkungan dan perilaku, berkaitan erat dengan berbagai kebijaksanaan maupun pelaksanaan program di sektor luar kesehatan. Untuk itu diperlukan pendekatan lintas sektor yang sangat baik, agar sektor terkait dapat selalu memperhitungkan dampak programnya terhadap kesehatan masyarakat

Demikian pula peningkatan upaya dan manajemen pelayanan kesehatan tidak dapat terlepas dari peran sektor-sektor yang membidangi pembiayaan, pemerintahan dan pembangunan daerah, ketenagaan, pendidikan, perdagangan, dan sosial budaya.

3. Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Meskipun kebijakan pembangunan kesehatan telah diarahkan dan diprioritaskan pada upaya pelayanan kesehatan dasar, yang lebih menitikberatkan pada upaya pencegahan dan penyuluhan kesehatan, akan tetapi persepsi masyarakat cenderung masih tetap berorientasi pada upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Upaya meningkatkan kesadaran masyarakat untuk dapat menciptakan pola hidup sehat (Paradigma Sehat) sulit dicapai, karena tidak ditunjang oleh faktor sosial-

ekonomi, tingkat pendidikan dan budaya masyarakat.

Pola hidup sehat yang belum tercipta dengan baik seperti disinggung diatas diperburuk oleh sangat mahalnya biaya yang dikeluarkan oleh pasien atau keluarganya untuk memperoleh upaya penyembuhan dan pemulihan di fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Disamping itu, hilangnya produktivitas merupakan beban lain yang harus dipikul oleh keluarga pasien. Dengan kata lain, pola pelayanan seperti ini selain tidak efisien, juga menghamburkan biaya yang banyak. Sedangkan dilain pihak dana pemerintah semakin berkurang.

Selain itu, wilayah Indonesia yang secara geografis sangat luas dengan perbedaan suku, budaya, agama dan variasi masyarakat yang sangat beragam, kurang diperhitungkan dalam pola pengambilan kebijakan kesehatan. Selama ini pengambilan keputusan kebijakan pembangunan kesehatan dinilai sangat sentralistik yang berdampak berupa ketidaksesuaian sebagian program dengan kebutuhan dan tuntutan daerah atau lokal. Akibatnya pembangunan kesehatan yang diselenggarakan selama ini dinilai belum sepenuhnya efektif dan efisien.

4. Sistem Pembiayaan Pembangunan Kesehatan

Akibat kuatnya peran pemerintah pusat dalam penentuan kebijakan, pola pembiayaan yang diberikan oleh pemerintah pusat berdasarkan pada alokasi anggaran yang telah ditetapkan dengan rincian kegiatan. Pola pembiayaan seperti ini ditambah dengan sistem penggajian pegawai negeri yang tidak memadai sangat sulit untuk menciptakan sistem insentif yang tepat untuk efisiensi anggaran. Hal tersebut diperburuk dengan banyaknya peraturan yang dibuat oleh Pemerintah dan diterapkan secara seragam, sehingga menghilangkan gairah untuk berkompetisi dan menghambat terciptanya pola manajemen yang efisien.

Subsidi yang diberikan Pemerintah untuk sektor kesehatan selama PJP I rata-rata hanya sekitar 2,5 persen dari Produk Domestik Bruto (PDB) yang masih jauh dari standar minimal yang dianjurkan oleh WHO yaitu sebesar 5 persen dari PDB. Dalam pelaksanaannya anggaran yang disubsidi oleh pemerintah yang relatif kecil tersebut, ternyata sebagian besar diberikan dalam bentuk subsidi kepada penyelenggara pelayanan berupa anggaran rutin (termasuk gaji), anggaran pembangunan, maupun biaya operasional dan biaya pemeliharaan. Dengan kata lain pola pembiayaan yang berlangsung selama ini tidak berorientasi

kepada kebutuhan masyarakat, dan tidak secara langsung diarahkan untuk mensubsidi masyarakat miskin.

Subsidi yang diberikan pemerintah tersebut hanya merupakan 30 persen dari total biaya kesehatan. Sedangkan 70 persen biaya kesehatan masih merupakan tanggung jawab masyarakat, dan didominasi oleh sistem pembayaran tunai secara individual. Dampak dari keadaan tersebut diatas adalah kesulitan dalam menerapkan kebijakan kendali biaya dan juga memberatkan pemakai jasa pelayanan. Pada hal biaya kesehatan cenderung akan semakin meningkat dan menjadi tidak terjangkau apabila pola pembiayaan seperti diuraikan diatas masih terus berlangsung.

5. Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan

Pola penentuan kebijakan dan pola pembiayaan yang telah diterapkan selama ini berpengaruh sangat kuat terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Mutu pelayanan kesehatan yang baik dan sesuai dengan standar yang berlaku sulit diperoleh, terutama bagi masyarakat miskin dan masyarakat yang berada di daerah terpencil.

Selain itu, penyelenggaraan pembangunan kesehatan masih belum ditopang oleh pemanfaatan kemajuan ilmu dan teknologi yang tepat guna. Lebih dari pada itu para penyelenggara

pembangunan kesehatan masih belum sepenuhnya menerapkan etika dan moral yang tinggi. Dampak dari kondisi tersebut adalah penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Indonesia yang belum sepenuhnya dilaksanakan secara profesional.

6. Mutu Sarana Kesehatan

Sekalipun jumlah dan penyebaran sarana kesehatan dinilai telah memadai, namun jika ditinjau dari aspek mutu pelayanan masih di bawah standar. Beberapa sarana kesehatan lainnya, seperti rumah sakit bahkan belum memenuhi standar minimal. Dalam keadaan seperti ini, mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan menjadi masih jauh dari yang diharapkan.

Iklim yang kondusif bagi peningkatan peran serta swasta baik dari dalam negeri maupun luar negeri dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan belum tercipta secara optimal. Birokrasi dalam segi perijinan dan peraturan yang harus ditempuh menjadi seakan-akan menghambat partisipasi sektor swasta dalam pembangunan kesehatan.

7. Tenaga Kesehatan

Kelemahan pembangunan kesehatan dari sudut tenaga kesehatan adalah yang menyangkut penyebaran yang belum merata, mutu pendidikan yang belum

memadai, komposisi tenaga kesehatan yang timpang karena masih sangat didominasi oleh tenaga medis serta kinerja dan produktivitas yang rendah.

Koordinasi lintas sektor khususnya dengan Departemen Pendidikan dan Kebudayaan dalam hal peningkatan jumlah lulusan 4 dokter spesialis dasar yang sangat dibutuhkan oleh rumah sakit kabupaten untuk meningkatkan mutu pelayanannya masih kurang. Di samping itu, diperlukan juga tinjauan dan penataan ulang sistem pendidikan tenaga kesehatan lainnya baik yang dilakukan oleh pemerintah maupun swasta.

Salah satu isu dalam pengembangan tenaga kesehatan adalah pendayagunaan tenaga, dimana distribusi tenaga yang tidak merata menjadi masalah utama. Disamping itu, pengembangan karier tenaga menjadi hal yang sangat perlu dikembangkan, yang meliputi tenaga sektor publik dan tenaga kesehatan sektor swasta. Semua upaya diatas memerlukan dukungan sistem informasi tenaga yang menyeluruh, terpadu dan berdaya guna.

8. Perbekalan Kesehatan

Sebagian besar bahan baku obat untuk keperluan industri farmasi dan peralatan kesehatan yang berteknologi maju masih tergantung dari impor yang menyebabkan harganya meningkat

karena depresiasi nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing.

Aksesibilitas kepada semua lapisan masyarakat yang membutuhkan diupayakan dengan pola penyediaan obat dalam dua jalur yaitu jalur pelayanan sektor publik dan sektor swasta. Di sektor publik pengelolaan obat yang efisien termasuk pengadaan, perencanaan terpadu di Dati II dan distribusi obat langsung di GFK merupakan hal yang mutlak. Dalam hal ini kemampuan analisis kebutuhan obat esensial yang menggunakan pendekatan bottom up planning sesuai dengan pola penyakit merupakan masalah utama. Disamping itu terdapat pula masalah kompleksitas koordinasi.

Masalah lain adalah yang menyangkut pemeliharaan perbekalan kesehatan, di samping standarisasi dan kalibrasi alat-alat yang dipergunakan.

C. PELUANG

Berbagai peluang untuk keberhasilan pembangunan kesehatan mencapai Indonesia Sehat 2010 antara lain :

1. Kependudukan

Jumlah penduduk Indonesia masih akan meningkat terus dengan laju pertumbuhan yang semakin melambat. Pada tahun 1980 penduduk Indonesia

berjumlah 147,49 juta jiwa, meningkat menjadi 179,38 juta jiwa pada tahun 1990, dan diproyeksikan menjadi sebesar 210,439 juta jiwa pada tahun 2000. Penduduk Indonesia pada tahun 2010 diproyeksikan sekitar 235 juta jiwa. Pertumbuhan kependudukan ini ditandai pula dengan perubahan struktur umur penduduk dimana terjadi pergeseran dari struktur umur penduduk muda menjadi struktur umur penduduk tua.

Jumlah penduduk Indonesia yang besar dan struktur umur produktif merupakan pangsa pasar dan sumber daya yang potensial untuk pengembangan upaya kesehatan secara nasional. Kecuali itu pelbagai perubahan yang terjadi pada karakteristik demografi sebagai pengaruh keberhasilan pembangunan seperti pendidikan dan sosial ekonomi akan membuka peluang bagi terselenggaranya pelayanan kesehatan yang lebih efektif, efisien dan bermutu.

2. Hukum dan Politik

Reformasi dalam bidang hukum dan politik yang merupakan tuntutan rakyat membuka peluang yang besar bagi perbaikan sistem dan tata nilai di pelbagai bidang, termasuk dalam bidang kesehatan. Peluang yang besar ini dapat dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk menghasilkan sistem pemerintahan yang bersih (Good Governance) yang berwawasan kesehatan untuk

kepentingan dan kemakmuran masyarakat.

Sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia yang berlandaskan Undang-Undang Dasar 1945 memberikan keleluasaan kepada daerah untuk menyelenggarakan pemerintahan secara otonom. Dalam menghadapi perkembangan baik di dalam negeri maupun di luar negeri serta menghadapi tantangan globalisasi yang intinya adalah persaingan bebas, maka penyelenggaraan otonomi daerah dengan kewenangan yang luas, nyata dan bertanggung jawab secara proporsional merupakan peluang yang dapat dimanfaatkan oleh daerah mempersiapkan diri sebaik-baiknya. Dengan diberlakukannya UU No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan UU No. 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah, merupakan peluang pula bagi daerah untuk melaksanakan pembangunan termasuk pembangunan bidang kesehatan, mempercepat pemerataan dan keadilan sesuai masalah, potensi dan keaneka ragaman daerah dengan melibatkan peran serta masyarakat.

3. Globalisasi

Globalisasi dalam bidang ekonomi yang inti pokoknya adalah perdagangan bebas global, memberi peluang yang besar bagi

Indonesia untuk berkiperah dalam perdagangan Internasional. Dibidang kesehatan peluang tersebut terutama berupa kesempatan bagi tenaga kesehatan untuk bekerja di luar negeri. Untuk itu upaya untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan yang setara dengan luar negeri harus dilakukan antara lain melalui penyempurnaan sistem pendidikan. Masuknya modal asing ke Indonesia akan makin memperluas kesempatan kerja bagi tenaga kesehatan, disamping akan membantu percepatan alih teknologi yang diperlukan bagi peningkatan kualitas dan profesionalisme pelayanan kesehatan di Indonesia.

4. Krisis Ekonomi

Krisis ekonomi dan kepercayaan yang melanda Indonesia hingga saat ini merupakan peluang yang baik untuk melakukan berbagai perubahan dalam sektor kesehatan, termasuk menghilangkan berbagai hambatan birokrasi dalam upaya untuk meningkatkan efisiensi dan kemitraan dalam penyelenggaraan pembangunan. Sulitnya memperoleh pelayanan kesehatan karena rendahnya daya beli membuka peluang yang lebih besar bagi pengembangan dan pemantapan Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat.

5. Sumber Daya Alam

Bumi dan laut Indonesia sangat kaya akan pelbagai sumber bahan baku obat atau simplisia. Indonesia memiliki keanekaragaman hayati terbesar di dunia dengan lebih kurang 30.000 jenis tanaman, dan sebagian dari tumbuhan ini merupakan sumber bahan obat alami. Hal ini merupakan peluang yang amat besar untuk memproduksi sendiri bahan baku dan obat jadi di dalam negeri.

6. Kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang komunikasi, informasi dan transportasi yang semakin baik memberi peluang untuk mempercepat pencapaian pemerataan pelayanan kesehatan. Sedangkan kemajuan iptek dalam bidang kesehatan dan kedokteran memberi peluang bagi peningkatan mutu upaya pelayanan kesehatan yang tetap harus diseimbangkan dan diselaraskan dengan imam, taqwa dan etika.

7. Kerjasama dan Kemitraan

Dalam era globalisasi banyak perubahan yang telah terjadi di tingkat nasional, regional dan internasional yang berdampak multidimensional dan dengan tingkat saling ketergantungan antar sektor yang tinggi. Oleh karena itu

kerja sama dan keterkaitan merupakan prasyarat utama untuk mewujudkan sesuatu era baru yang lebih baik berdasarkan paradigma baru yang dilandasi prinsip menang-menang.

Fenomena kemitraan yang setara, terbuka dan saling menguntungkan ini merupakan peluang yang baik khususnya dalam pengembangan usaha swasta baik dalam skala nasional, regional dan internasional dalam membangun pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan.

D. ANCAMAN

1. Kondisi Ekonomi Makro

Keadaan ekonomi makro yang belum pulih dari krisis ekonomi merupakan salah satu ancaman terbesar dan paling berat bagi pembangunan nasional, khususnya pembangunan kesehatan sebagai akibat dari makin terbatasnya sumber daya yang ada. Keadaan ini menjadi lebih berat dengan tingkat ketergantungan yang masih besar terhadap bahan impor untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pemulihan kondisi ekonomi makro amat dipengaruhi oleh keadaan politik yang sampai saat ini masih belum cukup stabil. Dengan demikian, walaupun di tingkat nasional telah tumbuh komitmen untuk memberikan alokasi yang lebih besar untuk pembiayaan kesehatan sampai

sebesar 5% dari GDP, namun masih terdapat ancaman nyata dari situasi makro ekonomi bahwa sumber daya tersebut mungkin tidak dapat disediakan dalam waktu 2-3 tahun mendatang.

2. Struktur Demografi

Jumlah penduduk yang besar, laju pertumbuhan yang relatif masih tinggi, tingkat pendidikan dan pendapatan yang masih rendah, serta penyebaran yang tidak merata antar wilayah dapat menjadi ancaman bagi pembangunan, termasuk pembangunan kesehatan. Selain itu struktur umur yang cenderung muda bersamaan dengan makin bertambahnya kelompok usia lanjut merupakan beban ganda bagi pembangunan.

3. Kondisi Ekonomi Masyarakat

Hantaman krisis ekonomi yang berkepanjangan juga telah menunjukkan peningkatan jumlah penduduk miskin disertai dengan terjadinya penurunan berbagai indikator kesehatan, khususnya meningkatnya insidens KEP nyata terutama pada bayi dan anak. Kondisi ini merupakan ancaman terhadap pencapaian tujuan pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya peningkatan produktivitas bangsa. Kondisi ekonomi masyarakat yang menurun juga berpengaruh terhadap akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan, khususnya bagi penduduk

miskin. Upaya melalui Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) memang telah meningkatkan akses ini, namun dalam jangka panjang program ini sukar untuk dilestarikan dengan kemampuan sumber daya yang ada.

Adanya berbagai keresahan di bidang ekonomi yang mudah dipicu menjadi kerusuhan dan juga pertikaian yang terjadi diberbagai wilayah Indonesia yang tidak kunjung selesai juga menjadi ancaman terhadap pembangunan kesehatan dan sekali gus merupakan hambatan untuk mewujudkan Indonesia yang sehat.

4. Geografis

Kondisi geografis Indonesia yang merupakan negara kepulauan dengan lebih dari 17.000 pulau dan dengan wilayah lautan yang amat luas merupakan ancaman dalam menyelenggarakan program pembangunan kesehatan. Negara kepulauan seperti ini memang membutuhkan tersedianya sarana transportasi dan komunikasi beserta biaya operasional yang tinggi.

Disisi lain dengan terbukanya berbagai kepulauan, Indonesia rentan terhadap kemungkinan masuknya barang/obat terlarang secara tidak sah. Selain itu, kondisi geografis yang terdiri dari rangkaian gunung berapi yang masih aktif dan sewaktu-waktu dapat meletus, serta

seringnya terjadi gempa bumi dapat menimbulkan bencana alam yang mengancam kehidupan masyarakat. Sedangkan letak Indonesia yang berada di daerah tropis merupakan reservoir yang tepat bagi berkembang biaknya berbagai vektor dan penyebab penyakit.

Posisi silang Indonesia di antara negara besar di dunia yang merupakan alur lalu-lintas, secara potensial dapat memberi dampak negatif terhadap kesehatan masyarakat dengan kemungkinan masuknya berbagai kebiasaan yang negatif terhadap kesehatan dan berbagai penyakit dari luar.

5. Rendahnya Perilaku Kesehatan, Moral dan Etika

Perilaku hidup sehat sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan penduduk. Tingkat pendidikan yang masih rendah merupakan salah satu sebab rendahnya pemahaman masyarakat terhadap informasi kesehatan serta pembentukan perilaku sehat.

Penyalahgunaan narkotika, obat, psikotropika dan zat adiktif cenderung meningkat, bahkan telah menyentuh masyarakat yang tak mampu dan anak sekolah dasar dengan eskalasi permasalahan yang semakin luas dan kompleks. Demikian juga produksi dan penggunaan minuman beralkohol dan zat adiktif lainnya termasuk rokok cenderung terus meningkat dengan

dampak negatif yang luas terhadap masyarakat.

Di samping itu, berbagai praktek perilaku seksual yang menyimpang, kurangnya disiplin berlalu lintas, kebiasaan merokok serta konsumsi makanan berlebihan dan tak seimbang dapat menjadi ancaman bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Penggunaan bahan-bahan kimia terlarang untuk bahan tambahan makanan dan masalah sanitasi serta hygiene pengolahan terutama pada industri rumah tangga juga merupakan ancaman terhadap kesehatan masyarakat konsumen.

6. Desentralisasi Manajemen Kesehatan

Desentralisasi manajemen kesehatan merupakan komitmen politis yang harus dilaksanakan oleh pimpinan nasional yang akan datang. Dua buah undang-undang yang berkaitan dengan desentralisasi telah diterbitkan, yakni UU No.22 tahun 1999 dan UU No. 25 tahun 1999.

Pengalaman banyak negara menunjukkan dengan jelas sekali bahwa bila desentralisasi dilaksanakan secara tergesa-gesa disertai dengan persiapan yang kurang matang baik dari segi konsep maupun operasionalnya, akan timbul

kesulitan yang besar sekali dalam implementasinya. Dalam era desentralisasi, kendali Pemerintah Pusat terhadap berbagai program akan berkurang secara drastis. Bila hal ini tidak ditunjang oleh peningkatan kemampuan di provinsi dan kabupaten/kota maka keberhasilan pembangunan kesehatan akan sangat terancam.

7. Globalisasi

Globalisasi merupakan suatu fenomena yang terjadi pada akhir abad ke 20 yang ditandai dengan terjadinya interpenetrasi dan interdependensi dari semua sektor baik ekonomi, politik dan sosio kultural. Keadaan ini menyebabkan terjadinya transformasi masyarakat negara menjadi masyarakat global (dunia) sehingga batas negara menjadi tidak jelas lagi.

Liberalisasi perdagangan yang menjadi ciri utama globalisasi selain kemudahan dalam transportasi, komunikasi dan informasi, mengandung ancaman besar bagi negara berkembang termasuk Indonesia. Kebijakan GATS (General Agreement on Trade in Services) dan TRIPS (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) akan sangat berpengaruh terhadap berbagai aspek penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat di negara berkembang. Masuknya modal dan tenaga asing dalam peta pelayanan kesehatan dapat berakibat pada makin berkembangnya

mutu pelayanan dan manajemen kesehatan. Namun dampak negatif yang perlu diantisipasi adalah tutupnya berbagai fasilitas pelayanan yang sudah ada, khususnya yang selama ini memberikan pelayanan bagi lapisan masyarakat yang kurang mampu. Keadaan ini hanya dapat dicegah dengan upaya yang intensif untuk meningkatkan profesionalisme dan mutu manajemen di fasilitas kesehatan yang ada. Implikasi lain adalah hal-hal yang berkaitan dengan hak cipta, termasuk hak paten untuk berbagai obat dan produk biomedik. Kondisi ini dapat menghambat pemanfaatan berbagai jenis produk yang sebenarnya dapat digunakan namun dibatasi oleh ketentuan-ketentuan tentang hak cipta. Hal ini juga mengandung implikasi meningkatnya harga obat dan berbagai produk biomedik serta peralatan.

Kemudahan transportasi, komunikasi dan penyebarluasan berbagai informasi akan juga berpengaruh terhadap penyebaran penyakit, narkotika, obat psikotropika dan zat adiktif lainnya, perilaku seks bebas, dan gaya hidup tidak sehat lainnya. Keadaan ini akan sangat besar pengaruhnya terhadap derajat kesehatan masyarakat, khususnya generasi muda bangsa.

8. Pencemaran Lingkungan dan Iklim Global

Di masa depan iklim dan lingkungan akan semakin tidak menguntungkan kesehatan. Pencemaran lingkungan, meliputi pencemaran udara, air, tanah dan makanan akan semakin meningkat. Pencemaran udara di kota-kota besar pada tahun 2000 diperkirakan akan meningkat 2 kali dari tahun 1990 dengan sumber utama emisi kendaraan bermotor dan kegiatan industri. Pencemaran udara di dalam ruangan makin perlu diwaspadai karena masih tingginya kebiasaan merokok di masyarakat. Penanganan limbah rumah tangga perkotaan, baik limbah padat maupun limbah cair yang belum memperhitungkan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat merupakan ancaman bagi penduduk yang bermukim di perkotaan dan sekitarnya. Pencemaran lingkungan yang mengancam kesehatan dapat pula terjadi akibat bencana, baik bencana oleh kegiatan alam maupun akibat akibat ulah manusia.

Terbatasnya ketersediaan air bersih merupakan ancaman bagi kesehatan penduduk. Terbatasnya kemampuan masyarakat, utamanya di pedesaan dan daerah kumuh perkotaan juga merupakan tantangan yang berat bagi terciptanya lingkungan yang sehat.

E. ISU STRATEGIS

Mempelajari berbagai kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman tersebut diatas, maka isu strategis yang harus diatasi adalah sebagai berikut.

1. Kerjasama Lintas Sektor

Sebagian dari masalah kesehatan merupakan masalah nasional yang tidak dapat terlepas dari berbagai kebijakan dari sektor lain sehingga upaya pemecahan ini harus secara strategis melibatkan sektor terkait. Isu utama adalah upaya meningkatkan kerjasama lintas sektor yang lebih efektif, karena kerja sama lintas sektor dalam pembangunan kesehatan selama ini sering kurang berhasil.

Perubahan perilaku masyarakat untuk hidup sehat dan peningkatan mutu lingkungan yang sangat berpengaruh terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat memerlukan kerja sama yang erat antara berbagai sektor yang terkait dengan sektor kesehatan. Demikian pula peningkatan upaya dan manajemen pelayanan kesehatan tidak dapat terlepas dari peran sektor-sektor yang membidangi pembiayaan, pemerintahan dan pembangunan daerah, ketenagaan, pendidikan, perdagangan, dan sosial budaya.

2. Sumber Daya Manusia Kesehatan

Mutu sumber daya manusia kesehatan sangat menentukan keberhasilan upaya dan manajemen kesehatan. Sumber daya manusia kesehatan yang bermutu harus selalu mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, dan berusaha untuk menguasai IPTEK yang mutakhir. Di samping itu, mutu sumber daya tenaga kesehatan ditentukan pula oleh nilai-nilai moral yang dianut dan diterapkan dalam menjalankan tugas. Disadari bahwa jumlah sumber daya tenaga kesehatan Indonesia yang mengikuti perkembangan IPTEK dan menerapkan nilai-nilai moral dan etika profesi masih terbatas.

Adanya kompetisi dalam era pasar bebas sebagai akibat dari globalisasi harus diantisipasi dengan peningkatan mutu dan profesionalisme sumber daya manusia kesehatan. Hal ini diperlukan tidak saja untuk meningkatkan daya saing sektor kesehatan, tetapi juga untuk membantu peningkatan daya saing sektor lain, antara lain pengamanan komoditi ekspor bahan makanan dan makanan jadi.

Dalam kaitan dengan desentralisasi penyelenggaraan pemerintahan, peningkatan kemampuan dan profesionalisme manajer kesehatan di setiap tingkat administrasi merupakan kebutuhan yang sangat mendesak.

3. Mutu dan Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan

Dipandang dari segi fisik persebaran sarana pelayanan kesehatan baik puskesmas maupun rumah sakit serta sarana kesehatan lainnya termasuk sarana penunjang upaya kesehatan telah dapat dikatakan merata ke seluruh pelosok wilayah Indonesia. Namun harus diakui bahwa persebaran fisik tersebut masih belum diikuti sepenuhnya dengan peningkatan mutu pelayanan, dan keterjangkauan oleh seluruh lapisan masyarakat.

Mutu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kualitas sarana fisik, jenis tenaga yang tersedia, obat, alat kesehatan dan sarana penunjang lainnya, proses pemberian pelayanan, dan kompensasi yang diterima serta harapan masyarakat pengguna. Dengan demikian maka peningkatan kualitas fisik serta faktor-faktor tersebut di atas merupakan prakondisi yang harus dipenuhi. Selanjutnya proses pemberian pelayanan ditingkatkan melalui peningkatan mutu dan profesionalisme sumber daya kesehatan sebagaimana diuraikan di atas. Sedangkan harapan masyarakat pengguna diselaraskan melalui peningkatan pendidikan umum, penyuluhan kesehatan, komunikasi yang baik antara pemberi pelayanan dan masyarakat.

4. Pengutamaan, Sumber Daya Pembiayaan, dan Pemberdayaan Masyarakat

Selama ini upaya kesehatan masih kurang mengutamakan/memprioritaskan pendekatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit, serta kurang didukung oleh sumber daya pembiayaan yang memadai. Disadari bahwa keterbatasan dana pemerintah dan masyarakat merupakan ancaman yang besar bagi kelangsungan program pemerintah serta ancaman terhadap pencapaian derajat kesehatan yang optimal.

Dengan demikian maka diperlukan upaya yang lebih intensif untuk meningkatkan sumber daya pembiayaan dari sektor publik yang diutamakan untuk kegiatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit. Sumber daya pembiayaan untuk upaya penyembuhan dan pemulihan perlu digali lebih banyak dari sumber-sumber yang ada di masyarakat dan diarahkan agar lebih rasional, dan lebih berhasil guna dan berdaya guna untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pengeluaran langsung masyarakat digunakan secara kurang efektif dan efisien sebagai akibat dari adanya informasi yang tidak sama antara pemberi pelayanan dan penerima pelayanan (pasien atau keluarganya).

Keadaan ini mendorong perlunya langkah strategis dalam menciptakan sistem pembiayaan yang bersifat pra-upaya yang sudah dikenal sebagai Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat.

Ketersediaan sumber daya yang terbatas, khususnya di sektor publik mengharuskan adanya upaya-upaya untuk meningkatkan peran serta sektor swasta khususnya dalam upaya yang bersifat penyembuhan dan pemulihan. Upaya tersebut dilakukan melalui pemberdayaan sektor swasta agar mandiri, peningkatan kemitraan yang setara dan saling menguntungkan antara sektor publik dan swasta sehingga sumber daya yang ada dapat dimanfaatkan secara optimal.

Hal lain yang sangat memerlukan penanganan adalah masalah pemberdayaan dan kemandirian masyarakat dalam upaya kesehatan yang masih belum seperti yang diharapkan. Kemitraan yang setara, terbuka dan saling menguntungkan bagi masing-masing mitra dalam upaya kesehatan menjadi suatu yang mutlak diperlukan untuk upaya pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat, penerapan kaidah hidup sehat dan promosi kesehatan.

Dasar-dasar, Visi dan Misi Pembangunan Kesehatan

Dasar-dasar, Visi dan Misi Pembangunan Kesehatan

Upaya besar bangsa Indonesia dalam meluruskan kembali arah pembangunan nasional yang telah dilaksanakan dalam tiga dasawarsa terakhir ini, menuntut reformasi total kebijakan pembangunan dalam segala bidang. Untuk bidang kesehatan, tuntutan reformasi total tersebut muncul karena masih adanya ketimpangan hasil pembangunan kesehatan antar daerah dan antar golongan, derajat kesehatan masyarakat yang masih tertinggal dibandingkan dengan negara-negara tetangga, dan kurangnya kemandirian dalam pembangunan kesehatan. Selain itu, reformasi kesehatan juga diperlukan mengingat adanya lima fenomena utama yang mempunyai pengaruh besar terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan. *Pertama*, perubahan-perubahan mendasar pada dinamika kependudukan yang mendorong lahirnya transisi demografis dan epidemiologis. *Kedua*, temuan-temuan substansial dalam ilmu dan teknologi kedokteran yang membuka cakrawala baru dalam memandang proses hidup, sehat, sakit dan mati. *Ketiga*, tantangan global sebagai akibat kebijakan perdagangan bebas, serta pesatnya revolusi dalam bidang informasi, telekomunikasi dan transportasi. *Keempat*, perubahan lingkungan yang

berpengaruh terhadap derajat dan upaya kesehatan. *Kelima*, demokratisasi disegala bidang yang menuntut pemberdayaan dan kemitraan dalam pembangunan kesehatan.

Untuk dapat meningkatkan daya tangkal dan daya juang pembangunan kesehatan yang merupakan modal utama pembangunan nasional, tinjauan kembali terhadap kebijakan pembangunan kesehatan telah merupakan keharusan. Perubahan pemahaman akan konsep sehat dan sakit serta makin kayanya khasanah ilmu pengetahuan dengan informasi tentang determinan penyebab penyakit yang multifaktorial, telah menggugurkan paradigma pembangunan kesehatan yang lebih mengutamakan pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif.

Penerapan paradigma pembangunan kesehatan baru, yaitu PARADIGMA SEHAT merupakan upaya untuk lebih meningkatkan kesehatan bangsa yang bersifat proaktif. Paradigma sehat tersebut merupakan model pembangunan kesehatan yang dalam jangka panjang mampu mendorong masyarakat untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri melalui kesadaran yang lebih tinggi pada

pentingnya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif.

Untuk mewujudkan PARADIGMA SEHAT sebagai paradigma pembangunan kesehatan yang baru, kajian yang seksama tentang dasar, visi, serta misi pembangunan kesehatan perlu segera dilakukan. Dasar, visi serta misi pembangunan kesehatan seyogyanya

tidak hanya mampu menghadapi kelima tantangan konvensional pembangunan kesehatan tersebut di atas, tetapi juga harus dapat mengantisipasi pelbagai perubahan yang terjadi di masa depan. Untuk terwujudnya INDONESIA SEHAT di masa depan, nilai dasar, visi, serta misi pembangunan kesehatan yang baru harus dapat dilaksanakan secara bertaat asas dan berkesinambungan.

Dasar-Dasar Pembangunan Kesehatan

Landasan idiil pembangunan nasional adalah Pancasila, sedangkan landasan konstitusional adalah Undang-undang Dasar 1945. Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Dalam Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan ditetapkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Sedangkan dalam konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia tahun 1948 disepakati antara lain bahwa diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya adalah suatu hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, politik yang dianut dan tingkat sosial ekonominya. Dasar-dasar pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah nilai kebenaran dan aturan pokok sebagai landasan untuk berfikir atau bertindak dalam pembangunan kesehatan. Dasar ini merupakan landasan dalam penyusunan visi, misi dan strategi serta sebagai petunjuk pokok pelaksanaan pembangunan kesehatan secara nasional yang meliputi:

1. Perikemanusiaan.

Setiap upaya kesehatan harus berlandaskan perikemanusiaan yang

dijwai, digerakkan dan dikendalikan oleh keimanan dan ketakwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa. Tenaga kesehatan perlu berbudi luhur dan memegang teguh etika profesi.

2. Pemberdayaan dan Kemandirian.

Setiap orang dan juga masyarakat bersama dengan pemerintah berperan, berkewajiban dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya. Setiap upaya kesehatan harus mampu membangkitkan dan mendorong peran serta masyarakat. Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan berlandaskan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri serta bersendikan kepribadian bangsa.

3. Adil dan Merata.

Dalam pembangunan kesehatan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, tanpa memandang perbedaan suku, golongan, agama, dan status sosial ekonominya.

4. Pengutamaan dan Manfaat

Penyelenggaraan upaya kesehatan yang bermutu dan mengikuti perkembangan IPTEK, harus lebih mengutamakan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Selain itu, upaya kesehatan harus dilaksanakan pula secara profesional, berhasil guna dan berdaya guna dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kondisi daerah.

Upaya kesehatan diarahkan agar memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat, serta dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab sesuai dengan ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Visi Pembangunan Kesehatan

Gambaran masyarakat Indonesia di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan negara yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia. Gambaran keadaan masyarakat Indonesia di masa depan atau Visi yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan tersebut dirumuskan sebagai:

INDONESIA SEHAT 2010

Dalam Indonesia sehat 2010, lingkungan yang diharapkan adalah yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat yaitu lingkungan yang bebas dari polusi, tersedianya air bersih, sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan permukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang saling tolong menolong dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.

Perilaku masyarakat Indonesia Sehat 2010 yang diharapkan adalah yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Selanjutnya kemampuan masyarakat yang diharapkan pada masa depan adalah yang mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu tanpa adanya hambatan, baik yang bersifat ekonomi maupun non ekonomi. Pelayanan kesehatan bermutu yang dimaksudkan disini adalah pelayanan kesehatan yang memuaskan pemakai jasa pelayanan serta yang diselenggarakan sesuai dengan standar dan etika pelayanan profesi. Diharapkan dengan terwujudnya lingkungan dan perilaku hidup sehat serta meningkatnya kemampuan masyarakat tersebut di atas, derajat kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat dapat ditingkatkan secara optimal.

Misi Pembangunan Kesehatan

Untuk dapat mewujudkan visi INDONESIA SEHAT 2010, ditetapkan empat misi pembangunan kesehatan sebagai berikut :

1. Menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan

Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi oleh hasil kerja keras serta kontribusi positif pelbagai sektor pembangunan lainnya. Untuk optimalisasi hasil serta kontribusi positif tersebut, harus dapat diupayakan masuknya wawasan kesehatan sebagai asas pokok program pembangunan nasional. Dengan perkataan lain untuk dapat terwujudnya INDONESIA SEHAT 2010, para penanggungjawab program pembangunan harus memasukkan pertimbangan-pertimbangan kesehatan dalam semua kebijakan pembangunannya. Program pembangunan yang tidak berkontribusi positif terhadap kesehatan, apalagi yang berdampak negatif terhadap kesehatan seyogyanya tidak diselenggarakan. Untuk dapat terlaksananya pembangunan nasional

yang berkontribusi positif terhadap kesehatan seperti dimaksud diatas, maka seluruh elemen dari Sistem Kesehatan Nasional harus berperan sebagai penggerak utama pembangunan nasional berwawasan kesehatan.

2. Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat

Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Apapun peran yang dimainkan oleh pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan mereka, hanya sedikit yang akan dapat dicapai. Perilaku sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, salah satu upaya kesehatan pokok atau misi sektor kesehatan adalah mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.

3. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau

Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau mengandung makna bahwa salah satu tanggungjawab sektor kesehatan adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh masyarakat. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak semata-mata berada di tangan pemerintah, melainkan mengikutsertakan sebesar besarnya peran serta aktif segenap anggota masyarakat dan pelbagai potensi swasta.

4. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya

Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan

masyarakat beserta lingkungannya mengandung makna bahwa tugas utama sektor kesehatan adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan segenap warga negaranya, yakni setiap individu, keluarga dan masyarakat Indonesia, tanpa meninggalkan upaya penyembuhan penyakit dan atau pemulihan kesehatan. Untuk terselenggaranya tugas ini penyelenggaraan upaya kesehatan yang harus diutamakan adalah yang bersifat promotif dan preventif yang didukung oleh upaya kuratif dan atau rehabilitatif. Agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat diperlukan pula terciptanya lingkungan yang sehat, dan oleh karena itu tugas-tugas penyehatan lingkungan harus pula lebih diprioritaskan.

**Arah, Tujuan, Sasaran, Kebijakan
serta Strategi Pembangunan Kesehatan**

perpustakaan.kemkes.go.id

Arah Pembangunan Kesehatan

Arah pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 sesuai dengan arah pembangunan nasional selama ini yakni:

1. Pembangunan kesehatan adalah bagian integral dari pembangunan nasional. Konsep pembangunan nasional harus berwawasan kesehatan, yaitu yang telah memperhitungkan dengan seksama berbagai dampak positif maupun negatif setiap kegiatan terhadap kesehatan masyarakat. Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia yang sehat, cerdas dan produktif, serta mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat dengan komitmen yang tinggi terhadap kemanusiaan dan etika, dan dilaksanakan dengan semangat pemberdayaan dan kemitraan yang tinggi. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan memberikan prioritas kepada upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit di samping penyembuhan dan pemulihan kesehatan.
2. Pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah maupun masyarakat harus diselenggarakan secara bermutu, adil dan merata dengan memberikan perhatian khusus kepada penduduk miskin, anak-anak, dan para lanjut usia yang terlantar, baik di perkotaan maupun di pedesaan. Prioritas diberikan pula kepada daerah terpencil, pemukiman baru, wilayah perbatasan dan daerah kantong-kantong keluarga miskin.
3. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan strategi pembangunan nasional berwawasan kesehatan, profesionalisme, desentralisasi dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dengan memperhatikan berbagai tantangan yang ada saat ini dan di masa depan antara lain krisis ekonomi, perubahan dinamika kependudukan, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta globalisasi dan demokratisasi.
4. Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan masyarakat dilaksanakan melalui program peningkatan perilaku hidup sehat, pemeliharaan lingkungan sehat, pelayanan kesehatan masyarakat yang berhasil dan berdaya guna, serta didukung oleh sistem pengamatan, informasi, dan manajemen yang handal.

Peningkatan dan penyempurnaan peraturan perundang-undangan perlu dilakukan untuk menunjang pembangunan kesehatan dan memberikan perlindungan hukum kepada masyarakat serta kepada pelaku kesehatan.

5. Pengadaan dan peningkatan prasarana dan sarana kesehatan terus dilanjutkan. Penelitian dan pengembangan kesehatan perlu terus ditingkatkan untuk mendukung peningkatan kualitas upaya kesehatan. Pengadaan obat dan alat kesehatan yang aman dan terjangkau oleh masyarakat ditingkatkan melalui pengembangan industri farmasi dan alat kesehatan yang makin maju didukung oleh industri bahan baku obat yang handal dan pengembangan Obat Asli Indonesia. Pembiayaan kesehatan ditingkatkan, baik yang bersumber dari pemerintah maupun masyarakat yang dikelola secara berhasil guna dan berdaya guna serta dapat dipertanggung jawabkan.
6. Untuk menunjang seluruh upaya

pembangunan kesehatan diperlukan tenaga yang mempunyai sikap nasional, etis dan profesional, juga memiliki semangat pengabdian yang tinggi kepada bangsa dan negara, berdisiplin, kreatif, berilmu dan terampil, berbudi luhur dan dapat memegang teguh etika profesi. Tenaga kesehatan dan tenaga penunjang ditingkatkan kualitas, kemampuan serta persebarannya agar merata dan dapat mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan di setiap tingkatan khususnya dalam mendukung pelaksanaan otonomi di kabupaten/kota.

Tujuan Pembangunan Kesehatan

Tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh

penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Republik Indonesia.

Sasaran Pembangunan Kesehatan

Sasaran pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010 adalah :

1. Kerja sama lintas sektoral

Meningkatnya secara bermakna kerja sama lintas sektor dalam pembangunan kesehatan, kontribusi positif sektor lain terhadap kesehatan, upaya penanggulangan dampak negatif pembangunan terhadap kesehatan, serta membaiknya perilaku dan lingkungan hidup yang kondusif bagi terwujudnya masyarakat sehat.

2. Kemandirian masyarakat dan kemitraan swasta

Meningkatnya secara bermakna kemampuan masyarakat untuk memelihara dan memperbaiki keadaan kesehatannya, serta menjangkau pelayanan kesehatan yang layak sesuai dengan kebutuhan. Meningkatnya secara bermakna upaya kesehatan yang bersumber daya swasta serta jumlah anggota masyarakat yang memanfaatkan upaya kesehatan swasta.

3. Perilaku hidup sehat

Meningkatnya secara bermakna jumlah Ibu hamil yang memeriksakan

diri dan melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan, jumlah bayi yang memperoleh imunisasi lengkap, jumlah bayi yang memperoleh ASI eksklusif, jumlah anak Balita yang ditimbang setiap bulan, jumlah PUS peserta KB, jumlah penduduk dengan makanan dengan gizi seimbang, jumlah penduduk buang air besar di jamban saniter, jumlah penduduk yang memperoleh air bersih, jumlah permukiman bebas vektor dan rodent, jumlah rumah yang memenuhi syarat kesehatan, jumlah penduduk berolah raga dan istirahat teratur, jumlah keluarga dengan komunikasi internal dan eksternal, jumlah keluarga yang menjalankan ajaran agama dengan baik, jumlah penduduk yang tidak merokok dan tidak meminum minuman keras/obat zat adiktif, jumlah penduduk yang tidak berhubungan seks diluar nikah serta jumlah penduduk yang menjadi peserta JPKM.

4. Lingkungan Sehat

Meningkatnya secara bermakna jumlah wilayah/kawasan sehat, tempat tempat umum sehat, tempat pariwisata sehat, tempat kerja sehat, rumah dan bangunan sehat, sarana

sanitasi, sarana air minum, sarana pembuangan limbah, lingkungan sosial termasuk pergaulan sehat dan keamanan lingkungan, serta berbagai standar dan peraturan perundang-undangan yang mendukung terwujudnya lingkungan sehat.

5. Upaya Kesehatan

Meningkatnya secara bermakna jumlah sarana kesehatan yang bermutu, jangkauan dan cakupan pelayanan kesehatan, penggunaan obat generik dalam pelayanan kesehatan, penggunaan obat secara rasional, pemanfaatan pelayanan promotif dan preventif, biaya kesehatan yang dikelola secara efisien, dan ketersediaan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan.

6. Manajemen Pembangunan Kesehatan

Meningkatnya secara bermakna sistim informasi pembangunan kesehatan, kemampuan daerah dalam pelaksanaan desentralisasi pembangunan kesehatan, kepemimpinan dan manajemen kesehatan, serta peraturan perundang-undangan yang mendukung pembangunan kesehatan.

7. Derajat Kesehatan

Meningkatnya secara bermakna umur harapan hidup, menurunnya angka kematian bayi dan ibu, menurunnya angka kesakitan beberapa penyakit penting, menurunnya angka kecacatan dan ketergantungan, meningkatnya status gizi masyarakat, dan menurunnya angka fertilitas.

Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan menuju terciptanya Indonesia Sehat 2010, maka kebijakan umum pembangunan kesehatan adalah :

1. Pemantapan Kerjasama lintas sektor

Untuk mengoptimalkan hasil pembangunan berwawasan kesehatan, maka kerja sama lintas sektor merupakan hal yang utama, dan karena itu perlu digalang serta lebih dimantapkan secara seksama. Sosialisasi masalah - masalah kesehatan kepada sektor lain perlu dilakukan secara intensif dan berkala. Kerja sama lintas sektor harus mencakup tahap perencanaan, pelaksanaan dan penilaian.

2. Peningkatan Perilaku, Kemandirian masyarakat dan kemitraan swasta

Perilaku hidup sehat masyarakat sejak usia dini perlu ditingkatkan melalui berbagai kegiatan penyuluhan dan pendidikan kesehatan agar menjadi bagian dari norma hidup dan budaya masyarakat dalam rangka meningkatkan kesadaran dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan terutama

melalui penerapan konsep Pembangunan Kesehatan Masyarakat tetap didorong dan bahkan dikembangkan untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan kesehatan serta kesinambungan upaya kesehatan.

Kemitraan swasta lebih dikembangkan dengan memberikan kemudahan dalam membangun terutama pelayanan kesehatan rujukan rumah sakit dan pelayanan medik lainnya, dengan memperhatikan efisiensi keseluruhan sistem pelayanan kesehatan. Kemitraan swasta juga ditingkatkan dalam pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan.

Peran organisasi profesi sebagai bagian organisasi masyarakat ditingkatkan terutama yang menyangkut penyusunan dan pemantauan standar dan kode etik profesi dalam pelayanan kesehatan. Organisasi profesi didorong untuk berperan aktif mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, membantu pemerintah dalam perumusan kebijakan dan pengelolaan serta pemantauan pelaksanaan pembangunan kesehatan dan berfungsi pula memberikan

masukan untuk mengembangkan sumber daya manusia kesehatan.

3. **Peningkatan kesehatan lingkungan**
Kesehatan lingkungan permukiman, tempat kerja, dan tempat-tempat umum serta tempat-tempat pariwisata ditingkatkan melalui penyediaan serta pengawasan mutu air yang memenuhi persyaratan terutama perpipaan, penertiban tempat pembuangan sampah, penyediaan sarana pembuangan limbah serta berbagai sarana sanitasi lingkungan lainnya sehingga penduduk dapat hidup sehat dan produktif serta terhindar dari penyakit-penyakit yang membahayakan yang ditularkan melalui atau disebabkan oleh lingkungan yang tidak sehat.

Kualitas air, udara dan tanah ditingkatkan untuk menjamin hidup sehat dan produktif sehingga masyarakat terhindar dari keadaan yang dapat menimbulkan bahaya kesehatan. Untuk itu diperlukan peningkatan dan perbaikan berbagai peraturan perundang-undangan, pendidikan lingkungan sehat sejak dari usia muda, serta pembakuan mutu lingkungan.

Pengendalian atas penyebab (agent), pembawa (vector) serta sumber (reservoir) penyakit perlu dilakukan

untuk terciptanya lingkungan yang sehat bagi segenap penduduk. Perhatian khusus diberikan pula kepada gangguan lingkungan akibat penggunaan teknologi dan bahan bahan berbahaya, eksplorasi sumber daya alam yang berlebihan, serta yang disebabkan oleh bencana, baik oleh alam maupun ulah manusia.

Dampak global perubahan cuaca perlu diwaspadai terutama yang terkait dengan timbulnya berbagai gangguan kesehatan, disamping dampak negatif kelangkaan bahan pangan yang berpengaruh terhadap gizi penduduk.

4. Peningkatan Upaya Kesehatan

Dalam rangka mempertahankan status kesehatan masyarakat selama krisis ekonomi, upaya kesehatan diprioritaskan untuk mengatasi dampak krisis disamping tetap mempertahankan peningkatan pembangunan kesehatan. Perhatian khusus dalam mengatasi dampak krisis diberikan kepada kelompok berisiko dari keluarga-keluarga miskin agar derajat kesehatannya tidak memburuk dan tetap hidup produktif. Pemerintah bertanggung jawab terhadap biaya pelayanan kesehatan untuk penduduk miskin.

Setelah melewati masa krisis ekonomi, status kesehatan

masyarakat diusahakan ditingkatkan melalui pencegahan dan pengurangan morbiditas, mortalitas dan kecacatan, terutama pada bayi, anak balita dan wanita hamil, melahirkan dan masa nifas, melalui upaya peningkatan (promosi) hidup sehat, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular serta pengobatan penyakit dan rehabilitasi. Prioritas utama diberikan kepada penanggulangan penyakit menular dan wabah yang cenderung meningkat

Perhatian yang lebih besar diberikan kepada upaya untuk mewujudkan produktivitas kerja yang tinggi, melalui berbagai upaya pelayanan kesehatan kerja termasuk perbaikan gizi dan kebugaran jasmani tenaga kerja serta upaya kesehatan lain yang menyangkut kesehatan lingkungan kerja dan lingkungan permukiman, terutama bagi penduduk yang tinggal di daerah kumuh.

Peningkatan upaya kesehatan dilakukan dengan menggalang kemitraan sektor swasta dan potensi masyarakat. Peningkatan upaya kesehatan sektor pemerintah lebih diutamakan pada pelayanan kesehatan yang berdampak luas terhadap kesehatan masyarakat. Sedangkan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan

penyakit terutama dipercayakan kepada swasta.

Pelayanan kesehatan dasar yang diselenggarakan melalui puskesmas, puskesmas pembantu, bidan di desa, dan upaya pelayanan kesehatan swasta ditingkatkan pemerataan dan mutunya. Peningkatan yang sama ditujukan pula untuk pelayanan kesehatan rujukan yang diselenggarakan oleh rumah sakit milik pemerintah maupun milik swasta.

Peningkatan pemerataan dilakukan melalui penempatan bidan di desa, pengembangan puskesmas yang sudah ada dan membangun puskesmas pembantu lengkap dengan sarannya. Peningkatan kualitas pelayanan dilakukan melalui pelaksanaan jaminan mutu oleh puskesmas dan rumah sakit.

5. Peningkatan Sumber Daya Kesehatan

Pengembangan tenaga kesehatan harus menunjang seluruh upaya pembangunan kesehatan dan diarahkan untuk menciptakan tenaga kesehatan yang ahli dan trampil sesuai pengembangan ilmu dan teknologi, beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, serta berpegang teguh pada pengabdian kepada bangsa dan negara dan etika profesi. Pengembangan tenaga

kesehatan bertujuan untuk meningkatkan pemberdayaan atau daya guna tenaga dan penyediaan jumlah serta mutu tenaga kesehatan dari masyarakat dan pemerintah yang mampu melaksanakan pembangunan kesehatan.

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dikembangkan terus untuk menjamin terselenggaranya pemeliharaan kesehatan yang lebih merata dan bermutu dengan harga yang terkendali. JPKM diselenggarakan sebagai upaya bersama antara masyarakat, swasta dan pemerintah untuk memenuhi kebutuhan biaya pelayanan kesehatan yang terus meningkat. Tarif pelayanan kesehatan perlu disesuaikan atas dasar nilai jasa dan barang yang diterima oleh anggota masyarakat yang memperoleh pelayanan. Masyarakat yang tidak mampu akan dibantu melalui sistem JPKM yang disubsidi oleh pemerintah. Bersamaan dengan itu dikembangkan pula asuransi kesehatan sebagai pelengkap/pendamping JPKM. Pengembangan asuransi kesehatan berada di bawah pembinaan pemerintah dan asosiasi perasuransian. Di samping itu, secara bertahap puskesmas dan rumah sakit milik pemerintah akan dikelola secara swadana.

Dalam upaya meningkatkan perbekalan kesehatan, pengadaan dan produksi bahan baku obat yang secara ekonomis menguntungkan terus ditingkatkan. Pengadaan, produksi dan distribusi obat jadi ditingkatkan efisiensi dan mutunya sehingga masyarakat dapat memperoleh obat yang bermutu dengan harga yang terjangkau. Pemakaian obat yang rasional terutama dengan menggunakan obat generik lebih digalakkan melalui upaya promosi dan penyuluhan bagi tenaga kesehatan dan masyarakat umum. Obat-obatan tradisional yang bermanfaat bagi kesehatan akan dimanfaatkan secara terintegrasi dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Disamping itu, pembudidayaan dan pemanfaatannya di masyarakat sendiri akan dikembangkan terus melalui pembinaan oleh pemerintah maupun asosiasi profesi.

Pembinaan kualitas makanan dan minuman yang dipasarkan dan dikonsumsi oleh masyarakat ditingkatkan untuk melindungi masyarakat dari bahan dan organisme yang membahayakan kesehatan.

6. Peningkatan Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan

Kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan perlu makin ditingkatkan terutama melalui peningkatan secara strategis kerja sama antara sektor kesehatan dan sektor lain yang terkait, dan antara berbagai program kesehatan serta antara para pelaku dalam pembangunan kesehatan sendiri.

Manajemen upaya kesehatan yang terdiri dari perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pengendalian dan penilaian diselenggarakan secara sistematis untuk menjamin upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh. Manajemen tersebut didukung oleh sistem informasi yang handal guna menghasilkan pengambilan keputusan yang benar dan cara kerja yang efisien. Sistem informasi tersebut dikembangkan secara komprehensif di berbagai tingkat administrasi kesehatan sebagai bagian dari pengembangan administrasi modern. Organisasi Departemen Kesehatan perlu disesuaikan kembali dengan fungsi-fungsi: regulasi, perencanaan nasional, pembinaan dan pengawasan. Desentralisasi atas dasar prinsip otonomi yang nyata, dinamis, serasi dan bertanggung

jawab dipercepat melalui pelimpahan tanggung jawab pengelolaan upaya kesehatan kepada Daerah. Dinas Kesehatan ditingkatkan terus kemampuan manajemennya sehingga dapat melaksanakan perencanaan dan pembiayaan pelaksanaan upaya kesehatan secara lebih bertanggung jawab. Peningkatan kemampuan manajemen tersebut dilakukan melalui rangkaian pendidikan dan pelatihan yang sesuai dengan pembangunan kesehatan yang ada.

Upaya tersebut di atas perlu didukung oleh tersedianya pembiayaan kesehatan yang memadai. Untuk itu perlu diupayakan peningkatan pendanaan kesehatan baik yang berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional maupun dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah. Sumber pendapatan untuk pembangunan kesehatan dapat digali dari pengenaan pajak atas barang konsumen yang merugikan kesehatan seperti cukai rokok dan tembakau, dan pajak atas minuman keras. Sejalan dengan itu, semua pendapatan oleh institusi kesehatan pemerintah dikembalikan sepenuhnya untuk membiayai pelayanan kesehatan dan upaya peningkatan mutu pelayanan.

7. Peningkatan perlindungan kesehatan masyarakat terhadap penggunaan sediaan farmasi, makanan dan alat kesehatan yang tidak absah/ilegal.

Peningkatan perlindungan kesehatan masyarakat terhadap penggunaan sediaan farmasi, makanan dan alat kesehatan yang tidak absah/ilegal dilaksanakan melalui pencegahan beredarnya produk yang tidak memenuhi persyaratan mutu, khasiat/ manfaat dan keamanan dan memperluas jangkauan pengawasannya. Disamping persyaratan mutu dan keamanannya, klaim iklan dan promosi suatu produk perlu dijamin kebenarannya sesuai dengan data-data ilmiah yang mendukungnya. Kepedulian masyarakat terhadap risiko penggunaan sediaan farmasi, makanan dan alat kesehatan juga tidak kalah pentingnya untuk ditingkatkan melalui berbagai kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi. Demikian pula penggunaan obat secara rasional oleh kalangan profesi perlu lebih digalakkan melalui upaya yang lebih nyata.

Peningkatan perlindungan masyarakat terhadap bahaya penyalahgunaan dan kesalahgunaan obat, narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya lainnya perlu dimantapkan melalui pengendalian produksi, distribusi dan penggunaan

yang ketat. Risiko timbulnya keracunan karena penggunaan produk yang mengandung bahan berbahaya perlu dicegah sedini mungkin melalui intensifikasi penyebaran informasi.

Untuk mendayagunakan potensi obat asli Indonesia perlu dikembangkan dan dilakukan berbagai upaya mulai dari hulu sampai ke hilir secara terpadu dan sistematis, dan bekerja sama dengan sektor lain yang terkait. Selain itu citra obat asli Indonesia perlu ditingkatkan utamanya di dalam negeri melalui pemanfaatan yang luas untuk pengobatan sendiri oleh masyarakat dan dalam pelayanan kesehatan formal.

Pemerataan dan ketersediaan obat yang terjangkau dan secara nasional tetap merupakan prioritas perlu dilaksanakan secara konsisten melalui penerapan konsepsi obat esensial. Demikian pula pemanfaatan obat generik perlu lebih ditingkatkan.

8. Peningkatan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan

Penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan akan terus dikembangkan secara terarah dan bertahap dalam rangka menunjang upaya kesehatan, utamanya untuk mendukung perumusan kebijaksanaan, membantu memecahkan

masalah kesehatan dan mengatasi kendala di dalam pelaksanaan program kesehatan. Penelitian dan pengembangan kesehatan akan terus dikembangkan melalui jaringan kemitraan dan didesentralisasikan sehingga menjadi bagian penting dari pembangunan kesehatan daerah.

Pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi didorong untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, gizi, pendayagunaan obat dan pengembangan obat asli Indonesia, pemberantasan penyakit dan perbaikan lingkungan. Penelitian yang berkaitan dengan ekonomi kesehatan dikembangkan untuk mengoptimalkan pemanfaatan pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan swasta, serta meningkatkan kontribusi pemerintah dalam pembiayaan kesehatan yang masih terbatas. Penelitian bidang sosial budaya dan perilaku hidup sehat dilakukan untuk mengembangkan gaya hidup sehat dan mengurangi masalah kesehatan masyarakat yang ada.

Strategi Pembangunan Kesehatan

Strategi pembangunan kesehatan untuk mewujudkan Indonesia Sehat 2010 adalah :

1. Pembangunan Nasional Berwawasan Kesehatan.

Semua kebijakan pembangunan nasional yang sedang dan atau akan diselenggarakan harus memiliki wawasan kesehatan. Artinya program pembangunan nasional tersebut harus memberikan kontribusi yang positif terhadap kesehatan, setidaknya terhadap dua hal. Pertama, terhadap pembentukan lingkungan sehat. Kedua, terhadap pembentukan perilaku sehat. Adalah amat diharapkan setiap program pembangunan nasional yang diselenggarakan di Indonesia dapat memberikan kontribusi yang positif terhadap terbentuknya lingkungan dan perilaku sehat tersebut.

Sedangkan secara mikro, semua kebijakan pembangunan kesehatan yang sedang dan atau akan diselenggarakan harus dapat makin mendorong meningkatnya derajat kesehatan seluruh anggota masyarakat. Jika diketahui pemeliharaan dan peningkatan kesehatan tersebut akan lebih efektif

dan efisien jika dilaksanakan melalui upaya promotif dan preventif, bukan upaya kuratif dan rehabilitatif, maka seyogyanya kedua pelayanan yang pertama tersebut dapat lebih diutamakan.

Untuk terselenggaranya pembangunan berwawasan kesehatan perlu dilaksanakan kegiatan sosialisasi, orientasi, kampanye dan pelatihan sehingga semua pihak yang terkait (stakeholders) memahami dan mampu melaksanakan pembangunan nasional berwawasan kesehatan. Selain itu, perlu pula dilakukan kegiatan penjabaran lebih lanjut dari konsep tersebut sehingga benar benar menjadi operasional serta terukur segala pencapaian dan dampak yang dihasilkannya.

2. Profesionalisme

Profesionalisme dilaksanakan melalui penerapan kemajuan ilmu dan teknologi, serta melalui penerapan nilai-nilai moral dan etika.

Untuk terselenggaranya pelayanan yang bermutu, perlu didukung oleh penerapan pelbagai kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran. Untuk terwujudnya pelayanan kesehatan

yang seperti ini, jelaslah pengembangan sumber daya manusia kesehatan dipandang mempunyai peranan yang amat penting. Pelayanan kesehatan profesional tidak akan terwujud apabila tidak didukung oleh tenaga pelaksana, yakni sumber daya manusia kesehatan yang mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi.

Lebih dari itu, untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, perlu pula didukung oleh penerapan nilai-nilai moral dan etika profesi yang tinggi. Untuk terwujudnya pelayanan kesehatan yang seperti ini, semua tenaga kesehatan dituntut untuk selalu menjunjung tinggi sumpah dan kode etik profesi. Pelaksanaan perilaku yang dituntut dari tenaga kesehatan seperti diatas perlu dipantau secara berkala melalui kerjasama dengan pelbagai organisasi profesi.

Untuk terselenggaranya strategi profesionalisme akan dilaksanakan penentuan standar kompetensi bagi tenaga kesehatan, pelatihan berdasarkan kompetensi, akreditasi dan legislasi tenaga kesehatan, serta kegiatan peningkatan kualitas lainnya.

3. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat

Untuk memantapkan kemandirian masyarakat dalam pola hidup sehat, perlu digalang peranserta masyarakat yang seluas-luasnya, termasuk peran serta dalam pembiayaan. JPKM yang pada dasarnya merupakan penataan sub sistem pembiayaan kesehatan dalam bentuk mobilisasi sumber dana masyarakat, adalah wujud nyata dari peranserta masyarakat tersebut, yang apabila berhasil dilaksanakan akan mempunyai peranan yang besar pula dalam turut mempercepat pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan.

Dalam konteks penataan sub sistem pelayanan kesehatan, strategi JPKM akan lebih mengutamakan pelayanan promotif dan preventif, yang apabila berhasil dilaksanakan, dinilai lebih efektif dan efisien dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan di samping berpengaruh positif pula dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan .

Untuk terselenggaranya strategi tersebut akan dilaksanakan sosialisasi, orientasi, kampanye dan pelatihan untuk semua pihak yang terkait sehingga mereka memahami konsep dan program JPKM. Selain itu, akan dikembangkan pula peraturan

perundang-undangan, pelatihan Badan Pelaksana JPKM, dan pengembangan unit pembina JPKM agar strategi JPKM dapat terlaksana dengan baik.

4. Desentralisasi

Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan pelbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik masing-masing daerah.

Desentralisasi yang inti pokoknya adalah pendelegasian wewenang yang lebih besar kepada pemerintah daerah untuk mengatur sistem pemerintahan dan rumah tangga sendiri memang dipandang lebih sesuai untuk pengelolaan pelbagai pembangunan nasional pada masa mendatang.

Tentu saja untuk keberhasilan desentralisasi ini berbagai persiapan perlu dilakukan, termasuk yang terpenting adalah persiapan perangkat organisasi serta sumber daya manusianya.

Untuk terselenggaranya desentralisasi akan dilakukan kegiatan analisa dan penentuan peran pemerintah pusat dan daerah dalam bidang kesehatan, penentuan kegiatan upaya kesehatan yang wajib dilaksanakan oleh daerah, analisa kemampuan daerah, pengembangan sumber daya manusia daerah, pelatihan, penempatan kembali tenaga dan lain lain kegiatan sehingga strategi desentralisasi dapat terlaksana secara nyata.

Program Pembangunan Kesehatan

perpustakaan.kemkes.go.id

Pokok Program Pembangunan Kesehatan

Sesuai dengan keadaan, masalah dan kecenderungan yang dihadapi serta memperhatikan arah, tujuan dan sasaran serta kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan yang telah ditetapkan yang pada dasarnya lebih mengutamakan upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan serta memperhatikan pula ketersediaan sumber daya kesehatan di masa depan, maka program-program pembangunan kesehatan dikelompokkan dalam pokok-pokok program yang pelaksanaannya dilakukan secara terpadu dengan pembangunan sektor lain yang terkait serta dengan dukungan masyarakat.

Pokok-pokok program pembangunan kesehatan tersebut adalah :

1. Pokok Program Perilaku Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat

Pokok program ini bertujuan untuk memberdayakan individu dan masyarakat dalam bidang kesehatan melalui peningkatan pengetahuan, sikap positif, perilaku dan peran aktif individu, keluarga dan masyarakat sesuai dengan sosial budaya setempat untuk memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya sendiri dan lingkungannya menuju masyarakat yang sehat, mandiri, dan produktif.

Sasaran program pokok ini adalah terciptanya keberdayaan individu dan masyarakat dalam bidang kesehatan yang ditandai oleh peningkatan perilaku hidup sehat dan peran aktif dalam memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatan diri dan lingkungan sesuai dengan sosial budaya setempat.

Adapun fokus program dalam rangka perubahan perilaku hidup sehat dan pemberdayaan masyarakat ialah Kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga sadar Gizi, Anti Tembakau, Alkohol dan Madat, Pencegahan Kecelakaan dan Rudapaksa, Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Kesehatan Jiwa, Kesehatan Lingkungan, Gaya Hidup termasuk Olah Raga dan Kebugaran Jasmani .

Program-program yang tercakup dalam Pokok Program Perilaku, Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat antara lain adalah sebagai berikut :

1.1. Program Peningkatan Perilaku Sehat

Program ini bertujuan untuk meningkatkan jumlah ibu, keluarga, murid, sekolah, pekerja, tempat kerja, pengguna tempat-tempat umum, institusi kesehatan, masyarakat pengguna dan petugas institusi kesehatan, anggota

masyarakat, dan institusi masyarakat yang mempraktekkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Sasaran yang akan dicapai adalah meningkatnya perilaku hidup bersih dan sehat sesuai dengan kelompok sasaran dan sosial budaya di tatanan rumah tangga, di tatanan sekolah, di tatanan tempat kerja, di tatanan tempat-tempat umum (tempat ibadah, taman rekreasi dan hobby, pasar, terminal, pelabuhan, bandara, tempat hiburan, rumah makan/restoran/pujasera dan sebagainya), di tatanan institusi kesehatan, di tatanan masyarakat umum.

Kegiatan yang akan dilaksanakan adalah:

- (1) pengkajian perilaku sehat dan sosial budaya di tatanan rumah tangga, sekolah, tempat kerja, tempat-tempat umum, institusi kesehatan, dan masyarakat umum,
- (2) pengembangan strategi dan intervensi di tatanan rumah tangga, sekolah, tempat kerja, tempat-tempat umum, institusi kesehatan, dan masyarakat umum,
- (3) pengembangan media KIE untuk berbagai tatanan (rumah tangga, sekolah, tempat-tempat umum, tempat kerja, institusi kesehatan, dan masyarakat umum)
- (4) pengembangan teknologi KIE tepat guna yang sesuai dengan sasaran di berbagai tatanan
- (5) pengembangan jalinan kemitraan

dengan program, sektor, LSM dan organisasi terkait untuk mendapatkan dukungan bagi pelaksanaan program perilaku hidup bersih dan sehat di berbagai tatanan, dan

- (6) pengembangan metode, perangkat pemeliharaan dan pemantauan serta indikator keberhasilan.

1.2. Program Anti Tembakau, Alkohol dan Madat

Program ini bertujuan untuk merubah perilaku dan memberdayakan masyarakat dalam rangka mengurangi angka kematian dan kesakitan yang disebabkan oleh penyakit-penyakit karena merokok, alkohol dan madat. Adapun tujuan khususnya adalah :

- (a) menurunkan penyalahgunaan alkohol, obat terlarang/ narkotika;
- (b) meningkatkan kesadaran akan bahaya dan efek dari rokok, alkohol dan narkotika, terutama di kalangan remaja usia sekolah, wanita hamil dan kelompok-kelompok pengguna obat/narkotika;
- (c) meningkatkan akses konsultasi bagi para penderita/pekerja untuk mendapatkan bimbingan dalam mengatasi masalah penyalahgunaan obat/narkotika; dan
- (d) mengembangkan kebijakan untuk mengatasi penyalahgunaan obat/narkotika dan meningkatkan keterlibatan penyedia pelayanan

dasar dalam membantu mengatasi masalah obat/narkotika.

Sasaran program ini adalah :

- 1). turunny angka kematian yang disebabkan oleh penyakit-penyakit karena merokok, alkohol dan madat
- 2). turunny prevalensi perokok, penyalahguna obat/narkotika,
- 3). meningkatnya kesadaran tentang bahaya merokok dan efek samping dari obat terlarang/narkotika, terutama di kalangan remaja usia sekolah, wanita hamil, dan kelompok-kelompok pengguna obat/narkotika;
- 4). meningkatnya lingkungan bebas rokok di lingkungan sekolah, tempat kerja, dan tempat umum;
- 5). meningkatnya akses konsultasi bagi para penderita/pekerja untuk mendapatkan bimbingan dalam mengatasi masalah penyalahgunaan obat/narkotika; dan
- 6). terciptanya kebijakan untuk mengatasi penyalahgunaan obat/narkotika dan meningkatkan keterlibatan penyedia pelayanan dalam membantu mengatasi masalah penyalahgunaan obat/narkotika.

Kegiatan dari program ini adalah :

- 1) melakukan penyuluhan pentingnya kesadaran tentang bahaya merokok dan efek samping obat terlarang/narkotika, lingkungan bebas rokok di lingkungan sekolah, tempat kerja

dan tempat umum; 2) menyediakan pelayanan konsultasi bagi para penderita/pekerja untuk mendapatkan bimbingan dalam mengatasi masalah penyalahgunaan obat/narkotika, serta pelayanan berhenti merokok; dan

- 3) merumuskan kebijakan/peraturan untuk mengatasi penyalahgunaan obat/narkotika dan meningkatkan keterlibatan penyedia pelayanan dasar dalam membantu mengatasi masalah obat/narkotika.

1.3. Program Pencegahan Kecelakaan dan Rudapaksa

Program ini bertujuan untuk merubah perilaku dan memberdayakan masyarakat dalam rangka mencegah terjadinya kecelakaan dan rudapaksa di rumah, jalan raya, sekolah, tempat kerja, dan tempat-tempat umum, serta mengembangkan kebijakan/peraturan dalam pencegahan terjadinya kecelakaan dan rudapaksa.

Sasaran yang akan dicapai melalui program ini adalah menurunkan angka kematian dan kecacatan karena kecelakaan dan rudapaksa serta mencegah terjadinya kecelakaan dan rudapaksa di rumah, jalan raya, sekolah, tempat kerja dan tempat-tempat umum; mengembangkan kebijakan/peraturan dalam pencegahan terjadinya kecelakaan dan rudapaksa.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) mengembangkan kebijakan dan peraturan dalam pencegahan terjadinya kecelakaan dan rudapaksa;
- (2) menemukan dan mengobati penderita akibat kecelakaan dan rudapaksa;
- (3) mencegah faktor-faktor risiko serta penanganan kecelakaan dan rudapaksa; dan
- (4) meningkatkan kesadaran dan kemampuan masyarakat dalam mencegah terjadinya kecelakaan dan rudapaksa.

1.4. Program Pembinaan Kesehatan Jiwa Masyarakat

Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesehatan jiwa masyarakat dengan menurunkan prevalensi dan mengurangi dampak gangguan kejiwaan sehingga tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat.

Sasaran yang akan dicapai adalah :

- (1) meningkatnya kesehatan jiwa masyarakat, khususnya para remaja dan penduduk usia produktif;
- (2) terbinanya pemberdayaan masyarakat melalui organisasi masyarakat lokal dalam pemeliharaan kesehatan jiwa dan penanggulangan dampak gangguan kejiwaan di masyarakat.

Kegiatan program ini adalah :

- (1) perumusan kebijakan peningkatan upaya kesehatan jiwa masyarakat yang mendorong dan memantapkan desentralisasi;
- (2) pengembangan peran serta masyarakat dan organisasi sosial dalam upaya kesehatan jiwa masyarakat;
- (3) pengembangan dan pemantapan pelayanan kesehatan jiwa dari dan ke fasilitas kesehatan umum di masyarakat, puskesmas dan rumah sakit termasuk pelayanan liaison psikiatry;
- (4) pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan bidang pelayanan kesehatan jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan umum, puskesmas dan rumah sakit;
- (5) penyusunan dan penerapan peraturan, standar, pedoman pelayanan kesehatan jiwa di fasilitas kesehatan umum termasuk penanggulangan penderita penyalahgunaan zat adiktif di institusi pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta;
- (6) pengembangan pelayanan day care rehabilitasi medik dan psikososial baik intra maupun extra mural;
- (7) kerjasama dengan sektor terkait dalam penyantunan dan latihan kerja, penyantunan jabatan (vocational rehabilitation) bagi penderita psikotik yang telah menjalani rehabilitasi medik psikiatrik;

- (8) peningkatan penyusunan dan penyebaran informasi tentang kesehatan jiwa kepada masyarakat yang terintegrasi dengan promosi kesehatan dan khususnya promosi kesehatan jiwa; dan
- (9) pengembangan program kesehatan jiwa keluarga secara holistik, mulai dari pra-nikah, selama kehamilan, pasca persalinan, anak usia pra-sekolah, dan usia sekolah.

1.5. Program Kesehatan Olah Raga dan Kebugaran Jasmani

Program ini bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan kesehatan olah raga dan kebugaran jasmani masyarakat.

Sasaran yang akan dicapai melalui program ini adalah :

- (1) meningkatnya kesadaran masyarakat untuk melakukan kegiatan olah raga secara baik dan benar, pelayanan kesehatan olahraga pada masyarakat, dan pengembangan kesehatan olahraga;
- (2) telaksananya pemetaan tingkat kesegaran jasmani di Indonesia secara bertahap dan berkesinambungan;
- (3) terbentuknya Balai Kesehatan Olahraga Masyarakat di propinsi yang potensial menjadi pusat pengembangan, pembinaan, dan

penyuluhan kesehatan olahraga.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan olahraga;
- (2) pembentukan Balai Kesehatan Olahraga Masyarakat di propinsi potensial;
- (3) peningkatan kemampuan tenaga melalui pendidikan dan pelatihan;
- (4) bimbingan dan pembinaan kesehatan olah raga,
- (5) pengembangan pelayanan kesehatan olahraga pada masyarakat;
- (6) pengembangan sarana penunjang olah raga.

2. Pokok Program Lingkungan Sehat

Pokok program ini bertujuan untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang lebih sehat agar dapat melindungi masyarakat dari ancaman bahaya yang berasal dari lingkungan sehingga tercapai derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat yang optimal.

Sasaran yang hendak dicapai melalui program ini adalah meningkatnya mutu lingkungan hidup, serta kemauan dan kemampuan individu, keluarga dan masyarakat serta pemerintah dalam perencanaan dan pelaksanaan pembangunan yang berwawasan kesehatan.

Program-program yang tercakup dalam

Pokok Program Lingkungan Sehat antara lain adalah sebagai berikut :

2.1. Program Wilayah/Kawasan Sehat

Program ini bertujuan untuk mewujudkan kondisi kabupaten/kota yang aman, nyaman, dan sehat untuk kehidupan warganya melalui peningkatan kualitas lingkungan fisik, sosial dan budaya secara optimal sehingga dapat mendukung produktifitas dan ekonomi wilayahnya.

Program wilayah/kawasan sehat adalah suatu program yang berasal dari keinginan dan kebutuhan masyarakat yang dikelola oleh masyarakat, sedangkan Pemerintah hanya berperan sebagai fasilitator dan motivator. Program ini lebih mengutamakan pendekatan proses dari pada target, tidak mempunyai batas waktu, dan berkembang secara dinamis serta bertahap sesuai dengan sasaran yang diinginkan masyarakat.

Sasaran yang akan dicapai melalui program ini adalah :

- (1) terwujudnya forum yang mampu menjalin kerjasama dan aspirasi antar masyarakat, pemerintah dan pihak swasta;
- (2) terselenggaranya upaya peningkatan lingkungan fisik, sosial dan budaya dengan memaksimalkan potensi sumber daya secara mandiri;

- (3) terselenggaranya pola dan mekanisme kerja antara berbagai pihak yang terkait;
- (4) terwujudnya produktifitas masyarakat dan ekonomi wilayah yang mampu meningkatkan kehidupan dan penghidupan masyarakat yang lebih baik;
- (5) terselenggaranya kinerja pemerintah yang berorientasi terhadap kepentingan masyarakat luas.

Penerapan program wilayah/kawasan sehat di masing-masing daerah didasarkan pada permasalahan setempat, dimulai dari prioritas masalah yang ada sebagaimana tertuang pada model pendekatan yang dipilih oleh wilayah/kawasan tersebut, diikuti dengan pembentukan Forum sebagai wadah masyarakat. Oleh karena itu setiap daerah mempunyai program kota/kabupaten yang berbeda-beda, yang dapat dikelompokkan sebagai berikut :

- (1) Lingkungan Sehat seperti program langit biru, kali bersih, pengendalian banjir dan lain sebagainya;
- (2) Prasarana Kota yang aman dan sehat;
- (3) Perilaku Hidup Sehat;
- (4) Kehidupan Sosial yang sehat;
- (5) Kawasan Industri yang Sehat;
- (6) Kawasan Pariwisata Sehat;
- (7) Pengembangan pendidikan yang berwawasan Kesehatan; dan
- (8) Desa Sehat (Lingkungan, prasarana, kehidupan sosial, pelayanan

kesehatan, ketersediaan pangan dan jaminan gizi).

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) penetapan standar dan persyaratan serta peraturan terkait;
- (2) penyusunan pedoman umum dan teknis;
- (3) sosialisasi lintas sektor/program serta promosi dan desiminasi program ke daerah;
- (4) pembentukan kelompok kerja Kota/Kabupaten/Desa sehat;
- (5) pemberdayaan pelaku kegiatan;
- (6) penyusunan perencanaan sesuai masalah setempat dan pelaksanaan program; dan
- (7) pengembangan sistem informasi wilayah/kawasan sehat.

2.2. Program Kesehatan dan Keselamatan Kerja

Program ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan lingkungan di tempat kerja perkantoran dan industri sehingga para karyawan di tempat kerja perkantoran dan industri dan masyarakat sekitar dapat terhindar dari penyakit akibat kerja, kecelakaan dan pencemaran lingkungan.

Sasaran dari program ini meliputi antara lain :

- (1) semua industri yang menghasilkan limbah telah dapat mengolah limbahnya dengan aman dan sehat;

- (2) 75 persen dari tempat kerja perkantoran dan industri tidak menimbulkan bising yang mengganggu kesehatan;
- (3) semua tempat kerja perkantoran dan industri tidak menimbulkan radiasi;
- (4) menurunnya tingkat paparan pestisida di lingkungan kerja dan industri, serta tercapainya tempat pengelolaan pestisida (TP2) yang memenuhi syarat mencapai 100 persen;
- (5) terbentuknya institusi pembina kesehatan dan keselamatan kerja;
- (6) meningkatnya pelayanan kesehatan dan keselamatan kerja paripurna;
- (7) terpenuhinya persyaratan kesehatan kerja di berbagai jenis pekerjaan;
- (8) meningkatnya kemandirian hidup sehat pekerja dan membudayanya Norma Sehat dalam bekerja;
- (9) meningkatnya profesionalisme para pembina, pelaksana, penggerak dan pendukung program kesehatan dan keselamatan kerja; dan
- (10) tegaknya hukum dan terlaksananya sistem informasi kesehatan dan keselamatan kerja.

Adapun kegiatan program ini meliputi antara lain:

- (1) penetapan standar dan persyaratan kesehatan;
- (2) pengawasan kualitas kesehatan lingkungan, pendataan dan klasifikasi;
- (3) penyuluhan dan kampanye hygiene

- dan sanitasi;
- (4) penyediaan dan pengembangan peralatan dan media penyuluhan;
 - (5) pemantauan dan penilaian;
 - (6) pengembangan jaringan pelayanan kesehatan kerja;
 - (7) pembentukan motivator kelompok kerja dan sistem penghargaan kelompok kerja sehat produktif;
 - (8) pengembangan kesehatan kerja di sarana pelayanan kesehatan;
 - (9) penyusunan peraturan dan penerapan persyaratan kesehatan kerja, peningkatan profesionalisme melalui pendidikan, pelatihan dan penempatan tenaga ahli kesehatan kerja di daerah serta;
 - (10) pengembangan sistem informasi kesehatan dan keselamatan kerja.

2.3. Program Hygiene dan Sanitasi Tempat-Tempat Umum

Program ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas lingkungan tempat-tempat umum yang memenuhi persyaratan kesehatan sehingga dapat melindungi masyarakat dari penularan penyakit, keracunan, kecelakaan, pencemaran lingkungan serta gangguan kesehatan lainnya.

Sasaran program ini meliputi antara lain:

- (1) 75 persen hotel dan penginapan lain telah memenuhi persyaratan kesehatan;
- (2) 75 persen jasa boga, restoran/rumah makan dan tempat pengolahan

- makanan lain telah memenuhi persyaratan kesehatan;
- (3) 50 persen taman rekreasi dan tempat hiburan lain telah memenuhi persyaratan kesehatan;
- (4) seluruh rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lain telah memenuhi persyaratan kesehatan;
- (5) 50 persen sarana ibadah dan sarana pendidikan telah memenuhi persyaratan kesehatan;
- (6) 50 persen sarana dan prasarana angkutan umum telah memenuhi persyaratan kesehatan; dan
- (7) 50 persen sarana tempat-tempat umum lain telah memenuhi persyaratan kesehatan.

Kegiatan program ini meliputi antara lain:

- (1) penetapan standar dan persyaratan kesehatan;
- (2) pengembangan metoda dan uji coba;
- (3) pengawasan, investigasi dan pemecahan masalah/tindak lanjut;
- (4) analisis bahaya titik kendali kritis pada proses pengolahan makanan;
- (5) analisis dampak kesehatan lingkungan;
- (6) akreditasi/grading sarana dan prasarana;
- (7) peningkatan kualitas sumber daya manusia;
- (8) penyuluhan, pemberian stimulan dan percontohan;
- (9) pembentukan dan pengembangan kelompok, kader, asosiasi dan sejenisnya;

- (11) pembentukan PPNS dan penerapannya; dan
- (12) pengembangan sistem informasi TTU

2.4. Program Permukiman, Perumahan dan Bangunan Sehat

Program ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas lingkungan permukiman, perumahan dan bangunan yang memenuhi syarat kesehatan.

Sasaran yang akan dicapai melalui program ini adalah :

- (1) tercapainya permukiman yang memenuhi syarat kesehatan sebesar 75 persen dipertanian dan 60 persen di perdesaan;
- (2) tercapainya lingkungan perumahan yang memenuhi syarat kesehatan di perkotaan sebesar 75 persen dan perdesaan 60 persen;
- (3) tercapainya bangunan rumah yang memenuhi syarat kesehatan di perkotaan sebesar 75 persen dan perdesaan 60 persen;
- (4) tercapainya sarana pembuangan kotoran manusia/jamban yang memenuhi syarat kesehatan serta pemanfaatannya sebesar 100 persen baik di perkotaan maupun di perdesaan;
- (5) tercapainya pemanfaatan dan pengawasan tempat pembuangan sampah akhir (TPA) dan tempat pembuangan sampah sementara (TPS) yang memenuhi syarat

- kesehatan sebesar 100 persen;
- (6) tercapainya pengendalian lalat dan pencemaran lingkungan di TPA dan TPS sebesar 100 persen;
- (7) tercapainya pengawasan tempat pengelolaan pestisida (TP2) 100 persen; dan
- (8) tercapainya penerapan perilaku hidup bersih dan sehat pada 60 persen ibu yang mempunyai Balita, anak sekolah dan guru, tokoh masyarakat, tokoh agama dan kelompok pemuda dipertanian dan 40 persen dipertanian.

Kegiatan program ini adalah :

- (1) penetapan standar dan persyaratan kesehatan;
- (2) penyuluhan dan kampanye hygiene sanitasi;
- (3) pemberian percontohan dan stimulan;
- (4) pengawasan, investigasi dan tindak lanjut sanitasi serta Analisa Dampak kesehatan Lingkungan (ADKL);
- (5) pembentukan forum, kader dan kelompok kerja;
- (6) penyediaan dan pengembangan peralatan serta media penyuluhan; dan
- (7) pengembangan sistem informasi kesehatan lingkungan.

2.5. Program Penyehatan Air

Program ini bertujuan untuk meningkatkan pengamanan kualitas air

bagi berbagai kebutuhan dan kehidupan manusia untuk seluruh penduduk baik yang berada di perdesaan maupun di perkotaan.

Sasaran yang akan dicapai melalui program ini adalah :

- (1) meningkatnya cakupan penggunaan air bersih perkotaan menjadi 100 persen dan air bersih perdesaan menjadi 85 %; dan
- (2) tercapainya kualitas bakteriologis air minum menjadi 80 % dan kualitas bakteriologis air bersih menjadi 70 persen.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) pengaturan dan pembakuan kualitas air;
- (2) pengawasan kualitas air;
- (3) perbaikan kualitas air;
- (4) peningkatan peran serta masyarakat pemakai air;
- (5) peningkatan kemampuan tenaga pengelola kesehatan lingkungan;
- (6) penyediaan dan pengembangan peralatan;
- (7) pengembangan metode dan uji coba dalam bidang penyehatan air; dan
- (8) pengembangan dan pemantapan sistem informasi penyehatan air.

Kegiatan pengawasan kualitas air dimaksudkan juga untuk melakukan surveillance kualitas air yang menjangkau sumber pencemaran oleh berbagai jenis air (air tanah, air permukaan, air

limbah) dan bahan lain yang terpengaruh oleh pencemaran air.

Upaya-upaya inovatif yang dilakukan dalam percepatan pencapaian sasaran program yaitu melalui : kali bersih; klinik sanitasi; pekan sanitasi; gerakan jumat bersih (GJB); pemeriksaan kualitas air dengan metode H2S; perbaikan dan pembangunan Sarana Air Bersih dan Penyehatan Lingkungan (SAB-PL) di tempat pendidikan agama/pondok pesantren, di permukiman masyarakat terasing, di panti sosial, di daerah pasca KLB, di puskesmas; desa percontohan kesehatan lingkungan (DPKL); Partisipatory Hygiene and Sanitation Transformation (PHAST); dan Tenaga Sanitasi Desa (TSD).

3. Pokok Program Upaya Kesehatan

Tujuan pokok program upaya kesehatan adalah meningkatkan pemerataan dan mutu upaya kesehatan yang berhasil dan berdaya guna serta terjangkau oleh segenap anggota masyarakat.

Sasaran program ini adalah tersedianya pelayanan kesehatan dasar dan rujukan baik pemerintah maupun swasta yang didukung oleh peran serta masyarakat dan sistem pembiayaan pra upaya. Perhatian utama diberikan pada pengembangan upaya kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi terhadap peningkatan derajat kesehatan.

Program-program yang tercakup dalam Pokok Program Upaya Kesehatan antara lain adalah sebagai berikut :

3.1. Program Pemberantasan Penyakit Menular dan Imunisasi

a. Pemberantasan Penyakit Menular

Program ini bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan dari penyakit menular dan mencegah penyebaran serta mengurangi dampak sosial akibat penyakit sehingga tidak menjadi masalah kesehatan.

Sasaran yang hendak dicapai melalui program ini adalah :

- (1) menurunnya angka kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) di kecamatan endemis menjadi kurang dari 20 per 100.000 penduduk dan secara nasional 5 per 100.000 penduduk, serta menurunnya angka kematian (CFR) di Rumah Sakit menjadi di bawah 1 persen;
- (2) menurunnya angka kesakitan malaria (API) di Jawa-Bali-Binkar-Lombok-Daerah Industri-Pariwisata kurang dari 1 per 1.000 penduduk dan menurunnya angka kematian sebanyak 75 persen;
- (3) tercapainya angka kesembuhan lebih dari 85 persen dan cakupan penemuan penderita TB paru di atas 70 persen;
- (4) tercegahnya peningkatan prevalensi

infeksi HIV sehingga tidak melebihi 1 persen, menurunnya prevalensi sifilis menjadi di bawah 1 persen, dan menurunnya insidens Gonorrhoe menjadi 10 persen pada kelompok resiko tinggi;

- (5) menurunnya angka kematian pneumonia pada Balita dari 5 per 1.000 menjadi 2 per 1.000, dan menurunnya angka kesakitan 50 persen;
- (6) menurunnya angka kematian karena diare pada golongan balita dari 2,5 menjadi 1 per 1.000 balita;
- (7) menurunnya secara lebih bermakna angka kesakitan dan kematian dari penyakit menular lainnya, seperti Kusta, Kecacingan, Rabies, Filariasis, Schistosomiasis, Anthraks, Pes;
- (8) terjegahnya kejadian luar biasa; dan
- (9) meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan masalah penyakit menular sehingga pada gilirannya akan meningkatkan peran serta dalam penanggulangannya.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) penemuan dan pengobatan penderita baik secara aktif maupun pasif dan penatalaksanaan kasus di semua unit pelayanan kesehatan;
- (2) pencegahan dan penanggulangan faktor resiko serta penanganan kecacatan;
- (3) pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Dini dan upaya penanggulangan fokus serta Kejadian Luar Biasa;
- (4) peningkatan ketrampilan petugas di

- puskesmas dan rumah sakit dalam penatalaksanaan kasus;
- (5) penyuluhan, survei, dan operasional riset; dan
 - (6) peningkatan penyebaran informasi (KIE) penyakit menular.

b. Imunisasi

Program ini bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit menular dan menurunkan angka kesakitan dan kematian dari penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD31) sehingga terbasmi atau tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat.

Sasaran yang hendak dicapai melalui program ini adalah menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi pada seluruh lapisan masyarakat dengan prioritas pada bayi, anak usia sekolah, wanita usia subur (termasuk ibu hamil) serta kelompok resiko tinggi lainnya.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) standarisasi dan pelaksanaan imunisasi polio, campak, dipteri, pertusis, tetanus, BCG, hepatitis B, dan penyakit lain yang sudah ada imunisasinya;
- (2) pengamatan dan penanggulangan Kejadian Ikutan Paska Imunisasi;
- (3) pengembangan imunisasi secara operasional dan pengembangan

- imunisasi dengan vaksin baru; dan
- (4) pemantauan dan evaluasi program dan hasil program iminiasasi.

3.2. Program Pencegahan Penyakit Tidak Menular

Program ini bertujuan untuk menurunkan insiden dan prevalensi penyakit tidak menular termasuk kesakitan gigi sehingga tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat.

Sasaran yang akan dicapai melalui program ini adalah:

- (1) turunnya secara bermakna insiden dan prevalensi penyakit jantung, diabetes mellitus, kanker, perlukaan, dan kesakitan gigi meliputi Decayed Missed Filled-Teeth (DMF-T) dan karies serta penyakit periodontal;
- (2) tersedianya informasi tentang faktor risiko dari berbagai penyakit tidak menular;
- (3) tercapainya derajat kesehatan gigi yang optimal; dan
- (4) berkembangnya partisipasi masyarakat melalui organisasi masyarakat lokal dalam promosi gaya hidup sehat yang berkaitan dengan penyakit tidak menular.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) pengamatan penyakit tidak menular antara lain penyakit jantung dan pembuluh darah, penyakit diabetes mellitus, kanker, perlukaan, dan kesakitan gigi;

- (2) pengumpulan, penyusunan dan penyebarluasan informasi faktor risiko penyakit tidak menular;
- (3) pencegahan dan penanggulangan faktor risiko serta penanganan kecacatan;
- (4) perawatan dan pengobatan kesakitan gigi baik darurat dasar, umum, khusus, maupun spesialisik;
- (5) pengorganisian partisipasi masyarakat lokal dalam promosi gaya hidup sehat yang berhubungan dengan pencegahan penyakit tidak menular termasuk kesakitan gigi; dan
- (6) pemantauan dan penilaian.

3.3. Program Penyembuhan Penyakit dan Pemulihan Kesehatan

a. Program Pelayanan Kesehatan Dasar

Program ini bertujuan untuk meningkatkan, memantapkan, mempertahankan jangkauan dan pemerataan serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan puskesmas dan meningkatkan pemanfaatan pelayanan puskesmas oleh masyarakat menuju peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Sasaran yang hendak dicapai melalui program ini adalah:

- (1) tersusunnya kebijakan dan konsep pengelolaan program mendukung desentralisasi;

- (2) meningkatnya mutu pelayanan dan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan puskesmas;
- (3) turunnya kesakitan dan kematian;
- (4) tersusunnya perbaikan prosedur pengelolaan program dan manajemen puskesmas;
- (5) meningkatnya pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan puskesmas oleh masyarakat;
- (6) meningkatnya mutu dan pemerataan pelayanan kesehatan; dan
- (7) terjangkau masyarakat di daerah khusus dan daerah rawan kesehatan.

Kegiatan program ini terdiri dari:

- (1) perumusan perbaikan konsep dasar upaya kesehatan puskesmas dan pemantapan kebijakan serta pengelolaan program pelayanan kesehatan dasar mendukung desentralisasi;
- (2) pengembangan program jaminan mutu dan pengobatan rasional;
- (3) meningkatkan mekanisme dan dukungan kegiatan rujukan;
- (4) meningkatkan jangkauan pelayanan kepada kelompok masyarakat rawan kesehatan seperti masyarakat di daerah kumuh perkotaan, masyarakat terasing, penduduk miskin, dan lain sebagainya, serta kepada masyarakat di daerah khusus seperti daerah terpencil, pemukiman baru, daerah perbatasan dan lain sebagainya;
- (5) pelatihan tenaga;

- (6) pengembangan institusi masyarakat dalam bidang kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan;
- (7) peningkatan peran lembaga swadaya masyarakat dan dunia usaha dalam pembangunan kesehatan; dan
- (8) pemantauan dan penilaian.

b. Program Pelayanan Kesehatan Rujukan

Program ini bertujuan untuk meningkatkan, memantapkan, dan mempertahankan jangkauan dan pemerataan serta mutu pelayanan kesehatan rujukan menuju peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Sasaran yang akan dicapai adalah:

- (1) seluruh rumah sakit telah mampu memberikan pelayanan holistik komprehensif sesuai dengan kelasnya sehingga dapat menghadapi tuntutan regional dan global;
- (2) terwujudnya rumah sakit sebagai tempat pengembangan Sumber Daya Manusia bidang kesehatan, tempat penelitian, penapisan dan penerapan IPTEK kesehatan serta sebagai pelopor pembangunan yang berwawasan kesehatan sesuai dengan kelasnya;
- (3) berkembangnya kemampuan dan mantapnya kemandirian rumah sakit dalam pelayanan kesehatan rujukan,

meliputi rujukan medik, rujukan kesehatan dan rujukan manajemen; dan

- (4) terwujudnya rumah sakit sebagai penggerak masyarakat agar mampu melindungi, memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat.

Kegiatan program ini terdiri dari:

- (1) perumusan perbaikan konsep dasar upaya kesehatan rujukan dan pemantapan kebijakan serta pengelolaan program pelayanan kesehatan rujukan mendukung kemandirian rumah sakit dan desentralisasi;
- (2) pengembangan dan pemantapan program jaminan mutu dan pengobatan rasional di rumah sakit;
- (3) meningkatkan jangkauan pelayanan kepada penduduk miskin melalui pengembangan dan penerapan kebijakan pemberian subsidi yang tepat sasaran;
- (4) pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan;
- (5) penelitian dan penapisan teknologi kedokteran;
- (6) penggerakan partisipasi masyarakat dalam perlindungan, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan; dan
- (7) pemantauan dan penilaian.

3.4. Program Pelayanan Kesehatan Penunjang

Program ini bertujuan untuk meningkatkan produktivitas, kemampuan, mutu, jangkauan, efektifitas dan efisiensi dalam pelayanan kesehatan penunjang, meningkatkan sarana pelayanan kesehatan rujukan dan penunjang dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Sasaran program ini adalah :

- (1) tersedianya sarana dan prasarana penunjang dan BPFK;
- (2) tenaga kerja yang bekerja pada kondisi tingkat risiko tinggi tidak terjadinya penyakit akibat kerja dan kecelakaan;
- (3) terwujudnya laboratorium kesehatan rujukan nasional untuk kegiatan pelayanan dan pengembangan teknologi laboratorium kesehatan;
- (4) berkembangnya laboratorium kesehatan masyarakat di semua daerah tingkat II untuk menunjang upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit;
- (5) meningkatnya kemampuan pelayanan laboratorium puskesmas, rumah sakit, balai laboratorium kesehatan dan laboratorium kesehatan lainnya sesuai dengan kebutuhan program di wilayahnya;
- (6) berkembangnya sistem informasi laboratorium kesehatan.

Kegiatan program ini terdiri dari:

- (1) melaksanakan identifikasi K3;
- (2) meningkatkan kemampuan dan pelembagaan BPFK;
- (3) mengembangkan upaya pengamanan, pemeliharaan, pengujian dan kalibrasi fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan;
- (4) melakukan program preventif yang berupa pemeriksaan awal bagi pekerja;
- (5) pembentukan laboratorium kesehatan rujukan nasional;
- (6) penyusunan dan penetapan standar dan metoda pelayanan laboratorium;
- (7) akreditasi laboratorium kesehatan dan pemantapan mutu (Quality Assurance) dalam semua aspek untuk semua bidang pemeriksaan laboratorium dan menjangkau semua jenis laboratorium pada semua jenjang pelayanan;
- (8) renovasi dan rehabilitasi bangunan serta fasilitas untuk pelayanan dan keamanan laboratorium puskesmas, rumah sakit, laboratorium kesehatan di daerah tingkat II, balai laboratorium kesehatan dan laboratorium kesehatan lainnya;
- (9) peningkatan pemeliharaan dan pemanfaatan peralatan laboratorium puskesmas, rumah sakit, laboratorium kesehatan di daerah tingkat II, balai laboratorium kesehatan dan laboratorium kesehatan lainnya;
- (10) pengadaan tenaga teknis dan tenaga

ahli laboratorium;

- (11) pelatihan teknis tenaga laboratorium untuk berbagai bidang dan jenis keahlian bagi berbagai jenis dan tingkat laboratorium;
- (12) pengadaan Kit laboratorium sederhana untuk bidan di desa dan mengoptimalkan peranan bidan di desa dalam pelayanan laboratorium kesehatan;
- (13) pengadaan bahan operasional laboratorium untuk kegiatan pemeriksaan, pemantapan mutu dan keamanan laboratorium puskesmas, rumah sakit, balai laboratorium kesehatan, laboratorium kesehatan di daerah tingkat II dan laboratorium kesehatan lainnya;
- (14) melaksanakan kegiatan pemeriksaan secara berjenjang untuk pelayanan laboratorium kesehatan masyarakat, laboratorium klinik dan peningkatan Iptek, melaksanakan bimbingan teknis oleh laboratorium jenjang pelayanan yang lebih tinggi kepada laboratorium jenjang pelayanan di bawahnya, dan dari laboratorium yang lebih mampu kepada yang kurang mampu; dan
- (15) meningkatkan Sistem Informasi Laboratorium Kesehatan.

3.5. Program Pembinaan dan Pengembangan Pengobatan Tradisional

Program ini bertujuan untuk meningkatkan pendayagunaan obat dan

cara pengobatan tradisional yang terbukti aman dan bermanfaat baik secara tersendiri atau terpadu dalam jaringan pelayanan kesehatan paripurna, serta melindungi masyarakat dari efek negatif pengobatan tradisional.

Sasaran program ini adalah :

- (1) meningkatnya kemandirian masyarakat dalam rangka mengatasi masalah kesehatan dengan upaya pengobatan tradisional;
- (2) meluasnya penggalian, pengkajian, penelitian dan pengujian berbagai pengobatan tradisional;
- (3) meningkatnya penggunaan berbagai obat dan cara pengobatan tradisional yang telah terbukti aman dan bermanfaat baik melalui jaringan pelayanan kesehatan (dari tingkat rumah tangga, masyarakat, puskesmas dan rumah sakit) atau secara tersendiri; dan
- (4) mantapnya pembinaan pengobatan tradisional pengobatan disetiap jenjang administrasi.

Kegiatan program ini terdiri dari:

- (1) pembentukan dan Pembinaan Sentra Pengembangan dan penerapan Pengobatan Tradisional (Sentra P3T). Kegiatan meliputi pemantapan fungsi pengkajian, penelitian, pengujian, pendidikan pelatihan dan pelayanan pengobatan tradisional;
- (2) seleksi, pengujian, sertifikasi, pendaftaran/perizinan tenaga

pengobatan tradisional;

- (3) standarisasi metode pengobatan tradisional yang telah terbukti aman dan bermanfaat;
- (4) standarisasi dan perizinan tempat praktek pengobatan tradisional serta perluasan jangkauan pemanfaatan metode pengobatan tradisional yang telah terbukti aman dan bermanfaat dalam upaya mandiri, dan melalui sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit dan yang setingkat);
- (5) pengembangan jaringan Informasi dan Dokumentasi Pengobatan Tradisional;
- (6) pemanfaatan tanaman obat hasil TOGA (Taman Obat Keluarga);
- (7) inventarisasi, penapisan, uji klinis, pemanfaatan dan evaluasi obat tradisional;
- (8) penggalian, telaah/analisa, dokumentasi pengobatan tradisional Warisan Pusaka Nusantara di berbagai daerah di Indonesia;
- (9) penyusunan peraturan perundangan pengobatan tradisional;
- (10) pelatihan tenaga kesehatan dan non kesehatan serta pendidikan tenaga sarjana dan pascasarjana pengobatan tradisional; dan
- (11) penyusunan sistem informasi dan penyebaran informasi pengobatan tradisional, serta bimbingan-pengendalian-pengawasan.

3.6. Program Kesehatan Reproduksi

Program ini bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu, anak, remaja, usia subur dan usia lanjut agar tercipta kesehatan reproduksi yang optimal.

Sasaran program ini adalah:

- (1) pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan mencapai 90 persen;
- (2) penanganan komplikasi/kasus obstetri paling sedikit 12 persen dari seluruh persalinan;
- (3) pelayanan keluarga berencana 60 persen dari pasangan usia subur, pembinaan kesehatan neonatal mencapai 90 persen;
- (4) pembinaan kesehatan balita dan anak pra sekolah 80 persen;
- (5) pembinaan Upaya Kesehatan Sekolah di Sekolah Dasar dan Madrasah Ibtidaiyah mencapai 100 persen sekolah, di Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama dan Madrasah Tsanawiyah mencapai 50 persen sekolah dan di Sekolah Lanjutan Tingkat Atas dan Madrasah Ahliah mencapai 45 persen sekolah;
- (6) 50 persen puskesmas memberikan pelayanan kesehatan anak usia sekolah dan remaja di luar sekolah (sanggar belajar, pondok pesantren, kelompok belajar); dan
- (7) 60 persen puskesmas melakukan pembinaan kesehatan usia lanjut.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) penyelenggaraan upaya kesehatan ibu;
- (2) penyelenggaraan upaya kesehatan anak dan remaja;
- (3) penyelenggaraan upaya kesehatan usia subur; dan
- (4) penyelenggaraan upaya kesehatan usia lanjut.

3.7. Program Perbaikan Gizi

Program ini bertujuan untuk meningkatkan status gizi masyarakat maupun di institusi dalam rangka meningkatkan kemandirian, intelektualitas dan produktivitas sumber daya manusia.

Sasaran program ini adalah:

- (1) turunnya prevalensi KEP total menjadi setinggi-tingginya 16% dari proyeksi pencapaian Pelita VI sebesar 30 persen;
- (2) prevalensi GAKY berdasarkan prevalensi gondok total (TGR) menurun dari 18,0 persen menjadi 13 persen, dan tidak diketemukan penderita kretin baru;
- (3) prevalensi anemia gizi pada ibu hamil turun menjadi 20 persen, pada anak balita menjadi 16 persen dan pada wanita pekerja menjadi 13 persen;
- (4) terbebasnya masyarakat dari masalah kekurangan vitamin A;
- (5) sekurang-kurangnya 80 persen ibu

menyusui memberikan ASI secara eksklusif;

- (6) 80 persen remaja di perkotaan dan 70 persen remaja di pedesaan mempunyai tinggi badan normal;
- (7) meningkatnya penduduk yang mengkonsumsi gizi seimbang dan menurunnya jumlah penduduk yang mengalami gizi kurang atau gizi lebih; dan
- (8) meningkatnya penganekaragaman konsumsi pangan menuju swasembada pangan.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) penyuluhan gizi masyarakat, penanggulangan kurang energi protein (KEP) dan kurang energi kronis (KEK);
- (2) penanggulangan gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY);
- (3) penanggulangan anemia gizi besi, penanggulangan kekurangan vitamin A;
- (4) penanggulangan gizi mikro;
- (5) penanggulangan gizi lebih;
- (6) pembinaan dan peningkatan status gizi; dan
- (7) pemantapan pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi.

3.8. Program Kesehatan Matra

Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan manusia dalam menghadapi kondisi matra yang berubah secara

bermakna, sehingga tetap dapat bertahan (survive) dalam kehidupannya dan melakukan aktivitas-aktivitasnya, serta mampu untuk mengatasi permasalahan secara mandiri tanpa harus tergantung pada bantuan pihak / orang lain.

Sasaran program ini adalah :

- (1) meningkatnya jumlah individu dan kelompok masyarakat yang mampu untuk tetap bertahan (survive) dalam kondisi sehatnya dan pada kondisi matra yang berubah baik dalam lingkungan matra laut dan bawah air, matra kedirgantaraan serta matra lapangan; dan
- (2) pulihnya kembali kondisi lingkungan dan aspek-aspek matra menuju ke situasi normalnya kembali setelah terjadinya perubahan yang tidak sesuai dengan dikehendaki.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) Penyebaranluasan informasi dan edukasi tentang kesehatan matra kepada pihak-pihak terkait serta masyarakat serta masyarakat;
- (2) Persiapan sumberdaya termasuk tenaga (kesehatan, non kesehatan dan masyarakat yang terlatih);
- (3) Peningkatan system kewaspadaan dini oleh semua pihak termasuk masyarakat; dan
- (4) Upaya-upaya pemulihan melalui intervensi baik terhadap kondisi lingkungannya maupun terhadap manusianya.

3.9. Program Pengembangan Surveilans Epidemiologi

Program ini bertujuan untuk menyediakan informasi untuk perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi program kesehatan dan meningkatkan kewaspadaan di semua tingkat administrasi kesehatan.

Sasaran yang hendak dicapai melalui program ini adalah tersedianya informasi bagi seluruh program kesehatan baik yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) Pengumpulan dan pengolahan serta analisis data secara sistematis dan berkesinambungan;
- (2) Penyajian dan penyebaran hasil analisis dan interpretasi data surveilans kepada yang memerlukan; dan
- (3) mengembangkan system kewaspadaan.

3.10. Program Penanggulangan Bencana dan Bantuan Kemanusiaan

Program ini bertujuan untuk menghindarkan manusia dan lingkungannya dari dampak bencana yang terjadi baik akibat ulah manusia maupun alam, melalui upaya-upaya kewaspadaan, pencegahan dan penanggulangan bencana yang dilakukan

secara terpadu, dengan peran serta masyarakat secara aktif.

Sasaran program ini adalah:

- (1) meningkatnya jumlah individu kelompok masyarakat yang mampu untuk tetap bertahan (survive) dalam kondisi sehatnya setelah terpajan pada kondisi matra bencana; dan
- (2) terpelihara serta pulihnya kembali kondisi lingkungan dan aspek-aspek matra, menuju ke situasi normalnya kembali setelah kejadian bencana.

Kegiatan program ini terdiri dari:

- (1) peningkatan sistem kewaspadaan dini;
- (2) Penyampaian informasi dan identifikasi kebutuhan;
- (3) Sanitasi Lingkungan dan Makanan;
- (4) Pemantauan wilayah setempat (PWS) termasuk pengamatan penyakit;
- (5) Tindakan medik dan perawatan;
- (6) Imunisasi;
- (7) Evakuasi dan rujukan;
- (8) Rehabilitasi; dan
- (9) Pencatatan dan pelaporan.

4. Pokok Program Sumber Daya Kesehatan

Pokok Program ini bertujuan untuk meningkatkan jumlah, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan, meningkatkan jumlah, efektifitas dan efisiensi penggunaan biaya kesehatan, serta meningkatkan pengadaan dan

produksi bahan baku dan obat jadi yang bermutu dan aman.

Sasaran Pokok Program ini adalah :

- (1) tersediannya berbagai tenaga kesehatan yang sesuai dengan kebijakan Paradigma sehat; dan
- (2) berkembangnya sistem pembiayaan pra upaya dalam bentuk JPKM serta tersediannya bahan baku dan obat jadi yang bermutu dan aman sesuai dengan kebutuhan.

Program-program yang tercakup dalam Pokok Program Sumber Daya Kesehatan antara lain adalah sebagai berikut :

4.1. Program Perencanaan, Pendayagunaan serta Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan

Program ini bertujuan untuk menciptakan tenaga kesehatan yang ahli dan trampil sesuai pengembangan ilmu dan teknologi, beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Esa, serta berpegang teguh pada pengabdian bangsa dan negara serta etika profesi, dalam jumlah dan mutu yang memadai sehingga mampu melaksanakan pembangunan kesehatan.

Sasaran utama program ini adalah tersediannya berbagai tenaga kesehatan dari masyarakat termasuk swasta dan pemerintah yang dapat sepenuhnya menyelenggarakan upaya kesehatan

yang berdasarkan paradigma sehat, dimana diutamakan upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit.

Sasaran utama ini meliputi tiga sasaran sebagai berikut :

- (1) terdapatnya kebijakan dan rencana pengembangan tenaga kesehatan dari masyarakat dan pemerintah di semua tingkat, yang dapat memberi petunjuk penyelenggaraan pengembangan tersebut secara terarah, menyeluruh dan berkelanjutan;
- (2) didayagunakan tenaga kesehatan yang ada dan dikembangkannya pembinaan karir keseluruhan tenaga kesehatan; dan
- (3) berfungsinya pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan yang mengutamakan pada pengembangan peserta didik dalam rangka meningkatkan profesionalisme.

Kegiatan program ini terdiri dari:

- (1) perencanaan dan penilaian tenaga kesehatan meliputi :
 - (a) peningkatan kemampuan perencanaan tenaga kesehatan di semua tingkat, baik dari unsur pemerintah maupun masyarakat,
 - (b) peningkatan interaksi, interelasi dan interdependensi diantara unsur-unsur pengembangan tenaga kesehatan dari masyarakat dan pemerintah, dan

(c) peningkatan sistem informasi tenaga kesehatan secara terpadu dan mendayagunakan untuk pengembangan tenaga kesehatan secara menyeluruh;

- (2) pengelolaan tenaga kesehatan, meliputi :

(a) peningkatan kemampuan pengelolaan tenaga kesehatan di semua tingkat baik dari unsur pemerintah maupun masyarakat, khususnya dalam kaitannya dengan program desentralisasi, globalisasi dan modernisasi administrasi pengelolaan tenaga kesehatan,

(b) peningkatan penataan penyebaran tenaga kesehatan yang diperlukan bersama-sama dengan organisasi profesi dan kemasyarakatan, dan

(c) pengembangan pembinaan karir dan diantara keduanya diserasikan secara bertahap;

dan

- (3) pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, meliputi :

(a) perubahan pendekatan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dari masyarakat termasuk swasta dan pemerintah agar menghasilkan peserta didik yang dapat menunjang pembangunan kesehatan yang berdasarkan paradigma sehat,

(b) peningkatan pembinaan serta sumber daya pendidikan dan

pelatihan bagi semua tenaga kesehatan yang diarahkan untuk meningkatkan mutu pendidikan dan pelatihan tersebut, dan

- (c) peningkatan upaya pendidikan dan pelatihan yang dapat menunjang pembinaan karir semua tenaga kesehatan.

4.2. Program Pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat

Program ini bertujuan untuk menjamin pemeliharaan kesehatan setiap penduduk dengan menjadi peserta salah satu upaya JPKM, baik yang diselenggarakan pemerintah maupun swasta.

Sasaran program ini adalah:

- (1) meningkatnya persentase penduduk yang menjadi peserta JPKM;
- (2) meningkatnya jumlah badan usaha (pemerintah/swasta) yang menyelenggarakan upaya JPKM;
- (3) tersedianya jaringan pemberi pelayanan kesehatan paripurna yang bermutu baik pemerintah maupun swasta, sesuai dengan kebutuhan JPKM;
- (4) meningkatnya jumlah unit jaringan pelayanan dokter keluarga sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan JPKM yang menyelenggarakan pelayanan paripurna dan bermutu; dan
- (5) terlaksananya pembinaan dan

pengawasan terhadap penyelenggaraan JPKM.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) pengembangan kepesertaan melalui sosialisasi JPKM kepada semua lapisan masyarakat;
- (2) pengembangan Badan Pelaksana melalui promosi JPKM kepada dunia usaha agar mengambil peran dalam pengembangan JPKM;
- (3) pengembangan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan melalui promosi JPKM kepada jaringan pelayanan kesehatan agar meningkatkan mutu pelayanan sebagai PPK JPKM;
- (4) pengembangan dokter keluarga sebagai PPK tingkat I untuk pelayanan yang lebih berorientasi promotif dan preventif guna meningkatkan kesehatan keluarga peserta JPKM; dan
- (5) pemantapan pembinaan serta penyediaan sumber daya pendukung pengembangan JPKM.

4.3. Program Pengembangan Sarana dan Perbekalan Kesehatan

Program ini bertujuan untuk meningkatkan penyediaan sarana dan perbekalan kesehatan dalam rangka upaya meningkatkan, memantapkan dan mempertahankan jangkauan dan pemerataan serta mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Sasaran yang akan dicapai melalui program ini adalah :

- (1) tersedianya sarana pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan penunjangnya yang merata, terjangkau dan dimanfaatkan oleh masyarakat;
- (2) tersedianya peralatan kesehatan, baik medik maupun non-medik yang benar-benar sesuai dengan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan; dan
- (3) tersedianya perbekalan kesehatan yang memadai baik jenis maupun jumlahnya, yang sesuai dengan permasalahan setempat dan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) pengadaan/pembangunan dan peningkatan fisik sarana kesehatan pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan penunjangnya;
- (2) pengadaan peralatan kesehatan, baik medik maupun non medik yang diperlukan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat;
- (3) meningkatkan/memantapkan administrasi perlengkapan dan manajemen peralatan dalam menunjang upaya akreditasi sarana pelayanan kesehatan; dan
- (4) penyediaan perbekalan kesehatan yang mencukupi kebutuhan pelayanan kesehatan meliputi obat,

vaksin, insektisida, reagensia dan bahan habis pakai lainnya.

5. Pokok Program Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya

Pokok Program ini bertujuan untuk melindungi masyarakat dari :

- (a) bahaya penyalahgunaan dan kesalahan penggunaan obat, psikotropika, narkotika, zat adiktif (NAPZA), dan bahan berbahaya lainnya; dan
- (b) penggunaan sediaan farmasi, makanan dan alat kesehatan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan.

Sasaran pokok program ini adalah :

- (1) mencegah dan mengamankan peredaran sediaan farmasi, makanan dan alat kesehatan yang tidak absah/ilegal;
- (2) menjamin mutu, keamanan dan khasiat/kemanfaatan sediaan farmasi, makanan dan alkes yang diizinkan beredar; dan
- (3) meningkatnya kepedulian masyarakat terhadap risiko penggunaannya.

Program-program yang tercakup dalam Pokok Program Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya adalah sebagai berikut :

5.1. Program Pengamanan Bahaya Penyalahgunaan dan Kesalahgunaan Obat, Narkotika, Psikotropika, Zat Adiktif lain dan Bahan Berbahaya lainnya.

Program ini bertujuan mengamankan masyarakat dari penyalahgunaan dan kesalahgunaan obat, narkotika, psikotropika, zat adiktif (NAPZA) yang diizinkan beredar/legal serta mencegah risiko keracunan bahan berbahaya yang digunakan oleh masyarakat.

Sasaran program ini adalah terkendalinya produksi dan distribusi obat dan NAPZA, serta mantapnya sistem pengelolaan bahan berbahaya.

Kegiatan pokok yang dilaksanakan mencakup, antara lain :

- (1) surveilan produk ilegal;
- (2) pengambilan contoh dan pengujian laboratorium;
- (3) pengamanan/penarikan dari peredaran;
- (4) pengembangan sistem tindak lanjut sesuai hukum yang berlaku dengan sektor terkait;
- (5) pengembangan standar pengaturan dan pengawasan sesuai dengan kemajuan iptek;
- (6) mengembangkan pendidikan PPNS bersama sektor terkait;
- (7) pengembangan standarisasi pengelolaan dan pengamanan bahan berbahaya di tempat kerja, secara lintas sektor;

- (8) penggerakan kegiatan forum koordinasi pengelolaan dan pengamanan bahan kimia secara lintas sektor;
- (9) pengembangan jaringan Sistem Informasi Keracunan di 27 propinsi; dan
- (10)menyebarkan informasi tentang toksisitas dan efek samping bahan berbahaya.

5.2. Program Pengamanan dan Pengawasan Makanan dan Bahan Tambahan Makanan (BTM)

Program ini bertujuan untuk menjamin keamanan dan mutu produk makanan yang beredar di masyarakat serta melindungi masyarakat dari makanan dan bahan tambahan makanan yang tidak memenuhi syarat bagi kesehatan masyarakat.

Sasaran program adalah mantapnya sistem dan implementasi pengamanan makanan sehingga produk makanan yang beredar di masyarakat terjamin mutu dan keamanannya termasuk produk-produk makanan yang dihasilkan oleh industri rumah tangga.

Kegiatan pokok yang dilaksanakan mencakup antara lain :

- (1) penyusunan dan pengembangan standar kriteria penilaian dan pendaftaran;

- (2) pengaturan dan pengawasan sesuai dengan kemajuan iptek termasuk pengawasan rekayasa genetika dalam produksi makanan;
- (3) penilaian mutu dan keamanan makanan dan makanan tambahan dalam rangka pendaftaran;
- (4) surveilan penggunaan bahan tambahan makanan pada produk makanan;
- (5) pengambilan contoh dan pengujian laboratorium terhadap produk makanan yang beredar di seluruh Indonesia;
- (6) pengamanan produk makanan yang tidak memenuhi syarat;
- (7) penilikan jasa boga;
- (8) pembinaan dan pengawasan penerapan cara produksi makanan yang aman dan bermutu pada industri rumah tangga; dan
- (9) mengembangkan sistem pengamanan makanan melalui "food inspector" di kabupaten/kota.

5.3. Program Pengawasan Obat, Obat Tradisional, Kosmetika dan Alat Kesehatan

Program ini bertujuan menjamin mutu, keamanan, khasiat/kemampuan obat, obat tradisional, kosmetika dan alat kesehatan yang diijinkan beredar, mencegah penyebaran informasi produk yang tidak obyektif dan meningkatkan kemampuan profesionalisme laboratorium pengujian obat makanan di 27 propinsi.

Sasaran program semua produk yang beredar memenuhi syarat sesuai dengan yang disetujui dalam rangka pendaftaran, masyarakat terhindar dari informasi yang menyesatkan dan terakutinya kemampuan pengujian laboratorium PPOM/BPOM ke dalam sistem akreditasi Internasional.

Kegiatan pokok yang dilaksanakan mencakup antara lain :

- (1) penyusunan dan pengembangan standar kriteria penilaian dan pendaftaran;
- (2) penilaian khasiat, keamanan, pengujian mutu dan pendaftaran secara terpusat;
- (3) penilaian ulang produk yang sudah terdaftar secara berkala;
- (4) penilaian penandaan, iklim informasi iklan dan promosi sebelum diedarkan;
- (5) mengembangkan harmonisasi pendaftaran regional dan internasional;
- (6) mewujudkan penerapan cara produksi/pembuatan yang baik;
- (7) sertifikasi sarana distribusi PBF;
- (8) mengembangkan sistem monitoring efek samping obat;
- (9) pemeriksaan sarana produksi dan distribusi baik di sektor swasta dan Pemerintah;
- (10) pengambilan contoh dan pengujian laboratorium terhadap produk sediaan farmasi, makanan dan alat kesehatan yang beredar di 27 propinsi;

- (11) penyidikan terhadap kasus pemalsuan, peredaran gelap dan pelanggaran di bidang produksi dan distribusi;
- (12) pemeriksaan materi iklan/promosi;
- (13) pelatihan petugas di bidang penyidikan, pemeriksaan sarana produksi dan distribusi
- (14) pelatihan tenaga pengujian;
- (15) akreditasi laboratorium pengujian obat dan makanan di seluruh propinsi;
- (16) pelayanan rujukan laboratorium; dan
- (17) pengadaan peralatan, bahan baku standar serta hewan percobaan.

5.4. Program Penggunaan Obat Rasional

Tujuan program ini adalah meningkatkan keamanan dan kemanfaatan penggunaan obat serta mengoptimalkan efektifitas obat terhadap biaya.

Sasaran program ini adalah tercapainya tujuan medis penggunaan obat secara efektif dan aman serta efisiensi penggunaan pembiayaan obat secara nasional.

Kegiatan pokok yang dilaksanakan mencakup antara lain :

- (1) memasyarakatkan konsepsi obat esensial;
- (2) menerapkan dan memasyarakatkan penggunaan obat generik;
- (3) memberdayakan panitia farmasi dan terapi di rumah sakit;

- (4) mengembangkan dan menerapkan pedoman pengobatan yang rasional di berbagai tingkat pelayanan;
- (5) menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan;
- (6) menggerakkan penerapannya dengan berbagai pihak terkait;
- (7) melaksanakan pemantauan dan pembinaan secara sistematis terhadap penerapan konsep obat esensial; dan
- (8) menggerakkan pemberantasan promosi obat tidak etis.

5.5. Program Obat Esensial

Tujuan program ini adalah menjamin ketersediaan dan keterjangkauan obat secara nasional sesuai dengan kebutuhan medis sebagian besar populasi dan individu, serta menjamin kecukupan kebutuhan obat esensial generik bagi pelayanan kesehatan dasar di sektor pemerintah.

Sasaran program adalah tersedianya obat yang bermutu, aman dan efektif sesuai kebutuhan medis masyarakat dan tercukupinya kebutuhan obat pelayanan kesehatan dasar serta efisiensi pembiayaan obat secara nasional.

Kegiatan pokok yang dicakup dalam program ini antara lain :

- (1) mengembangkan, memonitor, menilai dan merevisi daftar obat esensial secara berkala;

- (2) menerapkan konsepsi dan mengadakan obat sesuai daftar obat esensial pada fasilitas pelayanan kesehatan sektor pemerintah;
- (3) mendorong sektor swasta untuk menerapkan konsep obat esensial;
- (4) menggerakkan penerapan konsep obat esensial;
- (5) mengembangkan rencana induk kebutuhan obat/alkes berbagai program kesehatan secara terpadu;
- (6) menetapkan plafon dan struktur harga sebagai pedoman pengadaan obat sektor pemerintah;
- (7) menyusun dan melaksanakan konsep daftar alkes esensial untuk pelayanan kesehatan dasar;
- (8) mengembangkan pedoman pengadaan obat sektor pemerintah;
- (9) memonitor dan mengendalikan stok obat esensial di kabupaten/kota secara nasional;
- (10) mengadakan buffer stok tingkat nasional dan obat sangat-sangat esensial pelayanan kesehatan dasar;
- (11) mengembangkan sistem pengelolaan obat di kabupaten/kota; dan
- (12) menyelenggarakan pelatihan dan pembinaan manajemen obat secara terus menerus.

5.6. Program Pembinaan dan Pengembangan Obat Asli Indonesia

Tujuan program ini adalah mengembangkan dan meningkatkan obat asli Indonesia yang bermutu tinggi dan

aman serta memiliki khasiat nyata yang teruji secara ilmiah dan dimanfaatkan secara luas untuk pengobatan sendiri oleh masyarakat maupun digunakan dalam pelayanan kesehatan formal.

Sasaran program ini adalah Obat Asli Indonesia dapat dikembangkan dan dimanfaatkan secara luas terutama dalam pelayanan kesehatan formal maupun ekspor.

Kegiatan pokok yang dicakup dalam program ini adalah :

- (1) standarisasi simplisia termasuk ekstrak OAI;
- (2) pengembangan agromedicine dan kerjasama lintas sektor;
- (3) merintis penggunaan fitofarmaka OAI pada rumah sakit dan puskesmas;
- (4) pemetaan OAI dan etnofarmakognosi;
- (5) pembangunan sentra informasi OAI;
- (6) peningkatan ekspor OAI; dan
- (7) pengembangan jaringan kerjasama antara industri OAI dan lembaga penelitian dalam lingkungan.

5.7. Program Pembinaan dan Pengembangan Industri Farmasi

Tujuan program ini adalah memperkuat struktur dan daya saing industri farmasi Indonesia sehingga mampu mencukupi kebutuhan obat didalam negeri maupun untuk ekspor dengan harga yang wajar

dan kualitas yang berstandar internasional.

Sasaran program ini adalah meningkatkan kemandirian industri farmasi nasional termasuk dalam produksi bahan baku obat yang ekonomis dan efisien dengan memanfaatkan sumber daya dalam negeri.

Kegiatan pokok yang dicakup antara lain:

- (1) restrukturisasi industri farmasi dengan memperkuat keterkaitan dan sinergi antara industri hulu dan hilir;
- (2) mengembangkan iklim usaha yang kondusif dengan persaingan yang sehat;
- (3) memberikan berbagai kemudahan dan insentive untuk meningkatkan ekspor;
- (4) aliansi strategi industri farmasi nasional dengan industri multi nasional untuk pengembangan ekspor; dan
- (5) meningkatkan efisiensi dan daya saing industri farmasi melalui deregulasi yang dinamis.

6. Pokok Program Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan

Untuk penyelenggaraan upaya kesehatan sesuai dengan visi, misi dan strategi yang telah ditetapkan, dibutuhkan kebijakan dan manajemen sumber daya yang efektif dan efisien sehingga dapat tercapai pelayanan kesehatan yang merata dan

berkualitas. Sumber daya tersebut terdiri dari sumber daya tenaga, pembiayaan, fasilitas, ilmu pengetahuan, teknologi serta informasi. Sumber daya yang mendukung tercapainya visi, misi dan strategi tersebut berasal dari pemerintah dan masyarakat termasuk swasta.

Program program yang tercakup dalam Pokok Program Kebijakan dan Manajemen Kesehatan antara lain adalah sebagai berikut :

6.1. Program Pengembangan Kebijakan Kesehatan Program

Program ini bertujuan untuk mengembangkan kebijakan kesehatan nasional untuk dapat menjawab kebutuhan masyarakat dalam menuju Indonesia Sehat 2010. Kebijakan kesehatan dimasa depan harus berlandaskan kepada fakta dan keadaan sebenarnya yang ada di masyarakat, kebijakan yang mendukung kerjasama lintas sektor dengan mempertimbangkan efisiensi dan efektivitas dari program intervensi, sehingga dapat dicapai suatu sistem kesehatan yang efisien, efektif, berkualitas dan lestari.

Sasaran program ini adalah:

- (1) terciptanya kebijakan kesehatan yang dapat menjamin tercapainya sistem kesehatan yang efisien, efektif, berkualitas dan lestari serta memperhatikan nilai nilai dasar pemberdayaan masyarakat, hak

individu untuk memperoleh pelayanan kesehatan;

- (2) terciptanya kebijakan kesehatan yang sejalan dengan perubahan ketatanegaraan dan sistem pemerintahan pada umumnya dan mendukung reformasi di segala bidang, terutama dalam bidang kesehatan; dan
- (3) tersedianya sumber daya manusia di bidang kesehatan yang mampu melakukan berbagai pengkajian terhadap kebijakan kesehatan yang ada sebagai dasar pengembangan kebijakan.

Kegiatan program ini terdiri dari:

- (1) pelembagaan pengembangan kebijakan kesehatan baik di tingkat nasional maupun daerah;
- (2) peningkatan kemampuan pengembangan kebijakan kesehatan ditingkat nasional dan daerah;
- (3) pengkajian dampak kebijakan pembangunan nasional khususnya kebijakan kesehatan terhadap kesehatan masyarakat; dan
- (4) pengembangan kebijakan kesehatan ditingkat nasional dan daerah.

6.2. Program Pengembangan Manajemen Pembangunan Kesehatan

Program ini bertujuan untuk meningkatkan daya guna aparatur kesehatan dalam rangka menunjang penyelenggaraan upaya kesehatan.

Secara khusus program bertujuan :

- (1) meningkatkan fungsi perencanaan dan penilaian pembangunan kesehatan;
- (2) meningkatkan pengelolaan administrasi keuangan dan perlengkapan;
- (3) meningkatkan pengorganisasian dan ketatalaksanaan tugas umum pemerintahan dan pembangunan; dan
- (4) meningkatkan fungsi pengawasan, pengendalian dan pemeriksaan.

Sasaran program ini adalah :

- (1) makin sempurnanya sistem perencanaan kesehatan melalui pendekatan wilayah dan sektoral;
- (2) berubahnya organisasi dan ketatalaksanaan di berbagai tingkat administrasi sesuai dengan azas desentralisasi dan penyelenggaraan pemerintahan yang baik (good governance);
- (3) tertatanya administrasi keuangan dan perlengkapan yang efisien dan fleksibel di seluruh jajaran kesehatan; dan
- (4) terciptanya mekanisme pengawasan pengendalian di seluruh jajaran kesehatan.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) penyusunan sistem perencanaan kesehatan wilayah dan sektoral;
- (2) meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan dalam perencanaan

- kesehatan, terutama tenaga di kabupaten/kota;
- (3) melakukan pengkajian terhadap kemampuan daerah dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan;
 - (4) penyusunan organisasi pada jajaran kesehatan pemerintah;
 - (5) penyusunan sistem kerjasama lintas sektor di bidang kesehatan dan pengaturan kembali peran pemerintah - swasta dalam pembangunan kesehatan sesuai konsep paradigma sehat;
 - (6) penyempurnaan administrasi keuangan menuju terciptanya otonomisasi keuangan sarana kesehatan;
 - (7) penyempurnaan administrasi perlengkapan sesuai dengan azas desentralisasi; dan
 - (8) penyempurnaan mekanisme pengawasan dan pengendalian, utamanya memperkuat peranan masyarakat madani dalam pengawasan pembangunan kesehatan.

6.3. Program Pengembangan Hukum Kesehatan

Program Pengembangan Hukum Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan peranan Hukum di bidang kesehatan agar Pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 dapat berjalan dengan baik.

Sasaran program ini adalah :

- (1) tersusunnya berbagai perangkat hukum bidang kesehatan secara menyeluruh baik yang menyangkut upaya kesehatan maupun sumber daya kesehatan;
- (2) terlaksananya inventarisasi, kajian dan analisis secara akademis seluruh perangkat hukum yang berhubungan dengan penyelenggaraan upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan;
- (3) tersedianya dokumentasi hukum bidang kesehatan dan bidang lainnya dalam satu Sistem Jaringan Dokumentasi Hukum;
- (4) terlaksananya penyebarluasan program hukum bidang kesehatan; dan
- (5) tersedianya perangkat guna dilaksanakannya proses litigasi dan mitigasi dalam penyelesaian konflik hukum di bidang kesehatan.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) peningkatan kesadaran hukum para aparatur jajaran kesehatan agar penyelenggaraan upaya kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang ada;
- (2) penggerakan partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan;
- (3) pembuatan berbagai produk hukum untuk mengatasi persoalan pembiayaan kesehatan melalui JPKM; dan
- (4) penataan kembali berbagai produk hukum yang mampu mengatasi

hambatan-hambatan dalam mendukung program reformasi bidang kesehatan antara lain tenaga kesehatan, sarana kesehatan dan rumah sakit.

6.4. Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan

Program ini bertujuan untuk mengembangkan sistem informasi kesehatan guna mewujudkan suatu sistem informasi kesehatan yang komprehensif berhasil guna dan berdaya guna dalam mendukung pembangunan kesehatan mencapai Indonesia Sehat 2010.

Sasaran utama program ini adalah tersedianya informasi yang akurat, tepat waktu, lengkap dan sesuai dengan kebutuhan sebagai bahan dalam proses pengambilan keputusan untuk perumusan kebijakan, perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan penilaian program kesehatan disemua tingkat administrasi kesehatan.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) pemantapan dan pengembangan manajemen sistem informasi kesehatan, meliputi pengaturan sistem informasi kesehatan yang komprehensif melalui peraturan perundang-undangan sebagai landasan berpijak, penataan sistem

pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan dan sumberdaya di bidang kesehatan, pemantapan dan pengembangan prosedur pengumpulan dan pengolahan data, dan pemantapan serta pengembangan spesifikasi piranti keras dan lunak;

- (2) pemantapan dan pengembangan jaringan kerjasama yang dinamis lintas program dan lintas sektor, meliputi pengorganisasian pengelola data dan informasi baik struktural maupun fungsional, pengembangan jaringan komunikasi data dan informasi, pembangunan pangkalan data di setiap tingkat administrasi kesehatan; dan
- (3) pemantapan dan pengembangan pengolahan data, analisis dan penyajian informasi, serta penyebarluasan dan pemanfaatannya.

7. Pokok Program Pengembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan

Program penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan bertujuan untuk memberikan masukan ilmu pengetahuan dan IPTEK untuk menunjang pembangunan kesehatan dan utamanya untuk mendukung perumusan kebijakan, membantu memecahkan masalah kesehatan dan mengatasi kendala didalam pelaksanaan program kesehatan. Penelitian dan pengembangan kesehatan akan terus dikembangkan dan didesentralisasikan sehingga menjadi bagian dari sistem manajemen kesehatan daerah.

Sasaran program ini adalah :

- (1) makin berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi yang didorong untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, gizi, pendayagunaan obat, pemberantasan penyakit menular dan perbaikan lingkungan;
- (2) makin berkembangnya penelitian yang berkaitan dengan ekonomi kesehatan untuk mengoptimalkan pemanfaatan pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan swasta, serta meningkatkan kontribusi pemerintah dalam pembiayaan kesehatan yang masih terbatas; dan
- (3) terlaksananya penelitian bidang sosial budaya dan perilaku hidup sehat untuk mengembangkan gaya

hidup sehat atau life style dan mengurangi masalah kesehatan masyarakat yang ada.

Program program yang tercakup dalam Pokok Program Penelitian Kesehatan antara lain adalah sebagai berikut :

7.1. Program Penelitian dan Pengembangan Peningkatan Perilaku dan Pemberdayaan Masyarakat

Program ini bertujuan untuk memberikan masukan Ilmu pengetahuan dan teknologi untuk menunjang pembangunan kesehatan utamanya mendukung perumusan kebijakan, membantu memecahkan masalah dan mengatasi kendala dalam pelaksanaan program Peningkatan Perilaku, Pemberdayaan dan Kemandirian Masyarakat.

Sasaran yang akan dicapai melalui program ini adalah diketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi antara petugas kesehatan dengan masyarakat, jenis-jenis informasi yang diperlukan oleh masyarakat, serta model bantuan, bimbingan dan perlindungan bagi masyarakat agar dapat berperilaku hidup bersih dan sehat.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) penelitian faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi antara petugas kesehatan dengan masyarakat;
- (2) pengembangan paket informasi gizi

seimbang dan perilaku sehat bagi masyarakat;

- (3) pengembangan model-model bantuan, bimbingan dan perlindungan bagi masyarakat untuk dapat berperilaku hidup sehat;
- (4) pengembangan modul penyuluhan gizi dan kesehatan menuju perilaku sehat;
- (5) pengembangan paket makanan bergizi dan aman bagi kesehatan;
- (6) pengembangan modul penyuluhan anti tembakau, alkohol dan madat;
- (7) pengembangan model pencegahan kecelakaan (lalulintas) dan rudapaksa;
- (8) pengembangan model peranserta masyarakat; dan
- (9) pengembangan model pembiayaan kesehatan oleh masyarakat.

7.2. Program Penelitian dan Pengembangan Peningkatan Lingkungan Sehat

Program ini bertujuan untuk memberikan masukan Ilmu pengetahuan dan teknologi untuk menunjang pembangunan kesehatan utamanya mendukung perumusan kebijakan, membantu memecahkan masalah dan mengatasi kendala dalam pelaksanaan program Peningkatan Kesehatan Lingkungan.

Sasaran yang akan dicapai melalui program ini adalah diketahuinya faktor-

faktor yang mempengaruhi mutu lingkungan hidup serta kemauan dan kemampuan baik pemerintah maupun masyarakat termasuk swasta dalam merencanakan dan melaksanakan pembangunan berwawasan kesehatan.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) penelitian terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi penularan penyakit seperti penyebab, penular dan sumber (agent, vektor, reservoir);
- (2) penelitian terhadap zat-zat pencemar lingkungan (air, udara, tanah) dan dampaknya bagi kesehatan;
- (3) pengembangan model pengolahan limbah rumah tangga dan industri;
- (4) pengembangan model lingkungan sehat seperti pemukiman, industri, tempat-tempat umum, tempat pariwisata, rumah, dan bangunan;
- (5) penelitian dampak pembangunan dan perubahan ekosistem terhadap kesehatan;
- (6) penelitian dampak medan elektromagnetik dan radiasi terhadap kesehatan;
- (7) pengembangan teknologi tepat guna, pengadaan sarana sanitasi di daerah bermasalah seperti daerah pasang surut atau rawa, lahan gambut, dan lain sebagainya;
- (8) penelitian terhadap bahan alami yang bersifat racun yang membahayakan kesehatan;
- (9) penelitian terhadap residu obat,

bahan berbahaya, logam berat dalam bahan makanan; dan

- (10) penelitian dampak perubahan cuaca terhadap kesehatan, terutamaantisipasi terhadap kekurangan gizi akibat kurangnya produksi pangan.

7.3. Program Penelitian dan Pengembangan Peningkatan Upaya Kesehatan

Program ini bertujuan untuk memberikan masukan Ilmu pengetahuan dan teknologi untuk menunjang pembangunan kesehatan utamanya mendukung perumusan kebijakan, membantu memecahkan masalah dan mengatasi kendala dalam pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Pemerataan Upaya Kesehatan.

Sasaran yang akan dicapai melalui program ini adalah diketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi mutu dan pemerataan upaya kesehatan terutama pada upaya kesehatan dasar di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) penelitian kebutuhan pelayanan kesehatan pada masyarakat pedesaan;
- (2) pengembangan model puskesmas dan rumah sakit swadana;
- (3) penelitian intensifikasi program imunisasi;
- (4) penelitian pengendalian penyakit menular dan tidak menular,

termasuk penyakit-penyakit yang baru muncul dan penyakit lama yang muncul kembali (emerging dan re-emerging diseases);

- (5) pengembangan model dan standarisasi pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan penunjang yang bermutu, terjangkau dan merata;
- (6) penelitian kesehatan reproduksi;
- (7) pengembangan model penanggulangan bencana;
- (8) pengembangan model analisis kebijakan dalam upaya kesehatan;
- (9) pengembangan model pelayanan obat yang baik untuk menunjang penggunaan obat yang rasional; dan
- (10) pengembangan model dan standarisasi pelayanan kesehatan kerja.

7.4. Program Penelitian dan Pengembangan Peningkatan Sumber Daya Kesehatan

Program ini bertujuan untuk memberikan masukan Ilmu pengetahuan dan teknologi untuk menunjang pembangunan kesehatan utamanya untuk mendukung perumusan kebijakan, membantu memecahkan masalah dan mengatasi kendala dalam pelaksanaan program.

Sasaran yang akan dicapai melalui program ini adalah diketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi pengelolaan berbagai sumber daya kesehatan seperti

tenaga kesehatan, biaya kesehatan, obat, obat tradisional dan perbekalan farmasi lainnya serta makanan dan minuman agar dapat dimanfaatkan secara optimal dan merata oleh masyarakat.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) penelitian faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan, sikap dan perilaku tenaga kesehatan baik teknis maupun manajer;
- (2) pengkajian kebutuhan tenaga kesehatan;
- (3) penelitian faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat oleh masyarakat;
- (4) pengembangan model perencanaan obat berdasarkan penggunaan obat yang rasional;
- (5) penelitian toksikologi makanan, kosmetik dan alat kesehatan;
- (6) penelitian Tanaman Obat, Obat dan Pengobatan Asli Indonesia;
- (7) penelitian dan pengembangan peran serta pengobat tradisional dalam mengatasi masalah kesehatan; dan
- (8) studi longitudinal pelaksanaan Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan dalam upaya menanggulangi krisis.

7.5. Program Penelitian dan Pengembangan Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan

Program ini bertujuan untuk memberikan masukan Ilmu pengetahuan

dan teknologi untuk menunjang pembangunan kesehatan utamanya untuk mendukung perumusan kebijakan, membantu memecahkan masalah dan mengatasi kendala dalam pelaksanaan program Pengembangan Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan.

Sasaran yang akan dicapai melalui program ini adalah diketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi pengembangan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan agar efektif dan efisien.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) penelitian Pola Perumusan Kebijakan bidang Kesehatan;
- (2) penelitian Pemanfaatan Data dan Informasi dalam Perumusan Peraturan di bidang Kesehatan;
- (3) pengembangan model Manajemen Pembangunan Kesehatan yang efektif dan efisien;
- (4) pengembangan model survailans, penghimpunan data dan informasi melalui pemanfaatan teknologi informasi;
- (5) pengembangan indikator sehat;
- (6) penelitian analisis dan evaluasi peraturan dan perundang-undangan bidang kesehatan; dan
- (7) pengembangan Jaringan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nasional sebagai wahana kerjasama lintas sektoral dalam pembangunan kesehatan.

7.6. Program Penelitian dan Pengembangan Ilmu-ilmu Dasar dan Terapan Bidang Kesehatan

Program ini bertujuan untuk menemukan dan menguasai ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan untuk mengurangi ketergantungan terhadap Ilmu pengetahuan dan teknologi yang dihasilkan oleh pihak luar negeri.

Sasaran yang akan dicapai melalui program ini adalah dihasilkannya Ilmu pengetahuan dan teknologi baru bidang kesehatan dan kedokteran baik yang bersifat dasar maupun terapan untuk menunjang pembangunan kesehatan utamanya untuk mendukung perumusan kebijakan, membantu memecahkan masalah dan mengatasi kendala dalam pelaksanaan program-program pembangunan.

Kegiatan program ini terdiri dari :

- (1) penelitian pengembangan vaksin melalui teknik biologi molekuler;
- (2) pengembangan metoda diagnosis dini berbagai penyakit;
- (3) penelitian genetik berbagai vektor penyakit;
- (4) penelitian eksplorasi bahan dasar obat dalam rangka upaya penemuan obat baru dari bahan alami;
- (5) penelitian bidang bioteknologi kedokteran dan kesehatan;
- (6) penelitian tentang falsafah dan metodologi Pengobatan/Obat Asli Indonesia;
- (7) penelitian monoclonal antibody untuk deteksi cepat dan akurat berbagai penyakit; dan
- (8) pengembangan model penanggulangan limbah dengan teknologi canggih.

Program Kesehatan Unggulan

Menyadari keterbatasan Sumber daya yang tersedia serta disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan yang ditemukan dalam masyarakat dan kecenderungannya pada masa mendatang, maka untuk meningkatkan percepatan perbaikan derajat kesehatan masyarakat yang dinilai penting untuk mendukung keberhasilan program pembangunan nasional, ditetapkan 10 program unggulan kesehatan sebagai berikut:

1. Program Kebijakan Kesehatan, Pembiayaan Kesehatan dan Hukum Kesehatan
2. Program Perbaikan Gizi
3. Program Pencegahan Penyakit Menular termasuk Imunisasi

4. Program Peningkatan Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Mental
5. Program Lingkungan Pemukiman, Air dan Udara Sehat
6. Program Kesehatan Keluarga, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana
7. Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja
8. Program Anti Tembakau, Alkohol dan Madat
9. Program Pengawasan Obat, Bahan Berbahaya, Makanan dan
10. Program Pencegahan Kecelakaan dan Rudapaksa, termasuk Keselamatan Lalu lintas

Kebutuhan Sumber Daya Kesehatan

perpustakaan.kemkes.go.id

Kebutuhan Sumber Daya Kesehatan

Untuk terselenggaranya pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 diperlukan tersedianya dukungan sumber daya kesehatan yang cukup. Adapun yang dimaksud dengan sumber daya disini meliputi sumber daya tenaga, sumber daya biaya serta sumber daya sarana kesehatan.

A. SUMBER DAYA TENAGA

1. Kebutuhan Tenaga

Penyelenggaraan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan serta pembangunan kesehatan memerlukan berbagai jenis tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan melaksanakan upaya kesehatan dengan paradigma sehat, yakni yang lebih mengutamakan upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan serta pencegahan penyakit. Keperluan tersebut harus disusun dalam suatu rencana kebutuhan tenaga kesehatan sesuai dengan sasaran nasional program pembangunan kesehatan jangka menengah tahun 2010. Selanjutnya keperluan tersebut diperhitungkan terutama terhadap beban kerja yang harus dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dalam mencapai sasaran upaya kesehatan pada tahun 2010, untuk kemudian dibagi dengan kemampuan tenaga tersebut

melakukan upaya termaksud sampai dengan tahun 2010.

Dewasa ini tenaga kesehatan di Indonesia adalah sekitar 769.832 tenaga, terdiri dari 384.916 tenaga masyarakat dan 384.916 tenaga pemerintah.

Kecenderungan penyediaan tenaga tersebut pada tahun 2010 adalah sekitar 1.399.624, yang terdiri dari 699.812 tenaga masyarakat dan 699.812 tenaga pemerintah. Dengan memperhatikan keperluan program-program kesehatan seperti yang digariskan dalam rencana Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010, dan kemungkinan proyeksi penyediaan serta pemberdayaan tenaga tersebut, direncanakan tenaga kesehatan di seluruh Indonesia pada tahun 2010 adalah 1.305.000 tenaga.

Secara keseluruhan tampaknya jumlah kebutuhan dan penyediaan tenaga kesehatan pada tahun 2010 cukup seimbang. Tetapi bila ditinjau secara lebih spesifik penyediaan untuk beberapa kategori tenaga masih kurang mencukupi untuk memenuhi kebutuhan tenaga tersebut, yaitu terutama: dokter umum, dokter spesialis, perawat dan bidan serta sarjana kesehatan masyarakat.

Gambaran perincian kebutuhan tenaga kesehatan masyarakat dan pemerintah

serta menurut jenis tenaga dan masing-masing pokok program, menurut jenis tenaga dan tempat penugasan dapat dilihat dalam tabel 13 dan tabel 14

2. Pengadaan Tenaga

Untuk memenuhi kebutuhan tenaga yang direncanakan perlu diadakan peningkatan pendidikan dan pelatihan serta pengelolaan tenaga kesehatan yang ada.

Pengadaan tenaga kesehatan dilaksanakan melalui pendidikan dan pelatihan tenaga yang diselenggarakan oleh masyarakat dan pemerintah. Pemerintah menetapkan kebijakan pengadaan tenaga bagi Pegawai Negeri Sipil yang meliputi pendidikan dan pelatihan serta menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan yang bersifat strategi.

Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sebagai suatu kesatuan yang terpadu harus dikembangkan secara menyeluruh dan menyangkut hal-hal berikut:

1) Siswa

Pada masa yang akan datang tenaga kesehatan profesional yang akan dikembangkan adalah tenaga kesehatan tingkat madya dan tingkat sarjana. Kebijaksanaan ini ditetapkan

karena makin meningkatnya mutu tenaga yang dibutuhkan serta makin banyaknya lulusan setingkat sekolah menengah umum yang dihasilkan

2) Pendidik

Dengan makin meningkatnya mutu tenaga kesehatan yang dibutuhkan, diperlukan tenaga pendidik yang memiliki pengetahuan dan keterampilan yang tinggi, di samping memiliki pula kemampuan mendidik yang andal berdasarkan teknologi pendidikan.

3) Lembaga Pendidikan

Lembaga pendidikan pada masa yang akan datang harus terakreditasi dan makin ditingkatkan mutunya sedemikian rupa sehingga dapat berperan sebagai sumber teknologi kesehatan, di samping sumber penyediaan tenaga kesehatan.

4) Perangkat Lunak dan Perangkat Keras

Perangkat lunak dan perangkat keras merupakan unsur yang tidak dapat dipisahkan dalam kegiatan pendidikan. Oleh karena itu, kedua perangkat tersebut akan dikembangkan secara serasi.

5) Pengembangan Karier Tenaga Kesehatan

Pengembangan karier tenaga kesehatan akan didasarkan pada sistim karier dan prestasi kerja. Pendidikan dan pelatihan harus

diarahkan kepada pengembangan karier tenaga kesehatan.

3. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan

Pendayagunaan tenaga kesehatan akan menjadi unsur terpenting dalam pengembangan tenaga kesehatan di masa mendatang. Oleh karena itu kemampuan pendayagunaan tenaga di semua tingkat perlu terus ditingkatkan.

Pengembangan karier tenaga kesehatan swasta dan pemerintah penting untuk terus ditingkatkan dan diserasikan secara bertahap. Dalam kaitannya dengan hal ini Pemerintah menerapkan kebijakan pembinaan Pegawai Negeri Sipil di pusat dan daerah yang meliputi antara lain pengaturan sarana, standar dan prosedur kepegawaian serta pengembangan karier.

Profesionalisme tenaga kesehatan akan terus ditingkatkan dan dilaksanakan melalui penerapan kemajuan ilmu dan teknologi serta melalui penerapan nilai-nilai moral dan etika.

B. SUMBER DAYA SARANA

1. Kebutuhan Sarana Kesehatan

Salah satu komponen penting dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah sarana kesehatan yang mampu menunjang berbagai upaya

pelayanan kesehatan baik pada tingkat individu maupun masyarakat. Pada saat ini telah tersedia 7.243 Puskesmas, sekitar 25.000 Puskesmas Pembantu, 522 RSU pemerintah dari berbagai kelas, 42 RS Khusus Pemerintah, 351 RS Swasta dan 616 laboratorium klinik swasta di luar RS. Selain itu tersedia pula kantor Kanwil dan Dinas di setiap provinsi dan Kabupaten/Kota, fasilitas Pendidikan dan Latihan, Balai POM, Gudang Farmasi Kabupaten serta Balai Teknik Kesehatan Lingkungan.

Untuk masa mendatang kebutuhan sarana kesehatan akan disusun dengan memperhatikan beberapa asumsi dasar yaitu:

- (1) terjadinya pergeseran peran pemerintah dari penyelenggara pelayanan yang dominan menjadi penyusun kebijakan dan regulasi dengan tetap memperhatikan kebutuhan pelayanan bagi penduduk miskin;
- (2) makin meningkatnya potensi sektor swasta dalam penyediaan pelayanan kesehatan, khususnya yang bersifat kuratif dan rehabilitatif; dan
- (3) teratasinya krisis ekonomi dan politik dalam waktu yang tidak terlalu lama lagi.

Dengan asumsi dasar di atas dan terbatasnya sumber daya yang dimiliki pemerintah saat ini serta terdapatnya niat untuk lebih meningkatkan efisiensi pelayanan, maka secara umum jumlah

fasilitas kesehatan sektor pemerintah pada masa yang akan datang tidak akan jauh berbeda dengan situasi sekarang. Pembangunan fasilitas kesehatan baru di sektor pemerintah sejauh mungkin akan dihindari. Kegiatan pembangunan akan lebih diutamakan pada peningkatan kualitas sarana fisik dan kemampuan pelayanannya, misalnya peningkatan status puskesmas pembantu menjadi puskesmas dan puskesmas menjadi puskesmas dengan tempat tidur. Selanjutnya puskesmas juga dapat ditingkatkan fungsinya menjadi rumah sakit umum sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Demikian pula harus diperhatikan kebutuhan masyarakat perkotaan yang akan berbeda dengan masyarakat perdesaan, di samping pesatnya arus urbanisasi yang juga harus diperhatikan dalam menghitung kebutuhan fasilitas kesehatan di masa depan. Di samping itu, kemampuan pelayanan kesehatan sektor swasta diharapkan juga akan tumbuh, baik dalam jumlah maupun kapasitasnya.

2. Pengadaan Sarana Kesehatan

Pengadaan fasilitas kesehatan diselenggarakan secara bersama-sama oleh pemerintah dan swasta dengan memperhatikan faktor efisiensi dan ketercapaian bagi penduduk miskin dan kelompok khusus seperti bayi, balita, dan ibu hamil.

3. Pengelolaan Sarana Kesehatan

Pengelolaan sarana kesehatan merupakan hal yang sangat penting, terutama dengan makin kompleksnya manajemen pelayanan kesehatan di masa depan. Peningkatan kemampuan manajerial yang profesional, di sektor pemerintah dan swasta, yang didukung oleh peningkatan kemampuan teknis tenaga pemberi pelayanan merupakan hal yang sangat perlu diperhatikan untuk dapat menjamin keberhasilan dan kelestarian upaya pelayanan kesehatan secara nasional. Secara khusus, kemampuan pimpinan daerah untuk melakukan advokasi dan menjalin kemitraan dengan sektor lain dan sektor swasta perlu ditingkatkan.

Sejalan dengan upaya desentralisasi bidang kesehatan, perhatian khusus akan diarahkan pada pembebanan biaya, pengelolaan, akuntabilitas dari sumber daya yang mengikutinya. Fleksibilitas dalam melakukan inovasi manajerial akan terus dikembangkan. Secara khusus perimbangan pembiayaan antara pemerintah Pusat dan Daerah merupakan salah satu kebijakan strategis yang perlu diperhatikan, terutama bagi daerah-daerah dengan tingkat Pendapatan Asli Daerah yang masih rendah. Iklim yang memberikan kemudahan dalam pengadaan fasilitas kesehatan di sektor swasta akan terus dikembangkan untuk mendorong pertumbuhan sektor swasta.

Berbagai peraturan perundang-undangan baru akan diciptakan untuk dapat mengatur hal ini.

C. SUMBER DAYA PEMBIAYAAN

1. Kebutuhan Pembiayaan

Penyelenggaraan program kesehatan memerlukan pengembangan sistem pembiayaan yang bersumber dari pemerintah dan masyarakat termasuk swasta yang mampu menghasilkan tersedianya dana yang memadai. Pengalaman selama ini menunjukkan terjadinya inefisiensi dalam penggunaan anggaran pemerintah dan swasta. Dengan demikian dalam kurun waktu kedepan akan diupayakan penggunaan dana secara lebih efisien yang dapat dicapai melalui penyusunan sistem pembiayaan yang memperhatikan pemerataan, efisiensi, dan kelestarian serta mampu menjamin tersedianya pelayanan yang berkualitas.

Penggunaan dana pemerintah sampai saat ini masih lebih banyak ditujukan kepada upaya pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif baik pada tingkat pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan. Sistem pembiayaan di atas diharapkan dapat digeser menuju pelayanan promotif dan preventif dengan tetap memperhatikan kelangsungan pelayanan kuratif yang ada, khususnya bagi masyarakat miskin.

Dengan akan berjalannya desentralisasi maka sumber dana pemerintah Pusat dan Daerah akan dikembangkan secara optimal dan berimbang, baik antar program kesehatan, antar daerah maupun antar sektor.

Pengeluaran langsung masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang merupakan porsi terbesar dari pembiayaan kesehatan nasional akan diarahkan menjadi sistem pembiayaan pra-upaya (JPKM) sehingga lebih efisien. Selama ini JPKM belum berjalan dengan baik dan karena itu akan ditingkatkan dengan mempersiapkan tenaga profesional lapangan dan menciptakan iklim yang kondusif bagi pengembangannya. Pengembangan sistem ini akan memakan waktu yang cukup lama untuk dapat mencakup sebagian besar penduduk.

Di sisi lain kondisi keuangan negara pada saat ini yang belum cerah disertai dengan berbagai krisis lain yang belum dapat diramalkan kapan berakhirnya menyebabkan perhitungan kebutuhan pembiayaan menjadi amat sulit. Kenyataan bahwa sektor kesehatan merupakan salah satu sektor selain sektor pendidikan dan sosial yang mendapat perhatian besar selama krisis berlangsung merupakan suatu peluang yang harus dimanfaatkan secara optimal untuk meningkatkan porsi anggaran sektor kesehatan di masa depan.

Gambaran makro kebutuhan anggaran pemerintah untuk sektor kesehatan diharapkan meningkat dari hanya 2,5% menjadi 5% di masa depan yang diikuti dengan realokasi anggaran kepada berbagai program yang lebih "cost-effective". Di sisi lain, dalam jangka pendek kita masih harus tetap memperhitungkan kebutuhan pembiayaan bagi penyelenggaraan Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan yang diperkirakan masih akan berlangsung beberapa tahun lagi. Keadaan ini sangat tergantung kepada upaya mobilisasi sumber daya masyarakat dalam bentuk pengembangan sistem JPKM berikut perangkatnya.

2. Pengadaan Pembiayaan

Sumber biaya untuk penyelenggaraan pembangunan kesehatan berasal dari dana pemerintah dan masyarakat/swasta. Sejak krisis ekonomi terjadi, terdapat ketergantungan yang besar terhadap dana Bantuan Luar Negeri. Diperkirakan dana BLN ini akan berkurang dalam beberapa tahun mendatang sehingga upaya penggalian sumber dana masyarakat merupakan upaya yang harus dimulai dan dilaksanakan dalam tahun-tahun mendatang.

Perlu diperhatikan bahwa di masa datang peran Daerah akan menjadi menonjol dalam pembiayaan pembangunan kesehatan sebagai konsekuensi logis dari berjalannya desentralisasi.

3. Pengelolaan Pembiayaan

Pengelolaan pembiayaan diarahkan untuk mencapai tingkat efisiensi yang setinggi-tingginya, baik efisiensi alokasi maupun efisiensi teknis baik di tingkat program, wilayah maupun institusi. Kemampuan Dinas Kesehatan Daerah dalam advokasi kepada pemerintah daerah akan pentingnya pembangunan kesehatan wilayah, akan terus ditingkatkan. Selain itu penyelenggaraan pemerintahan yang baik (*good governance*) merupakan suatu pra kondisi untuk dapat terciptanya sistem pembiayaan yang baik.

Pengelolaan dana masyarakat yang diupayakan melalui mekanisme pihak ketiga (JPKM) diharapkan dapat lebih efisien. Keadaan ini dapat segera terwujud bila didukung oleh tenaga pengelola JPKM yang profesional serta tersedianya peraturan perundang-undangan yang menopang.

Pengorganisasian dan Penggerakan Pelaksanaan

Umum

Pelaksanaan kegiatan pembangunan kesehatan nasional memerlukan penanganan yang luas dan seksama pada berbagai tingkat administrasi pemerintahan dan masyarakat sendiri. Kecuali itu perlu dicermati pula dinamika dan perkembangan yang cepat dan terjadi di dalam maupun luar negeri. Di samping perlu diperhatikan pula tantangan persaingan global, penyelenggaraan otonomi daerah, perimbangan keuangan Pusat dan Daerah, peran serta masyarakat, pemerataan dan keadilan, serta potensi dan keaneka ragaman masing-masing daerah.

Sejalan dengan strategi pembangunan kesehatan untuk mewujudkan Indonesia Sehat 2010, perlu digarisbawahi bahwa pembangunan kesehatan tidak dapat hanya bersandar kepada kegiatan dari sektor kesehatan semata, melainkan merupakan kegiatan pembangunan yang dikerjakan secara sinkron dan efisien dari berbagai sektor terkait. Sejak lama telah disadari bahwa kerja sama lintas sektor dan lintas program merupakan salah satu kunci utama keberhasilan pembangunan, yang selama ini dalam kenyataannya kurang mendapat perhatian yang seksama.

Penggerakan pelaksanaan pelbagai program kesehatan, dimaksudkan agar pihak yang memberikan pelayanan kesehatan (*provider*), pihak yang menggunakan pelayanan atau jasa kesehatan (*consumer*) serta pihak lain sebagai penyangga dan pengawas dapat menyelenggarakan berbagai program kesehatan tersebut dengan sebaik-baiknya.

Perkembangan selama ini menunjukkan bahwa ketergantungan antar manusia makin dirasakan. Untuk keberhasilan pelaksanaan suatu program diperlukan komunikasi dan kerja sama antar berbagai kelompok atau unit-unit kerja. Di samping itu perlu ditumbuhkan pula motivasi yang tinggi serta pembaharuan dalam orientasi nilai yang perlu di dukung dengan kesadaran akan pentingnya pengadaan dan penggunaan data, serta penyebarluasan informasi.

Penggerakan pelaksanaan program meliputi pengorganisasian, pengisian tenaga, motivasi masyarakat dan tugas dalam rangka peningkatan peran serta masyarakat, kerja sama intra dan antar sektoral, serta pembinaan.

Pengorganisasian

Dalam rangka menunjang pelaksanaan pembangunan kesehatan, upaya-upaya kesehatan perlu dilaksanakan melalui pola-pola struktur organisasi. Tugas pokok Departemen Kesehatan adalah menyelenggarakan sebagian tugas umum pemerintahan dan tugas pembangunan di bidang kesehatan. Dengan demikian, pokok program kesehatan selalu disesuaikan dengan upaya-upaya yang termasuk penyelenggaraan pemerintahan umum, baik yang kegiatannya sudah menjadi rutin maupun upaya pembangunan kegiatannya dibatasi dengan waktu dan sasaran. Kegiatan rutin dan kegiatan pembangunan dari pokok program sangat berpengaruh terhadap besar atau kecilnya satu kesatuan organisasi, sehingga suatu struktur organisasi akan selalu berubah.

Yang perlu dipertimbangkan dalam penggerakan pelaksanaan adalah telah disetujuinya UU No.22 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah dan UU No.25 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Gambaran pengorganisasian yang akan diuraikan dibawah ini sejauh mungkin telah menyerap berbagai aspirasi yang berkembang dalam diskusi tentang penjabaran kedua undang-undang tersebut.

1. Organisasi Kesehatan pada Tingkat Desa

a. Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa

Pada pemerintahan tingkat desa upaya pembangunan kesehatan masyarakat desa merupakan bagian integral dari pembangunan masyarakat desa, dilaksanakan oleh Seksi Kesehatan dan Keluarga Berencana pada Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa yang bertanggung jawab kepada Kepala Desa dan Badan Perwakilan Desa.

b. Puskesmas Pembantu

Puskesmas Pembantu (Pustu) merupakan bagian terpadu dari Puskesmas dan melaksanakan fungsi puskesmas pada tingkat desa. Di daerah tertentu, sesuai dengan kebutuhan, pustu bersama puskesmas mendorong pembentukan pos-pos kesehatan oleh masyarakat yang dikoordinasikan oleh Pemerintahan Desa.

2. Organisasi Kesehatan pada Tingkat Kecamatan

a. Puskesmas

Puskesmas merupakan unit pelaksana dinas kesehatan daerah kabupaten/kota

dan bertanggung jawab kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.

Puskesmas mempunyai tugas menyelenggarakan upaya kesehatan di wilayah kecamatan, yang urusannya telah diserahkan kepada daerah (otonomi) dan tugas pembantuan.

b. Unit Pelaksana Teknis (UPT)

Unit Pelaksana Teknis di bentuk apabila di pandang perlu dan bertugas menyelenggarakan salah satu upaya kesehatan secara terpisah.

c. Organisasi Upaya Kesehatan Swasta

Organisasi upaya kesehatan swasta adalah organisasi masyarakat termasuk swasta yang menyelenggarakan upaya kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan standar profesi serta ketentuan lain yang ditetapkan oleh Pemerintah bersama organisasi profesi.

3. Organisasi Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota

a. Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota

Dinas kesehatan daerah kabupaten/kota adalah unsur pelaksana pemerintah daerah kabupaten/kota yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala daerah kabupaten/kota, bertugas

melaksanakan sebagian urusan rumah tangga daerah di bidang kesehatan.

Aparat kesehatan tingkat kabupaten/kota, yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, memegang wewenang desentralisasi luas di bidang kesehatan serta tugas pembantuan. Artinya, semua upaya kesehatan yang belum dapat dilaksanakan sepenuhnya oleh masyarakat, menjadi tugas aparat kesehatan tingkat kabupaten/kota untuk melaksanakannya, dengan berpegang kepada kebijakan, standar dan peraturan yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota juga menyelenggarakan berbagai tugas pembantuan dalam bidang kesehatan seperti penanganan wabah dan survailans penyakit menular

Dengan demikian, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dapat membentuk berbagai jenis UPT di bidang kesehatan, asalkan cakupan utama wilayah kerjanya adalah kabupaten/kota yang bersangkutan. UPT tersebut misalnya adalah pusat kesehatan masyarakat (puskesmas), rumah sakit kabupaten/kota, gudang farmasi, laboratorium kesehatan, dan lain-lain.

b. Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah adalah unit organik pemerintahan daerah yang bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan, terutama penyembuhan

penderita serta pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa. Pelayanan di RS diutamakan pada pelayanan rujukan. Struktur organisasi rumah sakit didasarkan atas jenis dan tingkat pelayanan yang diselenggarakan oleh masing-masing rumah sakit yang bersangkutan.

c. Unit Pelaksana Teknis (UPT)

Unit ini dibentuk sesuai dengan keperluan dalam rangka pelaksanaan salah satu bidang tugas untuk menunjang tugas pokok induknya. Struktur organisasi unit pelaksana teknis disesuaikan dengan pola-pola organisasi unit pelaksanaan teknis yang ditetapkan oleh Peraturan Pemerintah. Salah satu contoh UPT pada tingkat kabupaten adalah gudang perbekalan farmasi kabupaten/kota yang berada dalam lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

d. Upaya Kesehatan Swasta

Upaya kesehatan masyarakat/swasta pada tingkat kabupaten atau kota dapat berupa rumah sakit atau unit pelayanan lainnya. Susunan organisasi dan tata kerja upaya kesehatan swasta diselenggarakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Rumah Sakit Swasta dapat juga berupa suatu jaringan rumah sakit luar negeri yang telah memenuhi persyaratan untuk beroperasi di Indonesia.

4. Organisasi Kesehatan Daerah Propinsi

Sesuai dengan UU No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah, maka pelaksanaan pembangunan kesehatan di tingkat propinsi adalah Dinas Kesehatan Provinsi yang memegang dua jenis wewenang atau tugas, yaitu (1) wewenang atau tugas desentralisasi secara terbatas, dan (2) wewenang atau tugas dekonsentrasi secara luas. Adapun yang dimaksud dengan wewenang atau tugas desentralisasi secara terbatas adalah pelaksanaan upaya-upaya kesehatan yang belum mampu ditangani oleh masyarakat yang bersifat lintas kabupaten/kota atau belum mampu ditangani oleh Pemerintah Kabupaten/Kota atau lebih efektif dan efisien apabila ditangani oleh Pemerintah Provinsi.

5. Organisasi Kesehatan Tingkat Pusat

Penyempurnaan organisasi pada tingkat pusat selalu berdasarkan atas perkembangan fungsi serta upaya kesehatan yang harus diselenggarakan. Perkembangan baik berupa pemekaran ataupun penciptaan, dapat terjadi pada unsur pelaksana utama seperti tingkatan Direktorat Jenderal, karena volume dan beban kerja tugas-tugas pembangunan di bidang kesehatan bertambah atau justru berkurang karena digabungkan. Perkembangan dapat pula terjadi pada unsur pembantu pimpinan sesuai dengan

bertambahnya fungsi serta upaya yang harus dilaksanakan, terutama dalam bidang manajemen.

Undang-undang No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan menyatakan bahwa pembangunan kesehatan dilaksanakan oleh pemerintah dan masyarakat. Masyarakat harus dijadikan sebagai pelaku utama pembangunan kesehatan, sedangkan pemerintah bertindak sebagai pendamping. Ini berarti bahwa hanya upaya-upaya kesehatan yang belum dapat ditangani oleh masyarakatlah yang perlu ditangani oleh pemerintah. Untuk upaya-upaya yang sudah mampu ditangani masyarakat, maka tugas pemerintah hanya membina, mengawasi dan memfasilitasi. Tugas membina diselenggarakan melalui penetapan kebijakan nasional, standarisasi dan pengaturan. Tugas mengawasi diselenggarakan melalui perizinan, akreditasi, dan pengamanan. Sedangkan tugas memfasilitasi diselenggarakan melalui bimbingan dan pengendalian.

Sesuai dengan strategi "desentralisasi", tugas melaksanakan upaya-upaya kesehatan yang belum mampu ditangani masyarakat akan dilakukan oleh Pemerintah Daerah, baik Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota maupun Pemerintah Daerah Provinsi. Sedangkan untuk efektivitas dan efisiensi (berkaitan dengan rentang kendali), tugas mengawasi (kecuali terhadap pengelolaan beberapa jenis perbekalan farmasi seperti obat), dan tugas memfasilitasi akan dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah Provinsi.

Berpegang pada prinsip tersebut, maka dapat ditetapkan bahwa pada tingkat Pusat, tugas utama Departemen Kesehatan adalah membina, mengawasi dan memfasilitasi pembangunan kesehatan melalui penetapan kebijakan nasional di bidang kesehatan, standarisasi dan pengaturan, serta koordinasi perizinan, akreditasi, bimbingan dan pengendalian.

Penggerakan Pelaksanaan

1. Pemerintah

Terwujudnya masyarakat sehat adalah salah satu dari tugas dan tanggung jawab pemerintah, walaupun belum setiap aparat pemerintah menyadarinya. Berbagai instansi pemerintah banyak yang kurang peduli terhadap upaya-upaya kesehatan. Beberapa diantaranya malah mempunyai kontribusi negatif terhadap kesehatan, misalnya rusaknya lingkungan dan eko sistem karena kegiatan pertanian atau pertambangan.

Untuk mencapai hasil yang optimal pembangunan kesehatan upaya menggerakkan semua instansi pemerintah berwawasan kesehatan telah merupakan suatu kewajiban. Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak dapat dipercayakan hanya kepada Departemen Kesehatan, melainkan kepada semua Departemen dan/atau instansi pemerintah lainnya. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh keterlibatan banyak pihak dalam melaksanakan berbagai upaya kesehatan melalui kerja sama lintas sektor yang serasi, harmonis, efektif dan efisien.

Untuk lebih dapat menggerakkan pelaksanaan hal tersebut diatas,

diperlukan kepemimpinan yang kuat di semua tingkat administrasi yang diikuti dengan sistem imbalan (reward) yang memadai yang dikaitkan dengan kinerja personil, serta sarana dan prasarana yang cukup. Dalam pelaksanaan desentralisasi nanti, diharapkan bahwa inovasi yang berkaitan dengan hal-hal tersebut diatas dapat lebih dikembangkan sesuai dengan kondisi spesifik masing-masing daerah.

2. Potensi Masyarakat

a. Generasi Muda

Generasi muda merupakan generasi penerus pembangunan yang pembinaannya diarahkan antara lain untuk menangani aspek-aspek keterampilan, kepemimpinan, kesegaran jasmani dan daya kreasi. Di bidang kesehatan, generasi muda selain menjadi sasaran upaya kesehatan, juga mempunyai potensi untuk berperan serta dalam upaya pembangunan. Yang dimaksud dengan generasi muda adalah orang yang berumur antara 0 sampai dengan 30 tahun. Pembinaan potensi generasi muda perlu dilakukan secara terpadu antara berbagai sektor, baik dalam perencanaan maupun dalam pelaksanaannya. Dengan memperhatikan pendekatan menyeluruh dan terpadu

terhadap kelompok tersebut, upaya pembangunan berbagai sektor yang merupakan intervensi dalam jangka waktu tertentu hendaknya diarahkan sedemikian rupa sehingga pada akhirnya mempunyai daya yang saling mendukung.

b. Lembaga Swadaya Masyarakat

LSM merupakan potensi yang kuat dan berperanan besar dalam upaya penyehatan masyarakat. Dalam hal ini diperlukan pembinaan yang terarah, antara lain, untuk menangani aspek-aspek partisipasi dan pelaksanaan program yang menyentuh masyarakat. Kini telah banyak bermunculan LSM di bidang kesehatan yang sebagian diantaranya mempunyai tenaga-tenaga yang handal dan jaringan kuat sampai ke daerah.

3. Golongan Wanita

Jika dilihat dari nilai sosial, ekonomi, dan politik serta dengan meninjau pula proyeksi perubahan-perubahan yang diinginkan pada masa yang akan datang, pembinaan khusus terhadap golongan ini tidak dapat diabaikan. Hal ini bukan hanya telah merupakan kesepakatan nasional tetapi juga merupakan kesepakatan internasional.

Dalam rangka perubahan yang direncanakan, potensi golongan wanita semula dikonsentrasikan hanya dalam

pembinaan keluarga ke arah kehidupan yang sehat sejahtera berdasarkan norma keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera. Akan tetapi, karena posisi, peranan, dan bidang tanggung jawabnya sudah bertambah luas, golongan ini tidak hanya terikat pada segi kehidupan rumah tangga saja tetapi juga sudah diperluas dalam lapangan pekerjaan dan tugas-tugas sosial dalam masyarakat. Oleh karena itu, penanganan golongan wanita memerlukan peningkatan koordinasi intrasektor kesehatan dan antara sektor kesehatan dengan sektor lain.

4. Profesi Kesehatan

Profesi kesehatan menempati posisi strategis didalam masyarakat dalam pemikiran dan pelaksanaan program-program pembangunan di bidang kesehatan. Oleh karena itu, fungsi masyarakat profesi perlu diarahkan dan dibina oleh pemerintah agar mereka menghayati makna visi dan misi jajaran kesehatan untuk selanjutnya dapat berperan serta secara aktif dalam pembangunan kesehatan. Dalam rangka ini, masyarakat profesi kesehatan diharapkan dapat memberikan masukan dalam perencanaan pembangunan kesehatan. Di samping itu, mereka diharapkan dapat melaksanakan dan ikut mengawasi para anggotanya agar menjalankan tugas sesuai standar profesi dan menjalankan fungsi pembinaan, utamanya dalam hal etika profesi.

5. Dunia Usaha

Tidak dapat dipungkiri bahwa upaya kesehatan dalam satu sisi dapat dipandang sebagai suatu usaha yang mendatangkan keuntungan, sehingga menarik dunia usaha untuk berkecimpung di dalamnya. Peranan dunia usaha cenderung akan semakin besar di masa mendatang, sedangkan di sisi lain kemampuan pemerintah semakin terbatas, sehingga pemerintah akan selektif untuk membiayai upaya kesehatan yakni terbatas pada yang bersifat "public goods". Sedangkan upaya kesehatan bersifat "private goods" yang diperkirakan mendatangkan keuntungan akan diserahkan kepada dunia usaha/swasta. Tuntutan pelayanan kesehatan yang semakin spesialis, canggih dan bermutu tinggi merupakan kesempatan bagi dunia usaha untuk berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan, sesuai dengan kaidah-kaidah ekonomi tanpa melupakan sisi sosial dan etikanya.

6. Pemuka Masyarakat Non-formal

Pemuka masyarakat nonformal (pendidik, guru, pramuka, pemuka agama, pembina kerohanian, dan lain-lain) merupakan kelompok sosial yang dapat menyalurkan aspirasi masyarakat dan sebaiknya dapat menggerakkan masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Disamping itu, kelompok

pemuka masyarakat ini diharapkan pula dapat menyiapkan generasi muda melalui lembaga-lembaga pendidikan yang berkembang dalam masyarakat sehingga diharapkan dapat menjadi pemimpin yang progresif.

7. Masyarakat Desa

Karena potensi pembangunan banyak ditemukan di daerah pedesaan, maka pelaksanaan program Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) perlu ditingkatkan sebagai bagian integral pembangunan desa. Dalam rangka ini, diperlukan ketegasan dan kejelasan dalam pelaksanaan pembinaan yang terpadu yang mencakup antara lain: jenis kader yang dibentuk, peranan Puskesmas Pembantu di desa, serta peranan Seksi Kesehatan dan Keluarga Berencana dalam Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa (LKMD) dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan yang dewasa ini banyak ditemukan di desa seperti pos pembinaan balita, posyandu dan polindes.

Kerjasama Intra dan Antar Sektor

Dalam rangka peningkatan kerjasama intra dan antarsektor, ada beberapa hal yang memerlukan perhatian yang berhubungan dengan organisasi dan motivasi serta peran serta masyarakat. Untuk mewujudkan kerja sama ini, perlu dipahami pentingnya pelaksanaan koordinasi, integrasi dan sinkronisasi kegiatan-kegiatan dalam rangka pendekatan sistem dan kerjasama yang dinamis. Integrasi kegiatan akan dapat dilaksanakan dan dikembangkan apabila koordinasinya jelas. Untuk mewujudkan koordinasi yang baik, komunikasi antar unit yang dilaksanakan atas sikap keterbukaan mutlak diperlukan.

Sistem komunikasi intra dan antar sektor perlu ditingkatkan agar dapat memberikan kesempatan yang lebih luas untuk saling mengetahui program serta bersepakat tentang peran masing-masing dalam upaya merumuskan masalah dan upaya pemecahannya. Penanganan pelbagai kegiatan hendaknya dapat saling mendukung dan dampaknya dapat dirasakan oleh masyarakat secara keseluruhan.

Dalam kaitan ini, matriks dalam tabel memberikan gambaran betapa pentingnya dukungan dari berbagai sektor terkait untuk keberhasilan pelaksanaan program pembangunan yang berwawasan kesehatan untuk 10 program unggulan (lihat tabel di balik ini).

Tabel

Daftar Identifikasi Sektor Terkait Dengan Program Kesehatan Unggulan Menuju Indonesia Sehat 2010

NAMA PROGRAM	SEKTOR TERKAIT	UNIT TERKAIT
1. Program Kebijakan Kesehatan, Pembiayaan Kesehatan dan Hukum Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bappenas ▪ Dep. Dalam Negeri ▪ Bappeda ▪ Dep. Keuangan ▪ Dep. Kehakiman ▪ Menko Wasbang/PAN ▪ Asuransi kesehatan swasta ▪ Universitas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sekjen ▪ Biro Perencanaan ▪ Biro Hukmas ▪ Biro Keuangan ▪ Biro Organisasi ▪ Semua Direktorat Jendral ▪ Badan Litbangkes ▪ Badan Pengembangan JPKM ▪ Pusat Data Kesehatan
2. Program Perbaikan Gizi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bappenas ▪ Menko Kesra ▪ Dep. Dalam Negeri ▪ Dep. Keuangan ▪ Dep. Sosial ▪ Dep. Pendidikan & Kebudayaan ▪ Dep. Pertanian ▪ Dep. Pangan & Hortikultura ▪ Dep. Peranan Wanita 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Binkesmas ▪ Dit. Gizi Masyarakat ▪ Dit. Kesga ▪ Biro Perencanaan ▪ Puslit Gizi
3. Program P2M termasuk Imunisasi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bappenas ▪ Dep. Dalam Negeri, PKK ▪ Dep. Keuangan ▪ Dep. Pendidikan dan Kebudayaan ▪ Dep. Penerangan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ P2M ▪ Dit. Imunisasi ▪ Binkesmas ▪ BUKP ▪ Biro Perencanaan ▪ Puslit Peny. Menular ▪ Yanmed ▪ Dit. Peran Serta Masyarakat
4. Program Peningkatan Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Mental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bappenas – KSKG ▪ Dep. Dalam Negeri ▪ Dep. Keuangan ▪ Dep. Penerangan ▪ Dep. Sosial ▪ Dep. Agama ▪ Dep. Pendidikan dan Kebudayaan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pusat Penyuluhan KesMas. ▪ Binkesmas ▪ BUKP ▪ Biro Perencanaan ▪ Dit. Kes. Jiwa
5. Program Lingkungan Pemukiman, Air dan Udara Sehat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bappenas ▪ Dep. Dalam Negeri ▪ Dep. Keuangan ▪ Dep. Pekerjaan Umum ▪ Dep. Perumahan ▪ Dep. Transmigrasi ▪ Dep. Perindustrian dan Perdagangan ▪ Dep. Sosisi ▪ Dep. Penerangan ▪ Dep. Lingkungan dan Perambah Mutan ▪ Dep. Pertanian ▪ Universitas ▪ LSM lingkungan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ P2M – PLP ▪ Dit. Penyehatan Air Bersih ▪ Dit. Penyehatan Lingkungan Pemukiman ▪ Puslit Ekologi Kesehatan ▪ Pusat Penyuluhan KesMas ▪ Dit. Peran Serta Masyarakat ▪ Pusat Laboratorium Kesehatan ▪ Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL) ▪ Biro Perencanaan

Lanjutan Tabel

NAMA PROGRAM	SEKTOR TERKAIT	UNIT TERKAIT
6. Program Kesehatan Keluarga, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bappenas ▪ Dep. Dalam Negeri ▪ Dep. Kependudukan ▪ Dep. Keuangan ▪ Dep. Sosial ▪ Dep. Agama ▪ Dep. Peranan Wanita ▪ Dep. Pendidikan dan Kebudayaan ▪ Dep. Pemuda dan Olahraga ▪ Universitas ▪ Organisasi profesi: POGI, IBI, IDI, PKBI ▪ LSM Kependudukan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Binkesmas ▪ Kesga ▪ Yanmed ▪ Pusat Penyuluhan KesMas ▪ Biro Perencanaan
7. Program Kesehatan dan Keselamatan Kerja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bappenas ▪ Dep. Tenaga Kerja ▪ Dep. Perindustrian dan Perdagangan ▪ Asuransi Kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Binkesmas ▪ PSM ▪ Pusat Penyuluhan KesMas ▪ Biro Perencanaan
8. Program Anti Tembakau, Alkohol dan Madat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bappenas ▪ Dep. Dalam Negeri ▪ Dep. Keuangan ▪ Dep. Pendidikan dan Kebudayaan ▪ Dep. Sosial ▪ Dep. Penerangan ▪ Dep. Agama ▪ Dep. Perindustrian dan Perdagangan ▪ Universitas ▪ Organisasi profesi ▪ LSM ▪ Dep. Kehakiman ▪ Kejaksaan ▪ Kepolisian 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pusat Penyuluhan KesMas ▪ Binkesmas ▪ Yanmed ▪ POM ▪ Dit. Kes. Jiwa ▪ Biro Perencanaan
9. Program Pengawasan Obat, Bahan Berbahaya, Makanan dan Minuman	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bappenas ▪ Dep. Dalam Negeri ▪ Dep. Keuangan – Bea Cukai ▪ Dep. Perindustrian dan Perdagangan ▪ Dep. Kehakiman ▪ Dep. Penerangan ▪ Kejaksaan ▪ Kepolisian ▪ Organisasi profesi ▪ LSM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ POM ▪ Binkesmas ▪ Yanmed ▪ P2M-PLP ▪ Balai POM ▪ Puslabkes ▪ Biro Perencanaan
10. Program Pencegahan Kecelakaan dan Rudapaksa, termasuk Keselamatan Lalu Lintas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bappenas ▪ Dep. Dalam Negeri ▪ Dep. Keuangan ▪ Dep. Perhubungan ▪ Dep. Pendidikan dan Kebudayaan ▪ Dep. Kehakiman ▪ Dep. Peranan Wanita ▪ Kejaksaan ▪ Kepolisian ▪ Universitas dan LSM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penyuluhan Kesmas ▪ Yanmed ▪ Dit. Kes Jiwa ▪ Binkesmas ▪ Badan Litbangkes ▪ Biro Perencanaan

Pembinaan

Berdasarkan pentingnya pelaksanaan prinsip keterpaduan, maka untuk mendapat hasil yang optimal upaya pembinaan perlu lebih ditingkatkan untuk kepentingan bersama pada semua tingkatan administrasi. Upaya pembinaan tersebut terutama terhadap tenaga kesehatan, agar tenaga kesehatan dapat bekerja dengan dedikasi tinggi, etis, profesional dan nasionalis.

Untuk terlaksananya upaya pembinaan ini diperlukan kajian dan pertimbangan yang mendalam, karena mengkait dengan kenyataan bahwa tenaga kesehatan adalah manusia yang perlu dipenuhi kebutuhan pokok dan pengakuan jati dirinya. Adapun yang dimaksud dengan pembinaan disini adalah suatu kegiatan pemberian petunjuk tentang cara pelaksanaan upaya sesuai dengan ketentuan dan bertujuan mendapatkan kesatuan tindak untuk mencapai hasil guna dan daya guna yang sebesar- besarnya.

Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian

Pengawasan

Sistem dan pelaksanaan pengawasan pembangunan di Indonesia mencakup pengawasan internal yang meliputi pengawasan fungsional dan pengawasan melekat sebagai bagian dari pengendalian internal, serta pengawasan eksternal yang meliputi pengawasan oleh lembaga konstitusional dan pengawasan masyarakat (publik).

Pada dasarnya pelaksanaan pengawasan diarahkan pada bidang-bidang strategis, dan secara operasional difokuskan pada kegiatan yang dapat memberikan masukan yang lebih bermakna bagi Pimpinan Departemen dalam rangka menyusun akuntabilitas (pertanggungjawaban) keberhasilan / kegagalan pelaksanaan visi dan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran Indonesia Sehat 2010.

Akuntabilitas yang dilaksanakan oleh organisasi/perorangan memerlukan suatu pengawasan/audit/evaluasi/penilaian mengenai aspek akuntabilitas itu sendiri dari pihak lain, sebelum dilaporkan kepada pihak yang memberi otorisasi pengelolaan sumber daya milik Negara.

Pola dan Mekanisme Pengawasan

1. Kebijakan yang perlu ditempuh dalam bidang pengawasan, dibedakan atas 5 kelompok, sebagai berikut:

- 1) Kebijakan pematapan sistem pengawasan keuangan negara guna mencapai efisiensi penyelenggaraan negara dan pembangunan yang diarahkan guna terwujudnya keterpaduan dan konsistensi pengawasan melekat, pengawasan fungsional dan pengawasan masyarakat.
- 2) Pengawasan diperlukan untuk memperbaiki pengendalian pemerintah dan jalannya pembangunan pada umumnya, mencegah dan menindak penyalahgunaan wewenang, pemborosan dan kebocoran.
- 3) Pengawasan hendaknya ikut menelaah keadaan secara tepat, untuk dilakukan tindakan secara dini agar dapat meraih peluang untuk mengatasi masalah-masalah yang baru muncul.
- 4) Pengawasan hendaknya dapat memberikan informasi yang berguna bagi pengelola maupun penanggungjawab program, baik untuk tahun anggaran berjalan maupun untuk tahun yang akan datang.

5) Pengawasan diutamakan untuk meningkatkan efisiensi pemerintahan umum dan pembangunan.

2. Perencanaan Pengawasan

Untuk dapat mencapai hasil pengawasan yang optimal maka sasaran dan lingkup pengawasan perlu ditetapkan secara selektif berdasarkan kriteria yang tepat, dengan fokus pengawasan di arahkan pada program-program yang mempunyai kontribusi besar terhadap terwujudnya Indonesia Sehat 2010.

Dalam menyusun rencana pengawasan perlu dikembangkan sistem perencanaan pengawasan terpadu, dalam rangka mencapai pengawasan secara sinergis, dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Perumusan perencanaan pengawasan yang dilakukan Departemen, dikoordinasikan oleh Menteri Koordinator Bidang Pengawasan Pembangunan dan Pendayagunaan Aparatur Negara.
- 2) Rencana pengawasan harus

mendorong berkembangnya pengawasan atasan langsung mulai dari eselon tertinggi sampai dengan eselon terbawah.

3) Rencana pengawasan di daerah harus dikembangkan sejalan dengan yang dilaksanakan oleh Aparatur Pengawasan di Tingkat Pusat.

3. Pelaksanaan Pengawasan

1) Jalur Pengawasan Melekat

Tujuan pengawasan melekat (waskat) adalah terciptanya kondisi yang mendukung kelancaran dan ketepatan pelaksanaan tugas-tugas umum pemerintahan dan pembangunan, kebijakan, rencana dan peraturan perundang-undangan yang berlaku yang dilaksanakan oleh Atasan Langsung.

Agar kegiatan pengawasan melekat dapat mencapai sasaran dan hasil nyata, maka kepada pimpinan instansi diwajibkan untuk:

- a) Meningkatkan dan menyempurnakan pelaksanaan pengawasan melekat (lakwaskat) sesuai dengan tugas pokok, fungsi, rencana dan program kerja dari masing-masing unit kerja.

b) Menyusun program peningkatan pelaksanaan pengawasan melekat tahunan dari masing-masing unit kerja.

2) Jalur Pengawasan Fungsional Pelaksanaan pengawasan, fungsional (wasnal) masih cukup strategis walaupun pengawasan melekat ditingkatkan.

Bagi satuan kerja/ proyek yang diawasi merupakan pengawasan dari luar, walaupun dari segi organisasi secara keseluruhan merupakan pengawasan internal. Temuan-temuan pengawasan fungsional harus dijadikan masukan bagi pimpinan dalam melaksanakan pengawasan melekat dan juga merupakan indikator efektifitas pengawasan melekat.

3) Jalur Pengawasan Masyarakat Pengawasan masyarakat (wasmas) atau kontrol sosial adalah pengawasan yang dilakukan oleh masyarakat sendiri atas penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan. Wasmas perlu sekali ditumbuhkembangkan, sehingga merupakan pengawasan yang berdayaguna dan berhasilguna. Tujuan pengembangan wasmas yang sehat dan positif adalah

makin bertumbuh dan meningkatnya tanggung jawab dan peranserta masyarakat dalam pelaksanaan tugas-tugas umum pemerintahan dan pembangunan. Dalam kaitan ini aparatur pemerintah berkewajiban untuk selalu memberikan kesempatan agar masyarakat mampu dan mau melaksanakan wasmas dengan sebaik-baiknya. Bagaimanapun kecilnya nilai informasi yang disampaikan wasmas harus diperhatikan.

4. Hasil Pengawasan

- 1) Harus mampu memberikan petunjuk sebagai dasar pengambilan keputusan yang akan dilakukan oleh Menteri Kesehatan.
- 2) Harus mampu menyajikan laporan yang bernuansa konstruktif dan bukan destruktif.
- 3) Harus mampu mendorong partisipasi masyarakat dalam pembangunan yaitu dengan cara memberikan pengertian melalui penyuluhan tentang pembangunan yang dilakukan oleh Pemerintah dan peran pengawasan dalam pembangunan tersebut.

Pengendalian dan Penilaian

Pengendalian dan penilaian kinerja suatu organisasi/instansi dilakukan menurut pola pengukuran kinerja instansi, yang dapat diterapkan pada instansi pusat dan daerah. Pola pengukuran kinerja instansi tersebut dimulai dengan perencanaan strategis, pengukuran kinerja dan penilaiannya.

Pada umumnya perencanaan strategis termasuk:

- 1) Analisis lingkungan untuk menentukan kendala dan kesempatan yang spesifik.
- 2) Penilaian untuk menentukan kemampuan dan sumber daya utama yang dapat digunakan untuk mengembangkan strategi yang kompetitif dengan situasi yang ada.
- 3) Mengintegrasikan kemampuan dan sumberdaya yang khusus dengan kesempatan spesifik dalam lingkungan instansi bersangkutan.
- 4) Menetapkan tujuan dan sasaran yang jelas.
- 5) Menciptakan beberapa kebijakan, rencana, program dan tugas pokok Departemen untuk mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.

Dengan mempertimbangkan Sistem Administrasi Negara yang berlaku untuk administrasi pemerintahan umum dan pembangunan, dapat dipakai **pola pengukuran kinerja** yang terwujud dalam urutan langkah sebagai berikut:

- 1) Pendefinisian misi
- 2) Penetapan tujuan dan sasaran, serta hasil yang diinginkan (outcome)
- 3) Penetapan strategi dan kebijakan
- 4) Penentuan aktivitas/kegiatan atau pelaksanaan tugas
- 5) Pengukuran kinerja (indikator kinerja).

Indikator Pembangunan Kesehatan

Indikator adalah sesuatu yang dijadikan ukuran untuk mengetahui keberhasilan pelaksanaan program. Dengan demikian maka indikator suatu program ditentukan berdasar sasaran-sasaran yang hendak dicapai melalui program itu. Berdasarkan hal tersebut diatas, maka indikator pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010 merupakan ukuran-ukuran

keberhasilan yang akan ditetapkan dari masing-masing bidang dibawah ini:

1. Kerjasama lintas sektor
2. Kemandirian masyarakat dan kemitraan swasta
3. Perilaku hidup sehat
4. Lingkungan sehat
5. Upaya kesehatan
6. Manajemen Pembangunan Kesehatan
7. Derajat Kesehatan

Penutup

Penutup

Sebagaimana halnya dengan dokumen pembangunan lainnya, dokumen "Rencana Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010" ini akan dinilai dan ditinjau kembali sesudah pemerintahan baru terbentuk. Dokumen ini disusun dan dikembangkan dalam keadaan dimana Garis Besar Haluan Negara yang baru belum ditetapkan oleh Majelis Permusyawaratan Rakyat. Namun demikian, dokumen ini telah disusun dengan memperhatikan nilai-nilai dasar yang hidup dalam masyarakat, situasi kesehatan masyarakat serta perkembangan regional dan global.

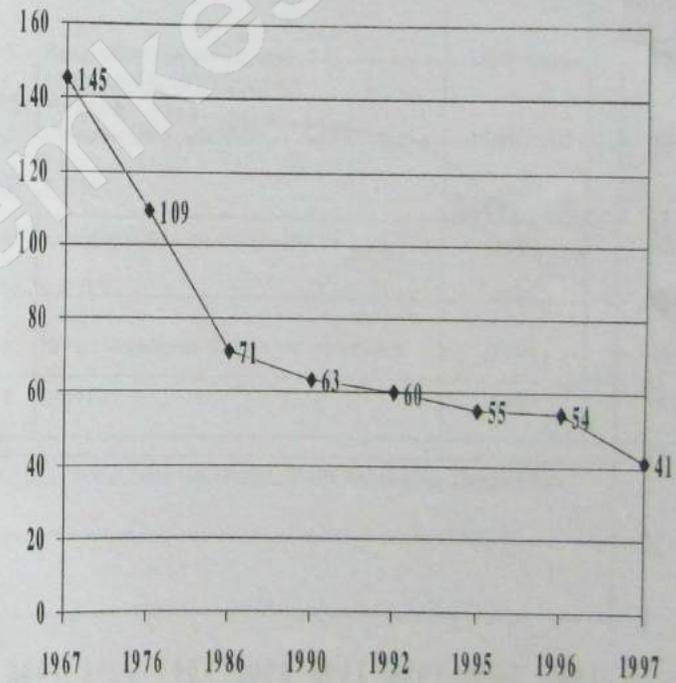
Menyadari bahwa banyak faktor yang mempengaruhi penyelenggaraan pembangunan kesehatan, termasuk penyelenggaraan Rencana Pembangunan Kesehatan yang disusun ini, maka pelaksanaannya dapat dilakukan melalui pendekatan lintas sektor dan lintas program, serta pemberdayaan masyarakat menuju Indonesia Sehat tahun 2010. Selain itu disadari perubahan tatanan ketata-negaraan, desentralisasi, akan sangat berpengaruh dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan di masa mendatang. Ketersediaan sumber daya yang menyusut sebagai akibat dari krisis ekonomi dan politik juga akan sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan program yang telah disusun. Walaupun demikian, adalah harapan bersama dokumen ini dapat kiranya dipakai sebagai dasar bagi penyusunan program pembangunan kesehatan di tingkat provinsi serta di tingkat kabupaten/kota dalam menyongsong era desentralisasi.

**Daftar
Tabel dan Lampiran**

perpustakaan.kemkes.go.id

TABEL 1

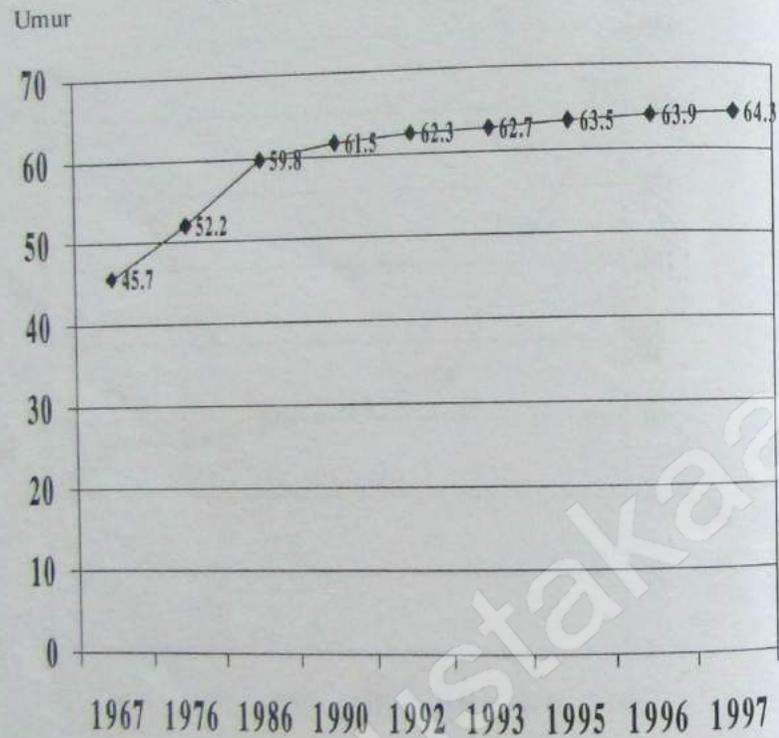
**ANGKA KEMATIAN BAYI
PER 1.000 KELAHIRAN HIDUP**



Sumber : Pusat Data Kesehatan, Profil Kesehatan Tahun 1998

TABEL 2

ESTIMASI ANGKA HARAPAN HIDUP TAHUN 1967 - 1997



Sumber : Pusat Data Kesehatan, Profil Kesehatan Tahun 1998

TABEL 3

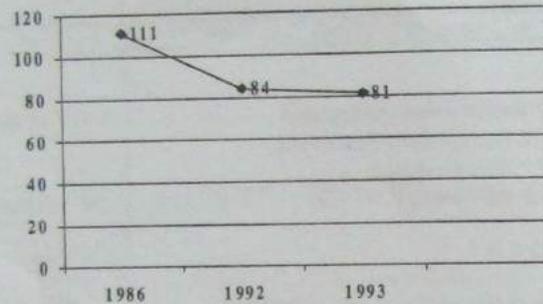
ANGKA KEMATIAN IBU MATERNAL (AKI) PER 100.000 KELAHIRAN HIDUP

	Penelitian / survei	Tahun	AKI
1	Penelitian dari pencatatan 12 Rumah Sakit Pendidikan	1977-1980	370
2	Ujung Berung (UNPAD)	1978-1980	170
3	S K R T	1980	150
4	Kabupaten Sukabumi (UNPAD)	1982	450
5	S K R T	1992	425
6	Survei Demografi Kesehatan Indonesia	1994	390
7	S K R T	1995	373

Sumber : Pusat Data Kesehatan, Profil Kesehatan Tahun 1998

TABEL 4

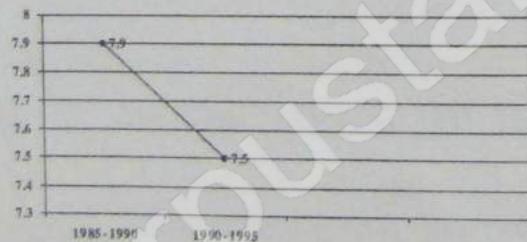
**ANGKA KEMATIAN BALITA
PER 1.000 KELAHIRAN HIDUP**



Sumber : Pusat Data Kesehatan, Profil Kesehatan Tahun 1998

TABEL 5

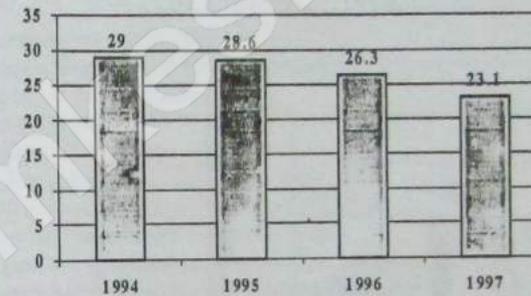
**ANGKA KEMATIAN KASAR
PER 1.000 PENDUDUK**



Sumber : Pusat Data Kesehatan, Profil Kesehatan Tahun 1998

TABEL 6

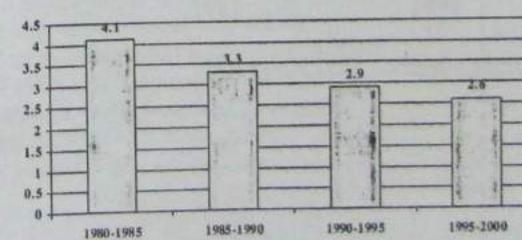
**PREVALENSI BALITA KEKURANGAN
ENERGI & PROTEIN (KEP)
(Hasil Pemantauan Status Gizi melalui Posyandu
tahun 1994-1997)**



Sumber : Pusat Data Kesehatan, Profil Kesehatan Tahun 1998

TABEL 7

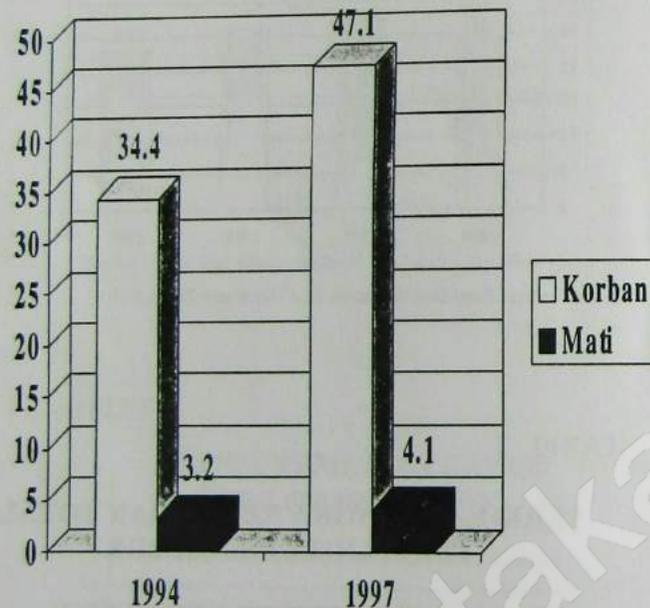
**PERKIRAAN ANGKA KELAHIRAN TOTAL
PER WANITA USIA SUBUR**



Sumber : Pusat Data Kesehatan, Profil Kesehatan Tahun 1998

TABEL 8

**RATIO KORBAN KECELAKAAN
LALU LINTAS DAN KEMATIAN
PER 100.000 PENDUDUK
TAHUN 1994-1997**



Sumber : Mabes POLRI (1998)

TABEL 9

SARANA KESEHATAN

No.	Sarana Kesehatan	Jumlah
1	Puskesmas yang tersedia	7,243 buah
2	Puskesmas dg. tempat tidur (diantara puskesmas yang tersedia)	1,676 buah
3	Puskesmas Keliling	6,849 buah
4	Puskesmas Pembantu	21,115 buah
5	Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4)	21 buah
6	Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM)	7 buah
7	Kunjungan puskesmas termasuk Pustu	108 kunj.
	Cakupan K-1 (pemeriksaan kehamilan pertama)	87.6 %
8	Cakupan K-4 (pemeriksaan kehamilan keempat)	68.6 %
9	Posyandu dg. Kader aktif	1.078.208 orang
10	Pondok bersalin desa (Polindes)	20,880 buah
11	Pos Obat Desa (POD)	15,828 buah
12	Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK)	1,853 buah
	RSU Kls. A	4 buah
13	RSU Kls. B	54 buah
14	RSU Kls. C	213 buah
15	RSU Kls. D	71 buah
16	RSU Swasta	335 buah
17	RS Khusus Pemerintah	77 buah
18	RS Khusus Swasta	139 buah
19	Jumlah tempat tidur	120,000 buah
20	Balai Laboratorium Kesehatan (BLK)	27 buah
21	Balai Pengawasan Obat & Makanan (BPOM)	27 buah
22	Balai Teknik Kes. Lingkungan (BTKL)	10 buah
23	Laboratorium Klinik Swasta di 27 provinsi	599 buah
24	Gedung Farmasi Kab./Kota (GFK)	314 buah
25	Apotik swasta di seluruh Indonesia	5,724 buah

Sumber : Pusat Data Kesehatan, Profil Kesehatan Tahun 1998

TABEL 10

TENAGA KESEHATAN
(TAHUN 1997)

No.	Tenaga Kesehatan	Jumlah
1	Dokter (termasuk spesialis) sekitar	13,633 orang
2	Dokter Gigi sekitar	6,972 orang
3	Apoteker sekitar	7,646 orang
4	Perawat Kes. dgn. berbagai tk. Pendidikan sekitar	150,419 orang
5	Bidan (termasuk 52.040 org. BDD)	61,003 orang
6	Tenaga Kes. Masyarakat (dg. pelbagai keahlian)	15,557 orang
7	Ahli Gizi (diantara tenaga kes. masyarakat)	8,975 orang
8	Jumlah ten. kes. yang bekerja di lingkungan Depkes dan Pemda di seluruh Indonesia pada tahun 1998 sekitar	400,000 orang
9	Pegawai Kesehatan Pusat diantara ten. kes. lainnya	302,947 orang
10	Pegawai Kesehatan Pemda (sebagai sisanya) sekitar	90,000 orang

Sumber : Biro Perencanaan Depkes
(Diolah dari data CHS/Depdikbud, Pusdiknakes, Biro Kepegawaian dan Profil Kesehatan 1988)

TABEL 11

OBAT DAN PERBEKALAN KESEHATAN (1997)

No.	Perbekalan Kesehatan	Jumlah
1	Jumlah Industri farmasi terdiri dari 4 BUMN, 35 PMA dan 185 swasta nasional	224 buah
2	Pada tahun 1996 tercatat industri farmasi yang telah mampu memproduksi obat jadi sesuai CPOB	162 buah
3	Produksi obat generik yang dilakukan oleh : - BUMN - Industri farmasi swasta	4 buah 60 buah
4	Industri obat asli : - Industri Kecil Obat Asli (IKOA), - Industri Obat Asli (IOA),	602 buah 76 buah

Sumber : Ditjen. POM, Depkes

TABEL 12

PEMBIAYAAN KESEHATAN

No.	Pembiayaan Kesehatan	Jumlah
1	Tahun 1987/88 anggaran kes. dari total pengeluaran pemerintah	2.32 %
2	Tahun 1997/98 anggaran kesehatan dari total pengeluaran	4.55 %
3	Kontribusi sektor swasta dan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan sekitar	65 %
4	Masyarakat yang menjadi peserta asuransi kes.	14 %
5	Sampai akhir tahun 1998 : - Askes Peg. Negeri dan penerima pensiun mencakup - Askes bagi ten. kerja dan keluarga mencakup - Askes swasta mencakup - Dana Sehat di sekitar 15.000 desa mencakup	17.2 juta 1.6 juta 600 ribu 22 juta
6	Badan Penyelenggara JPKM yang berizin	19 Bapel
7	Dalam rangka pelaksanaan program JPSBK terdapat (tersebar di seluruh kabupaten/kota)	326 Bapel

Sumber : Biro Perencanaan Depkes

TABEL 13

KEBUTUHAN TENAGA - MENURUT JENIS DAN POKOK PROGRAM

NO.	JENIS TENAGA	Pokok Program							Jumlah	
		1	2	3	4	5	6	7		
1.	Dr. Spesialis	0	0	12,914	0	0	0	0	0	13,841
2.	Dr. Umum	1,781	890	33,064	15	26,690	0	0	0	62,440
3.	Perawat (S1)	0	0	832	0	4	0	0	0	836
4.	Perawat (D3)	429	760	11,946	0	661	0	0	0	13,796
5.	Ass. Perawat (SPK)	515	0	105,752	0	0	0	0	0	106,267
6.	Bidan (D3)	0	0	4,423	0	4	0	0	0	4,427
7.	Bidan (D1)	2,629	0	96,144	0	0	0	0	0	98,773
8.	Dr. Gigi	350	350	3,812	35	27,650	0	0	0	32,197
9.	Perawat Gigi (D3)	0	350	1,074	0	355	0	0	0	1,779
10.	Perawat Gigi	0	0	6,562	0	1	0	0	0	6,563
11.	Teknik Gigi (D3)	0	0	788	0	3	0	0	0	791
12.	Sarkemas (S1/S2)	17,083	6,255	4,923	0	3,021	0	912	2,037	34,231
13.	Sanitarian (D3)	15,538	30,925	6,366	1,885	35	11,497	0	0	66,246
14.	Ass. Sanitarian (D1)	0	0	7,681	0	0	0	0	0	7,681
15.	Ahli Gizi (S1)	504	0	7,908	0	4	0	0	0	8,416
16.	Ahli Gizi (D3)	3,788	0	26,832	0	1	0	0	0	30,621
17.	Ass. Ahli Gizi (D1)	0	0	8,859	144	0	0	0	0	9,003
18.	Apoteker	0	0	1,264	2,773	2,028	0	0	0	6,065
19.	Ass. Apoteker	0	0	15,659	1,159	13,815	0	0	0	30,633
20.	Analisis	0	0	24,660	1,322	0	0	0	0	25,982
21.	Tenaga Lain	17,846	445,100	265,296	930	14,096	1,071	0	468	744,807
TOTAL		60,463	484,630	646,759	8,263	88,368	13,480	3,432	1,305,395	

Sumber : Biro Perencanaan Depkes 1999
(Diolah dari usulan kebutuhan tenaga untuk menunjang program kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010)

TABEL 14

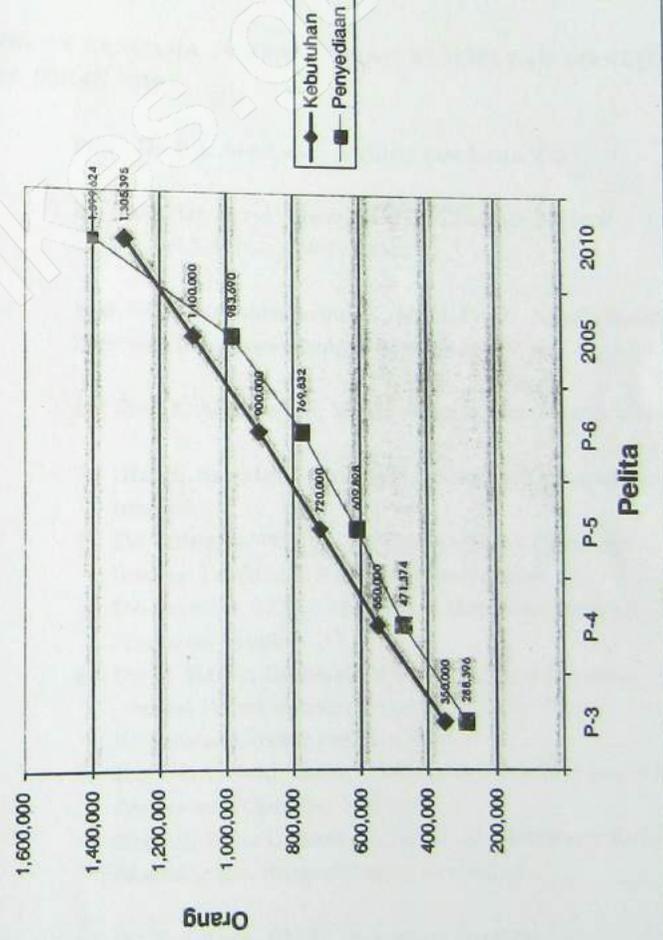
KEBUTUHAN TENAGA - MENURUT JENIS DAN TEMPAT PENUGASAN

NO.	JENIS TENAGA	PUSAT	PROV.	KAB/KOTA	PUSK	JUMLAH
1.	Dr. Spesialis	6,017	4,605	3,219	0	13,841
2.	Dr. Umum	1,589	3,096	3,649	54,106	62,440
3.	Perawat (S1)	401	235	200	0	836
4.	Perawat (D3)	3,892	2,793	4,593	2,518	13,796
5.	Ass. Perawat (SPK)	12,414	17,661	23,242	52,950	106,267
6.	Bidan (D3)	4	0	240	4,183	4,427
7.	Bidan (D1)	874	2,087	2,014	93,798	98,773
8.	Dr. Gigi	1,094	526	1,450	29,127	32,197
9.	Perawat Gigi (D3)	105	44	730	900	1,779
10.	Perawat Gigi	181	100	628	5,654	6,563
11.	Teknik Gigi (D3)	43	200	548	0	791
12.	Sarkemas (S1/S2)	3,215	4,642	26,155	219	34,231
13.	Sanitarian (D3)	750	3,071	24,620	37,805	66,246
14.	Ass. Sanitarian (D1)	1	159	1,179	6,342	7,681
15.	Ahli Gizi (S1)	337	746	3,528	3,805	8,416
16.	Ahli Gizi (D3)	477	1,278	7,088	21,778	30,621
17.	Ass. Ahli Gizi (D1)	687	809	3,764	3,743	9,003
18.	Apoteker	643	2,103	3,319	0	6,065
19.	Ass. Apoteker	1,113	2,088	2,875	24,557	30,633
20.	Analisis	1,276	3,622	3,343	17,741	25,982
21.	Tenaga Lain	3,222	17,748	20,347	703,490	744,807
	TOTAL	38,336	67,613	136,730	1,062,716	1,305,395

Sumber : Biro Perencanaan Depkes 1999

(Diolah dari usulan kebutuhan tenaga untuk menunjang program kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010)

TABEL 15
 PROYEKSI KEBUTUHAN TENAGA KESEHATAN S. D. 2010* DAN KECENDERUNGAN
 PENYEDIAAN TENKES DARI PELITA KE PELITA SERTA
 PROYEKSI PENYEDIAANNYA S. D. THN 2010



Lampiran

TIM PENYUSUN RENCANA PEMBANGUNAN KESEHATAN MENUJU INDONESIA SEHAT 2010 DAN INDIKATOR INDONESIA SEHAT 2010

I. TIM PENYUSUN RENCANA PEMBANGUNAN KESEHATAN MENUJU INDONESIA SEHAT 2010

- Pembina : Prof. Dr. F.A. Moeloek; Menteri Kesehatan R.I.
- Ketua : Prof. DR. Dr. Azrul Azwar, MPH; Direktur Jenderal
Pembinaan Kesehatan Masyarakat
- Wakil Ketua : Prof. Dr. Umar Fahmi Achmadi, MPH, Ph.D; Kepala Badan
Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- Sekretaris : Dr. Dadi S. Argadiredja, MPH; Kepala Biro Perencanaan
- Anggota : 1. Dra. Hj. Zurmiati Bahrumsyah; Sekretaris Inspektorat
Jenderal
2. Dr. Wibisono Wijono, MPH; Sekretaris Direktorat
Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat
3. Dr. Ingerani, SKM; Sekretaris Direktorat Jenderal
Pelayanan Medik
4. Dr. H. Haikin Rachmat, M.Sc; Sekretaris Direktorat
Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan
Penyehatan Lingkungan Pemukiman
5. Dra. Mawarwati Tedjo; Sekretaris Direktorat Jenderal
Pengawasan Obat dan Makanan
6. Drs. I.B. Indra Gotama, SKM, M. Si; Sekretaris Badan
Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- Nara Sumber : 1. Dr. E. Sutarto, SKM; Sekretaris Jenderal
2. Dr. Rusmono, SKM; Inspektur Jenderal
3. Dr. Sri Astuti S. Suparmanto, M.Sc.(PH); Direktur
Jenderal Pelayanan Medik

4. **Dr. Achmad Sujudi, MHA;** Direktur Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman
5. **Drs. Sampurno, MBA;** Direktur Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan
6. **Dr. Nardho Gunawan, MPH;** Staf Ahli Menkes Bidang Kesehatan Lingkungan
7. **Drg. Ibnu Effendi, DDPH;** Staf Ahli Menkes Bidang Organisasi dan Kelembagaan
8. **Dr. Brotowasisto, MPH,** Konsultan Crisis Center
9. **Dr. H.R. Hapsara, DPH,** Konsultan Biro Perencanaan
10. **Dr. Stephanus Indrajaya, Ph.D,** Konsultan Biro Perencanaan
11. **Dr. Sofyan Mukti,** Konsultan Biro Perencanaan
12. **Wakil Bappenas**
13. **Wakil Departemen Dalam Negeri**
14. **Wakil Profesi**
15. **Wakil Universitas**
16. **Wakil Biro Pusat Statistik**
17. **Wakil Kantor Menteri Negara Lingkungan Hidup**
18. **Wakil Kantor Menperta**

Tim Sekretariat :

Ketua : **Dr. Gunawan Setiadi, MPH,** Kepala Bagian Perencanaan Umum

Sekretaris : **Drs. Teguh Budi Santoso,** Kepala Sub Bagian Penyusunan Rencana Jangka Panjang dan Menengah

Sekretariat Teknis :

1. **Dr. H. Setiawan Soeparan, MPH;** Kepala Bagian Perencanaan dan Penyusunan Program Pembangunan
2. **Dr. Bambang Sardjono, MPH;** Kepala Bagian Perencanaan dan Penyusunan Program Rutin

3. **Drs. Johan Arief;** Kepala Bagian Rencana Sumber Daya Kesehatan
4. **Mardiah Mawardi, MPH;** Kepala Bagian Evaluasi dan Pelaporan
5. **Drs. Abdurachman, MPH;** Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat
6. **Dr. Ali Alkatiri, M.Sc;** Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik
7. **Dr. H. Wan Alkadri, M.Sc;** Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman
8. **Farida Nurbaiti, SKM;** Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan
9. **Drs. Tri Djoko Wahono;** Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
10. **Dr. Tarufie Alhayas;** Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Inspektorat Jenderal
11. **Ir. Herwanti Bahar, M.Sc;** Kepala Sub Bagian Rencana Alih Tehnologi Kesehatan
12. **Isti Ratnaningsih, MA;** Staf Biro Perencanaan
13. **Drg. Sigit Wardoyo, M.Sc;** Staf Biro Perencanaan
14. **Syahrial Ahmad, SKM;** Staf Biro Perencanaan

Sekretariat Administrasi :

1. **Suparianto, SE;** Staf Biro Perencanaan
2. **Achmad Iriansjah;** Staf Biro Perencanaan
3. **Supratikto;** Staf Biro Perencanaan
4. **Marice B. Marpaung;** Staf Biro Perencanaan

**PERTEMUAN-PERTEMUAN YANG DISELENGGARAKAN
DALAM RANGKA PENYUSUNAN RENCANA PEMBANGUNAN
MENUJU INDONESIA SEHAT 2010**

**II. Pertemuan Lintas Sektor yang diselenggarakan pada tanggal 12 Juli 1999,
yang dihadiri dan diikuti oleh :**

A. DEPARTEMEN KESEHATAN

1. Menteri Kesehatan
2. Dr. E. Sutarto, SKM, Sekretaris Jenderal
3. Dr. Rusmono, SKM, Inspektorat Jenderal
4. Prof.DR.Dr. Azrul Azwar, MPH, Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat
5. Dr. Sri Astuti Suparmanto, M.Sc.(PH), Direktur Jenderal Pelayanan Medik
6. Dr. Achmad Sujudi, MHA, Direktur Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman
7. Drs. Sampurno, MBA, Direktur Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan
8. Prof.Dr. Umar Fahmi Achmadi, MPH, Ph.D, Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
9. Dr. Nardho Gunawan, MPH, Staf Ahli Menkes Bid. Kesling
10. Drg. Ibnu Effendi, DDPH, Staf Ahli Menkes Bid. Organisasi dan Kelembagaan
11. Dra. Hj. Zurmiati Bahransyah, Sekretaris Itjen
12. Dr. Ieke Irdianti Syahboedin, MPH, Sesditjen Binkesmas
13. Dr. Achmad Hardiman, MARS, Sesditjen Pelayanan Medik
14. Dr. H. Haikin Rachmat, M.Sc., Sesditjen P2M dan PLP
15. Dra. Mawarwati Tedjo, Sesditjen POM
16. Drs. I.B. Indra Gotama, SKM, Ses. Badan Litbangkes
17. Dr. Dadi S. Argadiredja, MPH, Kepala Biro Perencanaan
18. M. Dwidjo Suseno, SE, Kepala Biro Umum
19. Drg. Kuswartini M. Suhel, Kepala Biro Kepegawaian
20. A. Choliq Amin, SE, MM, Kepala Biro Keuangan
21. Drs. Holid Djahari, MM, Kepala Biro Perlengkapan
22. Budhi Yahmono, SH, Kepala Biro Hukmas
23. Bambang Hartono, SKM, M.Sc., Kepala Biro Organisasi
24. Dr. Supartini Hanafi, MPH, Kapus Diklat Pegawai
25. Supriyadi, SKM, Kapus Diknakes
26. Dr. Muharso, SKM, Kapus Data Kesehatan
27. Drs. Dachroni, MPH, Kapus PKM
28. Dr. Dradjat Nendrosuwito, M.Sc. Kapus Labkes
29. Dr. I.G.P Wiadnyana, MPH, Kadit PSM, Ditjen Binkesmas
30. Dr. Rachmi Untoro, MPH, Kadit BUKP, Ditjen Binkesmas
31. Dr. Wibisono Wijono, MPH, Kadit Bina Kesga, Ditjen Binkesmas
32. Dr. Dini K. Sriwrespati, M.Sc., Kadit BGM, Ditjen Binkesmas
33. Dr. H.M. Sulaeman, SDA, MM, M.Kes., Kadit RS UMDIK, Ditjen Yanmed
34. Dr. Guntur B. Hamurwono, Sp.M., Kadit RSKS Ditjen Yanmed
35. Drg. Naydial Roesdal, M.Sc.PH, Kadit Kesehatan Gigi
36. Dr. Achmad Hardiman, Sp.KJ, MARS, Kadit Kesehatan Jiwa
37. Dr. R.A. Hutapea, SKM, Ph.D, Kadit Instalasi Medik
38. Dr. Thomas Suroso, MPH, Kadit P2B2, Ditjen P2M dan PLP
39. Dr. Abdul Manaf, SKM, Kadit P2ML, Ditjen P2M dan PLP
40. Dr. I. Nyoman Kandun, MPH, Kadit EPIM, Ditjen P2M dan PLP
41. Dr. H. Burhanuddin Yusuf, DTM&H, Kadit PLP, Ditjen P2M dan PLP
42. Drs. Abdullah Muthalib, Kadit Penyehatan Air, Ditjen P2M dan PLP
43. Dra. Lucky Oemar Said, M.Sc., Kadit Pengawasan Obat, Ditjen POM
44. Drs. Moch. Ma'roef, Kadit Pengawasan Makanan dan Minuman, Ditjen POM
45. Drs. A. Fadillah Rivai, Kadit. Pengawasan Kosalkes, Ditjen POM
46. Drs. Ketut Ritiasa, Kadit Pengawasan OT, Ditjen POM
47. Dra. Mufrihatu Hayatie Rifaie, MPH, Kadit Pengawasan Narkoba, Ditjen POM
48. Drs. Richard Panjaitan, SKM, Kadit Periksa Obat dan Makanan, Ditjen POM

B. KANTOR MENKO WASBANG-PAN

1. Asisten Menko Wasbang Bidang Kelembagaan
2. Asisten Menko Wasbang Bidang Kepegawaian
3. Asisten Menko Wasbang Bidang Otonomi Daerah

C. KANTOR MENKO KESRA

1. Asisten IV Menko Kesra Bid. Reproduksi Sehat Sejahtera

D. BAPPENAS

1. Deputi Bidang Sumber Daya
2. Kepala Biro KSKG

E. DEPARTEMEN LAIN

1. Departemen Dalam Negeri
2. Departemen Keuangan,
3. Departemen Pendidikan & Kebudayaan
4. Departemen Tenaga Kerja
5. Departemen Sosial
6. Departemen Agama
7. Departemen Pekerjaan Umum
8. Departemen Perindustrian dan Perdagangan
9. Departemen Pertanian
10. Departemen Koperasi dan Pembinaan Pengusaha Kecil
11. Departemen Transmigrasi
12. Departemen Parsenibud
13. Menteri Negara Bapedal & Lingkungan Hidup
14. Menteri Negara Peranan Wanita
15. Menteri Negara Pemuda Dan Olah Raga
16. Menteri Negara Kependudukan/Kepala BKKBN

F. UNIVERSITAS/AKADEMI

1. Prof. Dr. Ascobat Gani, Dekan FKM- Universitas Indonesia
2. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
3. Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti,
4. Fakultas Kedokteran Universitas Atmajaya
5. Dr. Bernard SM. Hutabarat, PAK, Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia
6. FKM Universitas Muhammadiyah
7. A. Kosasih, Fakultas Kedokteran YARSI
8. Dekan Fakultas Keperawatan UI
9. Dr. Soebagio, S, Direktur Akademi Gizi
10. Dra. Herawati, M.Kes., Direktur Akademi Perawat
11. Hj. Soemini AR. MSc, Direktur Akademi Kesehatan Lingkungan

G. LEMBAGA SWADAYA MASYARAKAT DAN ORGANISASI PROFESI

ORGANISASI PROFESI

1. H. Sajuti, SKM, Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI)
2. Wastida M, Ikatan Bidan Indonesia (IBI)
3. Dr. Sjafei Guricci, MPH, Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI)
4. Dr. Merdias Almatsier, Ikatan Dokter Indonesia (IDI)
5. Drg. Utoyo Sutopo, SKM, Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI)
6. Lanita S. Soebagio, MSc., Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI)
7. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)
8. Drs. J. Hamardian, Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (ISFI)
9. Dr. A.W. Budiarmo, Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI)
10. IPADI
11. IHBI
12. AKLI

LEMBAGA SWADAYA MASYARAKAT

1. Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI)
2. Dr. Tine Tombohan Nelse, (PELKESI)
3. Dr. A. Sanoesi, MPK, Muhammadiyah
4. Lajnah Kajian Perkembangan Sumberdaya Manusia (LAKPESDAM)
5. YPKKI
6. Dr. Felix Gunawan, Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia (PERDHAKI)
7. Yayasan Indonesia Sejahtera (YIS)
8. PKBI

H. 7 PARTAI BESAR (khusus yang membidangi kesehatan)

1. Partai Persatuan Pembangunan (PPP)
2. Partai Amanat Nasional (PAN)
3. Partai Bulan Bintang (PBB)
4. Arry Yuswandi, Partai Keadilan
5. Partai golongan Karya (Golkar)
6. Partai Kebangkitan Bangsa (PKB)
7. Partai Demokrasi Indonesia Perjuangan (PDI Perjuangan)

I. KONSULTAN DEPKES

1. Dr. Brotowasisto, MPH
2. Dr. H.R. Hapsara, DPH
3. Dr. Stefanus Indrajaya, Ph.D
4. Dr. Sofyan Mukti
5. Prof. DR. Does Sampoerno, MPH,
6. Dr. Russel P. Vogel, MSH, MPIA,
7. Dr. Paramita Sudharto, MPH,

III. Penyusunan Program-Program Kesehatan Dalam Rangka Penyusunan Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010 dan Indikator Indonesia Sehat 2010, yang diselenggarakan pada tanggal 1-3 Juli 1999, yang dihadiri dan diikuti oleh :

1. Prof.DR.Dr. Azrul Azwar, MPH; Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat
2. Drs. I.B. Indra Gotama, SKM; Ses. Badan Litbangkes
3. Dr. Dadi S. Argadiredja, MPH; Kepala Biro Perencanaan
4. Dr. H. Setiawan Soeparan, MPH; Kepala Bagian Perencanaan dan Penyusunan Program Pembangunan
5. Dr. Bambang Sardjono, MPH; Kepala Bagian Perencanaan dan Penyusunan Program Rutin
6. Drs. Johan Arief; Kepala Bagian Rencana Sumber Daya Kesehatan
7. Dr. Gunawan Setiadi, MPH, Kepala Bagian Perencanaan Umum Kesehatan
8. Drs. Abdurachman, MPH; Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat
9. Dr. Ali Alkatiri, M.Sc; Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik
10. Dr. H. Wan Alkadri, M.Sc; Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman
11. Farida Nurbaiti, SKM; Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan
12. Drs. Tri Djoko Wahono; Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
13. Drg. Titie Kabul Adimidjaja, M.Sc, PH, Kepala Bina Program, Pusdiknakes
14. Drg. Naydial Roesdal, M.Sc.PH; Kepala Bina Program, Pusdiklat
15. Dr. Brotowasisto, MPH; Konsultan
16. Dr. H.R. Hapsara, DTPH; Konsultan
17. Dr. Stephanus Indrajaya, Ph.D; Konsultan
18. Dr. Sofyan Mukti; Konsultan

IV. Rapat Kerja Terbatas membahas Penyusunan Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010 dan Indikator Indonesia Sehat 2010, yang diselenggarakan pada tanggal 3 Juni 1999, yang dihadiri dan diikuti oleh :

1. Menteri Kesehatan
2. Dr. E. Sutarto, SKM; Sekretaris Jenderal
3. Dr. Rusmono, SKM; Inspektorat Jenderal
4. Prof.DR.Dr. Azrul Azwar, MPH; Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat
5. Dr. Sri Astuti Suparmanto, M.Sc.(PH); Direktur Jenderal Pelayanan Medik
6. Dr. Achmad Sujudi, MHA; Direktur Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman
7. Drs. Sampurno, MBA; Direktur Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan
8. Prof.Dr. Umar Fahmi Achmadi, MPH, Ph.D; Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
9. Dr. Nardho Gunawan, MPH; Staf Ahli Menkes Bid. Kesling
10. Drg. Ibnu Effendi, DDPH; Staf Ahli Menkes Bid. Organisasi dan Kelembagaan
11. Dra. Hj. Zurmiati Bahrunsyah; Sekretaris Itjen
12. Dr. Wibisono Wijono, MPH; Sesditjen Binkesmas
13. Dr. Ingerani, SKM; Sesditjen Pelayanan Medik
14. Dr. H. Haikin Rachmat, M.Sc.; Sesditjen P2M dan PLP
15. Dra. Mawarwati Tedjo; Sesditjen POM
16. Drs. I.B. Indra Gotama, SKM; Ses. Badan Litbangkes
17. Dr. Dadi S. Argadiredja, MPH; Kepala Biro Perencanaan
18. M. Dwidjo Suseno, SE; Kepala Biro Umum
19. Drg. Kuswartini M. Suhel; Kepala Biro Kepegawaian
20. Amintikto, SE; Kepala Biro Keuangan
21. Drs. Holid Djahari, MM; Kepala Biro Perlengkapan
22. Budhi Yahmono, SH; Kepala Biro Hukmas
23. Bambang Hartono, SKM, M.Sc.; Kepala Biro Organisasi
24. Dr. Surono; Kapus Diklat Pegawai
25. Supriyadi, SKM; Kapus Diknakes
26. Dr. Muharso, SKM; Kapus Data Kesehatan
27. Drs. Dachroni, MPH; Kapus PKM
28. Dr. Dradjat Nendrosuwito, M.Sc; Kapus Labkes

29. Dr. Widyastuti Wibisana, M.Sc; Kadit PSM, Ditjen Binkesmas
30. Dr. IGP. Wiadnyana, MPH; Kadit BUKP, Ditjen Binkesmas
31. Dr. Rachmi Untoro, SKM, MPH; Kadit Bina Kesga, Ditjen Binkesmas
32. Dr. Dini K. Sriwrespati, M.Sc.; Kadit BGM, Ditjen Binkesmas
33. Dr. Adji Muslihuiddin; Kadit RS UMDIK, Ditjen Yanmed
34. Dr. H. Bagus Mulyadi, DSM; Kadit RSKS Ditjen Yanmed
35. Drg. Andreas Adyatmaka, M.Sc; Kadit Kesehatan Gigi
36. Dr. Achmad Hardiman, Sp.KJ, MARS, Kadit Kesehatan Jiwa
37. Ir. Srijanto, Kadit Instalasi Medik
38. Dr. Thomas Suroso, MPH, Kadit P2B2, Ditjen P2M dan PLP
39. Dr. Abdul Manaf, SKM, Kadit P2ML, Ditjen P2M dan PLP
40. Dr. I. Nyoman Kandun, MPH, Kadit EPIM, Ditjen P2M dan PLP
41. Dr. H. Burhanuddin Yusuf, DTM&H, Kadit PLP, Ditjen P2M dan PLP
42. Drs. Abdullah Muthalib, Kadit Penyehatan Air, Ditjen P2M dan PLP
43. Dra. Lucky Oemar Said, M.Sc., Kadit Pengawasan Obat, Ditjen POM
44. Drs. Moch. Ma'roef, Kadit Pengawasan Makanan dan Minuman, Ditjen POM
45. Drs. A. Fadillah Rivai, Kadit. Pengawasan Kosalkes, Ditjen POM
46. Drs. Ketut Ritiasa, Kadit Pengawasan OT, Ditjen POM
47. Dra. Fawrita Cadick, Kadit Pengawasan Narkoba, Ditjen POM
48. Drs. Richard Panjaitan, SKM, Kadit Periksaan Obat dan Makanan, Ditjen POM
49. Dr. Guntur Bambang Hamurwono, DSM, Ka. Puslit Penyakit Tidak Menular, Badan Litbangkes
50. Dr. Muhilal, Ph.D, Ka. Puslit dan Pengembangan Gizi, Badan Litbangkes
51. Dr. Agus Suwandono, MPH, PH; Ka. Puslit dan Pengembangan Yankes, Badan Litbangkes
52. Dr. Suwarta Kosen, MPH. DRPH; Ka. Poktik Kebijakan Kesehatan dan SDM, Badan Litbangkes
53. Dr. Sumarjati Arjoso, SKM; Ka. Puslit Penyakit Menular, Badan Litbangkes
54. Soeharsono Soemantri, Ph.D; Ka. Puslit Ekonogi, Badan Litbangkes
55. Drs. Sudjaswadi Wirjowidagdo; Ka. Puslit dan Pengembangan Farmasi, Badan Litbangkes
56. Ir. Sri Soewasti Soesanto, MPH; Peneliti Puslit Ekologi Kesehatan
57. Dr. Roy Massie, MPH; Peneliti Puslitbang Yankes, Badan Litbangkes
58. Dr. H. Setiawan Soeparan, MPH; Kepala Bagian Perencanaan dan Penyusunan Program Pembangunan

59. **Dr. Bambang Sardjono, MPH;** Kepala Bagian Perencanaan dan Penyusunan Program Rutin
60. **Drs. Johan Arief;** Kepala Bagian Rencana Sumber Daya Kesehatan
61. **Dr. Gunawan Setiadi, MPH,** Kepala Bagian Perencanaan Umum Kesehatan
62. **Mardiah Mawardi, MPH;** Kepala Bagian Evaluasi dan Pelaporan
63. **Drs. Abdurachman, MPH;** Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat
64. **Dr. Ali Alkatiri, M.Sc;** Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik
65. **Dr. H. Wan Alkadri, M.Sc;** Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman
66. **Farida Nurbaiti, SKM;** Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan
67. **Drs. Tri Djoko Wahono;** Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
68. **Dr. Tarufie Alhayas;** Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Inspektorat Jenderal
69. **Dr. Brotowasisto, MPH,** Ketua Tim Crisis Center
70. **Prof. Dr. Does Sampoerno,** Tim Reformasi Kesehatan
71. **Dr. Paramita S. MPH,** Konsultan
72. **Dr. R. Vogel,** Konsultan
73. **Dr. H.R. Hapsara, DTPH,** Konsultan Biro Perencanaan
74. **Dr. Stephanus Indrajaya, Ph.D,** Konsultan Biro Perencanaan
75. **Dr. Sofyan Mukti,** Konsultan Biro Perencanaan

V. **Rapat Penyusunan Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010, Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Bahan GBHN, yang diselenggarakan pada tanggal 9 April 1999, yang dihadiri dan diikuti oleh :**

1. **Dr. E. Sutarto, SKM;** Sekretaris Jenderal
2. **Dr. Rusmono, SKM;** Inspektorat Jenderal
3. **Prof.DR.Dr. Azrul Azwar, MPH;** Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat
4. **Dr. Sri Astuti Suparmanto, M.Sc.(PH);** Direktur Jenderal Pelayanan Medik
5. **Dr. Achmad Sujudi, MHA;** Direktur Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman
6. **Drs. Sampurno, MBA;** Direktur Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan
7. **Prof.Dr. Umar Fahmi Achmadi, MPH, Ph.D;** Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
8. **Dr. Nardho Gunawan, MPH;** Staf Ahli Menkes Bid. Kesling
9. **Drg. Ibnu Effendi, DDPH;** Staf Ahli Menkes Bid. Organisasi dan Kelembagaan
10. **Dr. Brotowasisto, MPH,** Ketua Tim Crisis Center
11. **Dr. H.R. Hapsara, DTPH,** Konsultan Biro Perencanaan
12. **Dra. Hj. Zurmiati Bahrunsyah;** Sekretaris Itjen
13. **Dr. Wibisono Wijono, MPH;** Sesditjen Binkesmas
14. **Dr. Ingerani, SKM;** Sesditjen Pelayanan Medik
15. **Dr. H. Haikin Rachmat, M.Sc.;** Sesditjen P2M dan PLP
16. **Dra. Mawarwati Tedjo;** Sesditjen POM
17. **Drs. I.B. Indra Gotama, SKM;** Ses. Badan Litbangkes
18. **Dr. Dadi S. Argadiredja, MPH;** Kepala Biro Perencanaan
19. **M. Dwidjo Suseno, SE;** Kepala Biro Umum
20. **Drg. Kuswartini M. Suhel;** Kepala Biro Kepegawaian
21. **Amintikto, SE;** Kepala Biro Keuangan
22. **Drs. Holid Djahari, MM;** Kepala Biro Perlengkapan
23. **Budhi Yahmono, SH;** Kepala Biro Hukmas
24. **Dr. Bambang Hartono, SKM, M.Sc.;** Kepala Biro Organisasi
25. **Dr. Surono;** Kapus Diklat Pegawai
26. **Supriyadi, SKM;** Kapus Diknakes
27. **Dr. Muharso, SKM;** Kapus Data Kesehatan
28. **Drs. Dachroni, MPH;** Kapus PKM

29. Dr. Dradjat Nendrosuwito, M.Sc; Kapus Labkes
30. Dr. Widyastuti Wibisana, M.Sc; Kadit PSM, Ditjen Binkesmas
31. Dr. IGP. Wiadnyana, MPH; Kadit BUKP, Ditjen Binkesmas
32. Dr. Rachmi Untoro, SKM, MPH; Kadit Bina Kesga, Ditjen Binkesmas
33. Dr. Dini K. Sriwrespati, M.Sc.; Kadit BGM, Ditjen Binkesmas
34. Dr. Adji Muslihuddin; Kadit RS UMDIK, Ditjen Yanmed
35. Dr. H. Bagus Mulyadi, DSM; Kadit RSKS Ditjen Yanmed
36. Drg. Andreas Adyatmaka, M.Sc; Kadit Kesehatan Gigi
37. Dr. Achmad Hardiman, Sp.KJ, MARS, Kadit Kesehatan Jiwa
38. Ir. Srijanto, Kadit Instalasi Medik
39. Dr. Thomas Suroso, MPH, Kadit P2B2, Ditjen P2M dan PLP
40. Dr. Abdul Manaf, SKM, Kadit P2ML, Ditjen P2M dan PLP
41. Dr. I. Nyoman Kandun, MPH, Kadit EPIM, Ditjen P2M dan PLP
42. Dr. H. Burhanuddin Yusuf, DTM&H, Kadit PLP, Ditjen P2M dan PLP
43. Drs. Abdullah Muthalib, Kadit Penyehatan Air, Ditjen P2M dan PLP
44. Dra. Lucky Oemar Said, M.Sc., Kadit Pengawasan Obat, Ditjen POM
45. Drs. Moch. Ma'roef, Kadit Pengawasan Makanan dan Minuman, Ditjen POM
46. Drs. A. Fadillah Rivai, Kadit. Pengawasan Kosalkes, Ditjen POM
47. Drs. Ketut Ritiasa, Kadit Pengawasan OT, Ditjen POM
48. Dra. Fawrita Cadick, Kadit Pengawasan Narkoba, Ditjen POM
49. Drs. Richard Panjaitan, SKM, Kadit Periksa Obat dan Makanan, Ditjen POM
50. Dr. Guntur Bambang Hamurwono, DSM, Ka. Puslit Penyakit Tidak Menular, Badan Litbangkes
51. Dr. Muhilal, Ph.D, Ka. Puslit dan Pengembangan Gizi, Badan Litbangkes
52. Dr. Agus Suwandono, MPH, PH; Ka. Puslit dan Pengembangan Yankes, Badan Litbangkes
53. Dr. Suwarta Kosen, MPH. DRPH; Ka. Poktik Kebijakan Kesehatan dan SDM, Badan Litbangkes
54. Dr. Sumarjati Arjoso, SKM; Ka. Puslit Penyakit Menular, Badan Litbangkes
55. Soeharsono Soemantri, Ph.D; Ka. Puslit Ekologi, Badan Litbangkes
56. Drs. Sudjaswadi Wirjowidagdo; Ka. Puslit dan Pengembangan Farmasi, Badan Litbangkes
57. Ir. Sri Soewasti Soesanto, MPH; Peneliti Puslit Ekologi Kesehatan
58. Dr. Roy Massie, MPH; Peneliti Puslitbang Yankes, Badan Litbangkes

59. Dr. H. Setiawan Soeparan, MPH; Kepala Bagian Perencanaan dan Penyusunan Program Pembangunan
60. Dr. Bambang Sardjono, MPH; Kepala Bagian Perencanaan dan Penyusunan Program Rutin
61. Drs. Johan Arief; Kepala Bagian Rencana Sumber Daya Kesehatan
62. Dr. Gunawan Setiadi, MPH, Kepala Bagian Perencanaan Umum Kesehatan
63. Mardiah Mawardi, MPH; Kepala Bagian Evaluasi dan Pelaporan
64. Drs. Abdurachman, MPH; Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat
65. Dr. Ali Alkatiri, M.Sc; Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik
66. Dr. H. Wan Alkadri, M.Sc; Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman
67. Farida Nurbaiti, SKM; Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan
68. Drs. Tri Djoko Wahono; Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
69. Dr. Tarufie Alhayas; Kepala Bagian Penyusunan Program dan Laporan, Inspektorat Jenderal
70. Dr. Brotowasisto, MPH, Ketua Tim Crisis Center
71. Prof. Dr. Does Sampoerno, Tim Reformasi Kesehatan
72. Dr. Paramita S. MPH, Konsultan
73. Dr. R. Vogel, Konsultan
74. Dr. H.R. Hapsara, DTPH, Konsultan Biro Perencanaan
75. Dr. Stephanus Indrajaya, Ph.D, Konsultan Biro Perencanaan
76. Dr. Sofyan Mukti, Konsultan Biro Perencanaan

VI. Rapat Persiapan Penyusunan Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010 dan Indikator Indonesia Sehat 2010, yang diselenggarakan pada tanggal 9 April 1999, yang dihadiri dan diikuti oleh :

1. Dr. E. Sutarto, SKM; Sekretaris Jenderal
2. Dr. Rusmono, SKM; Inspektorat Jenderal
3. Prof.DR.Dr. Azrul Azwar, MPH; Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat
4. Dr. Sri Astuti Suparmanto, M.Sc.(PH); Direktur Jenderal Pelayanan Medik
5. Dr. Achmad Sujudi, MHA; Direktur Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman
6. Drs. Sampurno, MBA; Direktur Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan
7. Prof.Dr. Umar Fahmi Achmadi, MPH, Ph.D; Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
8. Dr. Brotowasisto, MPH, Ketua Tim Crisis Center
9. Dr. H.R. Hapsara, DTPH, Konsultan Biro Perencanaan
10. Dra. Hj. Zurmiati Bahransyah; Sekretaris Itjen
11. Dr. Wibisono Wijono, MPH; Sesditjen Binkesmas
12. Dr. Ingerani, SKM; Sesditjen Pelayanan Medik
13. Dr. H. Haikin Rachmat, M.Sc.; Sesditjen P2M dan PLP
14. Dra. Mawarwati Tedjo; Sesditjen POM
15. Drs. I.B. Indra Gotama, SKM; Ses. Badan Litbangkes
16. Dr. Dadi S. Argadiredja, MPH; Kepala Biro Perencanaan
17. Dr. H. Setiawan Soeparan, MPH; Kepala Bagian Perencanaan dan Penyusunan Program Pembangunan
18. Dr. Bambang Sardjono, MPH; Kepala Bagian Perencanaan dan Penyusunan Program Rutin
19. Drs. Johan Arief; Kepala Bagian Rencana Sumber Daya Kesehatan
20. Dr. Gunawan Setiadi, MPH, Kepala Bagian Perencanaan Umum Kesehatan
21. Mardiah Mawardi, MPH; Kepala Bagian Evaluasi dan Pelaporan
22. Drs. Teguh Budi Santoso; Kepala Subbag Penyusunan Rencana Jangka Panjang dan Menengah, Biro Perencanaan
23. Ir. Herwanti Bahar, M.Sc; Kepala Subag Alih Teknologi, Biro Perencanaan
24. Dra. Endang Siswanti; Kepala Subag Penyusunan Rencana Sektoral dan Regional
25. Isti Rananingsih, MA; Staf Biro Perencanaan

VII. Rapat Penyusunan Indikator Pembangunan Kesehatan dalam rangka Penyusunan Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010, yang diselenggarakan pada tanggal 11 Maret 1999, yang dihadiri dan diikuti oleh :

1. Dr. E. Sutarto, SKM; Sekretaris Jenderal
2. Dr. Rusmono, SKM; Inspektorat Jenderal
3. Prof.DR.Dr. Azrul Azwar, MPH; Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat
4. Dr. Sri Astuti Suparmanto, M.Sc.(PH); Direktur Jenderal Pelayanan Medik
5. Dr. Achmad Sujudi, MHA; Direktur Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman
6. Drs. Sampurno, MBA; Direktur Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan
7. Prof.Dr. Umar Fahmi Achmadi, MPH, Ph.D; Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
8. Dra. Hj. Zurmiati Bahransyah; Sekretaris Itjen
9. Dr. Wibisono Wijono, MPH; Sesditjen Binkesmas
10. Dr. Ingerani, SKM; Sesditjen Pelayanan Medik
11. Dr. H. Haikin Rachmat, M.Sc.; Sesditjen P2M dan PLP
12. Dra. Mawarwati Tedjo; Sesditjen POM
13. Drs. I.B. Indra Gotama, SKM; Ses. Badan Litbangkes
14. Dr. Surono; Kapus Diklat Pegawai
15. Supriyadi, SKM; Kapus Diknakes
16. Dr. Muharso, SKM; Kapus Data Kesehatan
17. Drs. Dachroni, MPH; Kapus PKM
18. Dr. Dradjat Nendrosuwito, M.Sc; Kapus Labkes
19. Dr. Dadi S. Argadiredja, MPH; Kepala Biro Perencanaan
20. Dr. H. Setiawan Soeparan, MPH; Kepala Bagian Perencanaan dan Penyusunan Program Pembangunan
21. Dr. Bambang Sardjono, MPH; Kepala Bagian Perencanaan dan Penyusunan Program Rutin
22. Drs. Johan Arief; Kepala Bagian Rencana Sumber Daya Kesehatan
23. Dr. Gunawan Setiadi, MPH, Kepala Bagian Perencanaan Umum Kesehatan
24. Mardiah Mawardi, MPH; Kepala Bagian Evaluasi dan Pelaporan
25. Dr. Ali Alkatiri, M.Sc.; Kepala Bagian PPL Ditjen Yanmed
26. Dr. Wistianto Wisnu, MPH; Kepala Bidang Pengumpulan Data Upaya Kesehatan, Pusdakes

27. Dr. Tjejep Ali Akbar; Kepala Subbag Pelaporan, Biro Perencanaan.
28. Drs. Efnizal Meirad, MBA; Kepala TU Puslabkes
29. Drs. Teguh Budi Santoso; Kepala Subbag Penyusunan Rencana Jangka Panjang dan Menengah, Biro Perencanaan
30. Ir. Herwanti Bahar, M.Sc; Kepala Subbag Alih Teknologi, Biro Perencanaan
31. Drg. Sigit Wardoyo, M.Sc.; Staf Biro Perencanaan
32. Isti Rananingsih, MA; Staf Biro Perencanaan

VIII. Rapat Persiapan Penyusunan Rencana Pembangunan Bidang Kesehatan Tahun 1999-2000 – 2004/2005, yang diselenggarakan pada tanggal 16 Februari 1999, yang dihadiri dan diikuti oleh :

1. Prof.DR.Dr. Azrul Azwar, MPH; Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat
2. Dr. Nyoman Kumara Rai, MPH; Staf Ahli Menkes Bidang Pembiayaan Sarana Kesehatan dan Peranserta Masyarakat
3. Dra. Hj. Zurmiati Bahrumsyah; Sekretaris Itjen
4. Dr. Wibisono Wijono, MPH; Sesditjen Binkesmas
5. Dr. Ingerani, SKM; Sesditjen Pelayanan Medik
6. Dr. H. Haikin Rachmat, M.Sc.; Sesditjen P2M dan PLP
7. Dra. Mawarwati Tedjo; Sesditjen POM
8. Drs. I.B. Indra Gotama, SKM; Ses. Badan Litbangkes
9. Dr. Dadi S. Argadiredja, MPH; Kepala Biro Perencanaan
10. Dr. Widyastuti Wibisana, M.Sc; Kadit PSM, Ditjen Binkesmas
11. Dr. H. Setiawan Soeparan, MPH; Kepala Bagian Perencanaan dan Penyusunan Program Pembangunan
12. Dr. Bambang Sardjono, MPH; Kepala Bagian Perencanaan dan Penyusunan Program Rutin
13. Drs. Johan Arief; Kepala Bagian Rencana Sumber Daya Kesehatan
14. Dr. Gunawan Setiadi, MPH, Kepala Bagian Perencanaan Umum Kesehatan
15. Mardiah Mawardi, MPH; Kepala Bagian Evaluasi dan Pelaporan

⇒ map kuning

perpustakaan.kemkes.go.id

perpustakaan.kemkes.go.id

Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Jl. HR. Rasuna Said Blok X5 Kav No 4-9

Jakarta 12950

Telp. 5201579, 5201587, 5201591