



PERATURAN DAERAH KABUPATEN HALMAHERA SELATAN

NOMOR 3 TAHUN 2013

TENTANG

PENYELENGGARAAN KESEHATAN
DI KABUPATEN HALMAHERA SELATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI HALMAHERA SELATAN,

- Menimbang : a. bahwa berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Kabupaten Halmahera Selatan Nomor 5 Tahun 2009 pembangunan kesehatan diarahkan pada peningkatan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan berkualitas bagi penduduk miskin, peningkatan pemerataan pembangunan kesehatan, serta peningkatan peran serta swasta dan masyarakat dalam mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di Kabupaten Halmahera Selatan;
- b. bahwa untuk mengimplementasikan pembangunan kesehatan, perlu pedoman, bentuk dan cara penyelenggaraan kesehatan melalui paya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang dilaksanakan berdasarkan prinsip non diskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan guna meningkatkan sumberdaya manusia dan daya saing untuk melaksanakan pembangunan kesehatan dan mewujudkan kesejahteraan masyarakat di Daerah ;
- c. bahwa pembangunan kesehatan secara menyeluruh diselenggarakan berdasarkan kondisi lokal yang umum dan spesifik, sesuai dengan determinan sosial budaya, dengan tata kelola yang efektif dan produktif, dengan melibatkan seluruh komponen yang bertanggungjawab terhadap terselenggaranya kesehatan dalam Sistem Kesehatan di Kabupaten Halmahera Selatan;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu membentuk Peraturan Daerah Kabupaten Halmahera Selatan tentang Penyelenggaraan Kesehatan di Kabupaten Halmahera Selatan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1996 tentang Wabah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3632);
2. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1997 Nomor 10, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3671);
3. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3821);
4. Undang-Undang Nomor 46 Tahun 1999 tentang Pembentukan Provinsi Maluku Utara, Kabupaten Buru dan Kabupaten Maluku Tenggara Barat (Lembaran Negara R.I. Tahun 1999 Nomor 174, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 3895) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2000 (Lembaran Negara R.I. Tahun 2000 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 3961);
5. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2001 tentang Paten (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 109, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4130);

6. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Halmahera Utara, Kabupaten Halmahera Selatan, Kabupaten Kepulauan Sula, Kabupaten Halmahera Timur dan Kota Tidore Kepulauan di Provinsi Maluku Utara (Lembaran Negara R.I. Tahun 2003 Nomor 21, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 4264);
7. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
8. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara R.I. Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 4437) sebagaimana telah kedua kali diubah dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara R.I. Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 4844);
9. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4438);
10. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
11. Undang-Undang Nomor 17. Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700);
12. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4723);
13. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5062);
14. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
15. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
16. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor .82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234.);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1983 tentang Kesehatan Masyarakat Veteriner (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1983 Nomor 28, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3253);
18. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1995 Nomor 67, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3609);
19. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
20. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1998 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3781);

21. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2005 tentang Alih Teknologi Kekayaan Intelektual serta Hasil Penelitian dan Pengembangan oleh Perguruan Tinggi dan Lembaga Penelitian dan Pengembangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4497);
22. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara R.I. Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Negara R.I. Nomor 4575);
23. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2006 tentang Perizinan Melakukan Kegiatan dan Pengembangan bagi Perguruan Tinggi Asing, Lembaga Penelitian dan Pengembangan Asing, Badan Usaha Asing dan Orang Asing (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4666);
24. Peraturan Pemerintah Nomor 3 Tahun 2007 Tentang Laporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah Kepada Pemerintah, Laporan Pertanggung Jawaban Kepala Daerah Kepada DPRD, dan Informasi Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah Kepada Masyarakat (Lembaran Negara R.I. Tahun 2007 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 4693);
25. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
26. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerjasama Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4761);
27. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4828);
28. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5078);
29. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 53 Tahun 2011 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;
30. Peraturan Daerah Kabupaten Halmahera Selatan Nomor 3 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Halmahera Selatan (Lembaran Daerah Kabupaten Halmahera Selatan Tahun 2008 Nomor 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Halmahera Selatan Nomor 3);
31. Peraturan Daerah Kabupaten Halmahera Selatan Nomor 4 Tahun 2009 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Kabupaten Halmahera Selatan (Lembaran Daerah Kabupaten Halmahera Selatan Tahun 2009 Nomor 4);
32. Peraturan Daerah Kabupaten Halmahera Selatan Nomor 5 Tahun 2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kabupaten Halmahera Selatan Tahun 2005-2025 (Lembaran Daerah Kabupaten Halmahera Selatan Tahun 2009 Nomor 5);

Dengan Persetujuan Bersama

DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH KABUPATEN HALMAHERA SELATAN
dan
BUPATI HALMAHERA SELATAN

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN DAERAH KABUPATEN HALMAHERA SELATAN
TENTANG PENYELENGGARAAN KESEHATAN DI KABUPATEN
HALMAHERA SELATAN**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Daerah ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Halmahera Selatan.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah Kabupaten Halmahera Selatan.
3. Bupati adalah Bupati Halmahera Selatan.
4. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, selanjutnya disebut DPRD, adalah Dewan Perwakilan Rakyat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah Kabupaten Halmahera Selatan.
5. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Halmahera Selatan.
6. Organisasi Perangkat Daerah yang selanjutnya disebut OPD adalah Organisasi Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Kabupaten Halmahera Selatan.
7. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disebut APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Halmahera Selatan.
8. Setiap Orang adalah orang perseorangan, badan usaha baik berbadan hukum maupun tidak berbadan hukum, termasuk korporasi.
9. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi.
10. Sumberdaya Kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.
11. Sediaan Farmasi adalah obat, bahan obat tradisional dan kosmetika.
12. Alat Kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin dan/atau implant yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
13. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan, yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
14. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif.
15. Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi untuk manusia.
16. Obat Tradisional adalah bahan atau ramuan bahan berupa tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan sarian (galenik), atau campuran dari bahan tersebut yang secara turun temurun telah digunakan untuk pengobatan dan dapat diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.
17. Teknologi Kesehatan adalah segala bentuk alat dan/atau metode yang ditujukan untuk membantu menegakkan diagnosa, pencegahan dan penanganan permasalahan kesehatan manusia.
18. Upaya Kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan.
19. Pelayanan Kesehatan Promotif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
20. Pelayanan Kesehatan Preventif adalah kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit:

21. Pelayanan Kesehatan Kuratif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk menyembuhkan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
22. Pelayanan Kesehatan Rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat, sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.
23. Pelayanan Kesehatan Tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan, sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.
24. Pemberdayaan Masyarakat adalah upaya memfasilitasi proses pembelajaran sehingga masyarakat memiliki akses terhadap informasi, mendapat kesempatan dalam mengemukakan pendapat, serta terlibat dalam pengambilan keputusan, pemecahan masalah kesehatan yang dialami atau terjadi pada individu, kelompok dan masyarakat di wilayahnya.
25. Sistem Rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas pengelolaan suatu kasus penyakit ataupun masalah kesehatan secara timbal balik, yang dapat dilakukan secara vertikal, atau secara horizontal.
26. Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Kesehatan adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan yang harus dipenuhi dalam memberikan pelayanan.
27. Rujukan Upaya Kesehatan Perorangan adalah rujukan kasus yang berkaitan dengan diagnosa, terapi dan tindakan medis berupa pengiriman pasien, rujukan bahan pemeriksaan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium dan rujukan pengetahuan tentang penyakit
28. Rujukan Upaya Kesehatan Masyarakat adalah rujukan sarana, tenaga, ilmu pengetahuan dan teknologi serta operasional.

BAB II ASAS PENYELENGGARAAN KESEHATAN

Pasal 2

Pembangunan kesehatan diselenggarakan berdasarkan asas :

- a. perikemanusiaan;
- b. keseimbangan;
- c. manfaat;
- d. perlindungan;
- e. penghormatan terhadap hak dan kewajiban;
- f. keadilan;
- g. gender dan nondiskriminatif; dan
- h. norma-norma agama, pemberdayaan dan kemandirian, hukum, etika dan budaya daerah.

BAB III MAKSUD, TUJUAN DAN SASARAN

Pasal 3

Penyelenggaraan kesehatan dimaksudkan sebagai dasar kebijakan pembangunan kesehatan di Daerah untuk dijadikan pedoman bentuk dan cara penyelenggaraan kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah, Pemerintah Kabupaten/Kota, swasta, dunia usaha dan masyarakat serta pemangku kepentingan di bidang kesehatan guna meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang.

Pasal 4

Tujuan penyelenggaraan kesehatan adalah terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumberdaya manusia yang produktif dan berdayasaing secara sosial dan ekonomis.

Pasal 5

Sasaran penyelenggaraan kesehatan adalah :

- a. terlaksananya Sistem Kesehatan di Kabupaten yang efektif, efisien, produktif, objektif, transparan, partisipatif, akuntabel, berkelanjutan dan relevan, sesuai dengan tuntutan serta kebutuhan masyarakat dan lingkungan;
- b. terlaksananya tatakelola penyelenggaraan kesehatan yang bermutu mencakup aspek perencanaan, pengaturan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian terhadap penyelenggaraan kesehatan;
- c. terlaksananya tatalaksana penyelenggaraan kesehatan yang bermutu dalam pelayanan kesehatan untuk seluruh lapisan masyarakat;
- d. terdistribusikannya tugas, fungsi, wewenang, dan tanggungjawab kesehatan secara proporsional kepada seluruh pemangku kepentingan kesehatan yaitu swasta, masyarakat dan Pemerintah Daerah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. terlaksananya upaya-upaya peningkatan pengetahuan, sikap, perilaku dan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat dan berkontribusi dalam pembangunan kesehatan;
- f. terpenuhinya kuantitas dan kualitas fasilitas pelayanan kesehatan sesuai norma, standar, prosedur dan kriteria pelayanan kesehatan; dan
- g. terjalinnya koordinasi, sinkronisasi dan sinergitas dalam mekanisme penyelenggaraan kesehatan di Daerah, yang terintegrasi dengan penyelenggaraan kesehatan di Kecamatan / Puskesmas

BAB IV

TANGGUNGJAWAB

Pasal 6

- (1). Penyelenggaraan kesehatan merupakan tanggungjawab Pemerintah, Pemerintah Daerah Kabupaten Halmahera Selatan, dunia usaha, dan masyarakat.
- (2). Pemerintah Daerah Kabupaten Halmahera Selatan bertanggungjawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina dan mengawasi upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat di Daerah.
- (3). Tanggungjawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) meliputi :
 - a. penyediaan lingkungan yang sehat dan fasilitas kesehatan bagi masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi tingginya;
 - b. ketersediaan sumberdaya di bidang kesehatan di Daerah Kabupaten Halmahera Selatan;
 - c. ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi dan fasilitas pelayanan kesehatan;
 - d. ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan Daerah Kabupaten Halmahera Selatan yang bermutu, aman dan terjangkau;
 - e. memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam upaya kesehatan di Daerah; dan
 - f. pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat di Daerah Kabupaten Halmahera Selatan.

BAB V

KEWENANGAN

Pasal 7

- (1). Pemerintah Daerah Kabupaten Halmahera Selatan berwenang melaksanakan penyelenggaraan kesehatan berdasarkan urusan wajib Pemerintah Daerah.
- (2). Urusan wajib yang menjadi kewenangan Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi :

- a. penyelenggaraan survailans epidemiologi dan penyelidikan kejadian luar biasa skala kabupaten;
- b. penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular skala kabupaten;
- c. penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular tertentu skala kabupaten;
- d. pengendalian operasional penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan wabah skala kabupaten;
- e. penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan pencemaran lingkungan skala kabupaten;
- f. penyelenggaraan survailans gizi buruk skala kabupaten;
- g. pemantauan penanggulangan gizi buruk skala kabupaten;
- h. bimbingan dan pengendalian pelayanan kesehatan haji skala kabupaten;
- i. pengelolaan pelayanan kesehatan rujukan sekunder dan tersier tertentu;
- j. bimbingan dan pengendalian upaya kesehatan pada daerah perbatasan, terpencil, rawan dan kepulauan skala kabupaten;
- k. registrasi, akreditasi, dan sertifikasi sarana kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. pemberian rekomendasi izin sarana kesehatan tertentu yang diberikan oleh Pemerintah;
- m. pemberian izin sarana kesehatan, meliputi Rumah Sakit Pemerintah Kelas C, Rumah Sakit Khusus, Rumah Sakit Swasta serta sarana kesehatan penunjang yang setara;
- n. pengelolaan/penyelenggaraan, bimbingan, pengendalian jaminan pemeliharaan kesehatan skala kabupaten;
- o. bimbingan dan pengendalian penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan nasional;
- p. penempatan tenaga kesehatan strategis, pemindahan tenaga tertentu antar kecamatan/puskesmas skala Kabupaten;
- q. pendayagunaan tenaga kesehatan skala kabupaten;
- r. pelatihan diklat fungsional dan teknis skala kabupaten;
- s. registrasi, akreditasi, sertifikasi tenaga kesehatan tertentu skala provinsi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- t. pemberian rekomendasi izin tenaga kesehatan asing;
- u. penyediaan dan pengelolaan bufferstock obat kabupaten, alat kesehatan, reagensia dan vaksin lainnya skala kabupaten;
- v. sertifikasi sarana produksi dan distribusi alat kesehatan, dan perbekalan kesehatan rumah tangga kelas II;
- w. pemberian rekomendasi izin industri komoditi kesehatan, pedagang besar farmasi, dan pedagang besar alat kesehatan;
- x. pemberian izin pedagang besar farmasi cabang dan industri kecil obat tradisional;
- y. penyelenggaraan promosi kesehatan skala kabupaten;
- z. bimbingan dan pengendalian norma, standar, prosedur, dan kriteria bidang kesehatan;
- aa. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan yang mendukung perumusan kebijakan kabupaten;
- bb. pengelolaan survei kesehatan daerah skala kabupaten;
- cc. pemantauan, pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan skala kabupaten;
- dd. penyelenggaraan kerjasama luar negeri skala kabupaten;
- ee. pembinaan, monitoring, evaluasi, dan pengawasan skala kabupaten;
- ff. pengelolaan sistem informasi kesehatan skala kabupaten; dan
- gg. pemantauan pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan skala kabupaten.

BAB VI

RUANG LINGKUP

Pasal 8

Ruang lingkup penyelenggaraan kesehatan meliputi :

- a. Sistem Kesehatan Kabupaten, terdiri atas :
 1. upaya kesehatan;
 2. pembiayaan kesehatan;
 3. sumberdaya kesehatan;
 4. sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan;
 5. manajemen dan informasi kesehatan;
 6. pemberdayaan masyarakat;
 7. regulasi kesehatan;

8. ilmu pengetahuan dan teknologi, penelitian dan pengembangan kesehatan; dan
 9. kerjasama dan kemitraan.
- b. strategi penyelenggaraan kesehatan, terdiri atas ;
1. hak dan kewajiban masyarakat;
 2. peran serta masyarakat dan dunia usaha;
 3. koordinasi penyelenggaraan kesehatan;
 4. kesehatan lingkungan; dan
 5. kesehatan jiwa.

BAB VII SISTEM KESEHATAN KABUPATEN (SKK)

Bagian Kesatu Umum

Pasal 9

- (1). Pemantapan dan upaya akselerasi pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui Sistem Kesehatan Kabupaten (SKK), yang merupakan bagian dari strategi pembangunan Daerah disesuaikan dengan karakteristik, kondisi, situasi, masalah dan potensi Daerah.
- (2). Isi beserta uraian SKK tercantum dalam Lampiran, yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Daerah ini.

Bagian Kedua Upaya Kesehatan Paragraf 1 Umum

Pasal 10

Untuk keberhasilan penyelenggaraan kesehatan, dilakukan upaya :

- a. optimalisasi peran Pemerintah Daerah yang diintegrasikan dengan kebijakan Pemerintah dan Pemerintah Kabupaten Halmahera Selatan dalam melaksanakan pembangunan kesehatan, yang meliputi perencanaan, pengaturan, penyelenggaraan, pembinaan, dan pengawasan terhadap penyelenggaraan kesehatan, dengan memperhatikan fungsi sosial, nilai, norma, agama, sosial budaya, kearifan lokal, moral, dan etika profesi;
- b. optimalisasi peran serta masyarakat dan dunia usaha/industri dalam penyelenggaraan kesehatan yang terpadu; dan
- c. pelaksanaan koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan sinergitas penyelenggaraan kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pasal 11

- (1). Upaya kesehatan diselenggarakan secara terpadu, menyeluruh dan berkesinambungan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat.
- (2). Upaya kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- (3). Pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan, yang meliputi :
 - a. pelayanan kesehatan tingkat pertama; dan
 - b. pelayanan kesehatan tingkat kedua;
- (4). Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) wajib dilengkapi dengan fasilitas yang memberikan kemudahan kepada kaum penyandang cacat dan usia lanjut.

Paragraf 2
Tingkatan Upaya Kesehatan

Pasal 12

Upaya kesehatan dilaksanakan dalam tingkatan upaya sesuai dengan kebutuhan medis dan kesehatan melalui sistem rujukan secara berjenjang, meliputi :

- a. upaya kesehatan pertama, merupakan upaya kesehatan dasar yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan dan masyarakat, yang diarahkan pada kegiatan promotif dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif; dan
- b. upaya kesehatan kedua, merupakan upaya kesehatan rujukan spesialis, terdiri dari pelayanan kesehatan rujukan perorangan, masyarakat dan upaya kesehatan penunjang sebagai pusat rujukan skala kabupaten

Paragraf 3
Sistem Rujukan

Pasal 13

- (1). Upaya kesehatan dilaksanakan secara berkesinambungan, terpadu dan paripurna melalui sistem rujukan.
- (2). Rujukan upaya kesehatan melalui rujukan upaya kesehatan perorangan dan rujukan upaya kesehatan masyarakat dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kesehatan.
- (3). Rujukan upaya kesehatan perorangan diselenggarakan menggunakan prinsip efektif dan efisien melalui pendekatan kewilayahan, dan diutamakan untuk kemudahan akses terhadap pelayanan medik dasar dan spesialis yang bermutu.
- (4). Rujukan upaya kesehatan masyarakat diselenggarakan untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang timbul akibat kondisi sarana, tenaga, ilmu pengetahuan dan teknologi serta operasional yang tidak memadai dari penyelenggara upaya kesehatan masyarakat di puskesmas berjenjang ke Dinas Kesehatan Kabupaten Halmahera Selatan dan Kementerian Kesehatan atau unit kerja lain di berbagai tingkatan pemerintahan.

Paragraf 4
Jenis Kegiatan

Pasal 14

- (1). Pemerintah Daerah bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan, yang dilaksanakan melalui kegiatan :
 - a. pelayanan kesehatan;
 - b. peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit;
 - c. peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan;
 - d. penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan;
 - e. pelayanan kesehatan pada bencana;
 - f. kesehatan reproduksi;
 - g. kesehatan gigi dan mulut;
 - h. penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran;
 - i. kesehatan lingkungan;
 - j. kesehatan kerja;
 - k. kesehatan matra;
 - l. pelayanan kesehatan tradisional;
 - m. pelayanan darah;
 - n. kesehatan olahraga dan kebugaran;
 - o. pelayanan kesehatan tumbuh kembang anak dan berkebutuhan khusus;
 - p. pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan;
 - q. pengamanan makanan dan minuman; dan
 - r. pengamanan zat adiktif;

- (2).Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan kegiatan upaya kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Bupati.

Paragraf 5
Perlindungan Pasien

Pasal 15

- (1).Setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap.
- (2). Hak menerima atau menolak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku pada :
 - a. penderita penyakit yang penyakitnya dapat secara cepat menular ke dalam masyarakat yang lebih luas;
 - b. keadaan seseorang yang tidak sadarkan diri; atau
 - c. gangguan mental berat.
- (3).Ketentuan lebih lanjut mengenai hak menerima atau menolak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) diatur dengan Peraturan Bupati, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 16

- (1).Setiap orang berhak atas rahasia kondisi kesehatan pribadinya yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan
- (2).Ketentuan mengenai hak atas rahasia kondisi kesehatan pribadi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku dalam hal:
 - a. perintah undang-undang;
 - b. perintah pengadilan;
 - c. izin yang bersangkutan;
 - d. kepentingan masyarakat; atau
 - e. kepentingan yang bersangkutan.

Pasal 17

- (1).Setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya.
- (2).Tuntutan ganti rugi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku bagi seseorang, tenaga kesehatan dan/atau penyelenggara kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat.
- (3).Ketentuan mengenai tata cara pengajuan tuntutan ganti rugi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 6
Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pasal 18

- (1).Fasilitas pelayanan kesehatan menurut jenis pelayanannya terdiri atas:
 - a. pelayanan kesehatan masyarakat; dan
 - b. pelayanan kesehatan perorangan.
- (2).Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. pelayanan kesehatan tingkat pertama; dan
 - b. pelayanan kesehatan tingkat kedua;
- (3).Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh pihak Pemerintah Daerah dan swasta.
- (4).Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) wajib melayani masyarakat secara non diskriminatif dan dilengkapi dengan fasilitas yang memberikan kemudahan kepada kaum penyandang cacat dan usia lanjut.

Paragraf 7
Pelayanan Kesehatan di Daerah Terpencil,
Daerah Tertinggal dan Daerah Perbatasan

Pasal 19

- (1). Pemerintah Daerah wajib mengutamakan pengembangan pelayanan kesehatan di daerah terpencil, daerah tertinggal dan daerah perbatasan di Daerah Kabupaten Halmahera Selatan.
- (2). Pengembangan pelayanan kesehatan di daerah terpencil, daerah tertinggal dan daerah perbatasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Bupati, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga
Pembiayaan Kesehatan
Paragraf 1
Umum

Pasal 20

- (1). Pemerintah Daerah mengembangkan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh masyarakat di Daerah Kabupaten Halmahera Selatan.
- (2). Pembiayaan kesehatan di Daerah menjadi tanggungjawab bersama antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Kabupaten Halmahera Selatan, masyarakat dan swasta.
- (3). Penyediaan anggaran kesehatan dalam APBD dialokasikan paling sedikit 10 % (sepuluh persen) di luar gaji pegawai berdasarkan prinsip keadilan, kecukupan dan keberlanjutan, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4). Besaran anggaran kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik di Daerah yang besarnya paling sedikit 2/3 (dua pertiga) dari anggaran kesehatan dalam APBD.
- (5). Pembiayaan kesehatan di Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) ditujukan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara berkesinambungan, berkeadilan, berdayaguna dan berhasilguna.
- (6). Ketentuan lebih lanjut mengenai pengalokasian anggaran kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Peraturan Bupati, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2
Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat

Pasal 21

- (1). Pemerintah Daerah melaksanakan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat melalui pengelolaan, penyelenggaraan, bimbingan dan pengendalian, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2). Pengaturan lebih lanjut mengenai jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dalam Peraturan Daerah tersendiri.

Paragraf 3
Bantuan Kesehatan

Pasal 22

- (1). Pemerintah Daerah dapat memberikan bantuan biaya kesehatan kepada masyarakat dalam pelaksanaan upaya kesehatan sesuai kewenangan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2). Ketentuan lebih lanjut mengenai pemberian bantuan biaya kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Bupati.

Bagian Keempat
Sumberdaya Kesehatan
Paragraf 1
Umum

Pasal 23

- (1).Pemerintah Daerah melaksanakan pengadaan sumberdaya kesehatan sesuai kewenangan berdasarkan ketentuan peraturan perundang undangan.
- (2).Pemangku kepentingan bidang kesehatan berhak memberikan masukan kepada Pemerintah Daerah dalam pengadaan sumberdaya kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Paragraf 2
Tenaga Kesehatan

Pasal 24

- (1).Pemerintah Daerah menempatkan tenaga kesehatan strategis dan pemindahan tenaga kesehatan tertentu antar kecamatan atau puskesmas skala kabupaten.
- (2).Pemerintah Daerah dapat melaksanakan pengadaan tenaga kesehatan strategis tertentu pada keadaan tertentu.
- (3).Pembinaan tenaga kesehatan dilaksanakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan asosiasi profesi.
- (4).Ketentuan lebih lanjut mengenai penempatan tenaga kesehatan strategis dan pemindahan tenaga kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Bupati.

Pasal 25

- (1).Peningkatan mutu tenaga kesehatan diselenggarakan melalui pendidikan dan atau pelatihan, dan Dinas melaksanakan pembinaan dan pengendalian mutu keluaran institusi pendidikan kesehatan serta melaksanakan akreditasi pelatihan tenaga kesehatan di Daerah.
- (2).Penyelenggaraan pendidikan dan atau pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggungjawab Pemerintah Daerah Kabupaten Halmahera Selatan sesuai kewenangan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3).Tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya.
- (4).Pemerintah Daerah melaksanakan pengadaan sumberdaya kesehatan sesuai kewenangan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5).Sektor kesehatan berhak memberi masukan kepada Pemerintah Daerah dalam pengadaan sumberdaya kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Pasal 26

- (1).Pemerintah Daerah mendayagunakan tenaga kesehatan skala kabupaten sesuai dengan kebutuhan Daerah.
- (2).Pendayagunaan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan memperhatikan:
 - a. standar pelayanan minimal dan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat; dan
 - b. jumlah sarana pelayanan kesehatan.
- (3).Pendayagunaan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan tetap memperhatikan hak masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan merata.
- (4).Ketentuan lebih lanjut mengenai pendayagunaan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur dengan Peraturan Bupati.

Paragraf 3
Tenaga Kesehatan Asing

Pasal 27

- (1).Tenaga kesehatan asing yang akan bekerja di Daerah, harus mendapatkan izin dari Pemerintah berdasarkan rekomendasi dari Pemerintah Daerah Kabupaten Halmahera Selatan.

- (2).Tata cara pemberian rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Bupati.

Bagian Kelima
Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan

Pasal 28

- (1).Pemerintah Daerah menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan dan pengelolaan bufferstock obat, pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, perbekalan kesehatan, alat kesehatan, reagensia dan vaksin.
- (2).Pemerintah Daerah melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap pengelolaan dan penyediaan obat, alat kesehatan, makanan, reagensia dan vaksin yang telah dilaksanakan.
- (3).Pemerintah Daerah menjamin ketersediaan obat-obat pelayanan rutin, obat khusus dan obat untuk bencana.
- (4).Pemerintah Daerah melaksanakan pengaturan, pembinaan, pengawasan dan pengendalian terhadap perdagangan farmasi, alat kesehatan dan makanan.
- (5).Pengaturan, pembinaan, pengawasan dan pengendalian sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat dilakukan bersama-sama dengan Balai Besar Pengawasan Obat dan Makanan.

Bagian Keenam
Manajemen dan Informasi Kesehatan
Paragraf 1
Manajemen Kesehatan

Pasal 29

- (1).Pengelolaan kesehatan di Daerah mengacu pada SKK guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal.
- (2). Pengelolaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara terpadu dan berjenjang antar susunan pemerintahan.

Paragraf 2
Informasi Kesehatan

Pasal 30

- (1).Pemerintah Daerah wajib memberikan kemudahan kepada masyarakat untuk memperoleh akses terhadap informasi kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- (2).Setiap orang dan atau lembaga yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat wajib memberikan laporan kepada Dinas dalam rangka pengembangan kebijakan pengendalian upaya kesehatan.
- (3).Ketentuan lebih lanjut mengenai sistem informasi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Bupati.

Bagian Ketujuh
Pemberdayaan Masyarakat

Pasal 31

- (1).Pemerintah Daerah mendorong terlaksananya pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan potensi sumberdaya serta kemandirian masyarakat dalam pemeliharaan dan peningkatan kualitas hidup serta derajat kesehatan masyarakat, meliputi :
 - a. promosi kesehatan;
 - b. akses terhadap informasi kesehatan;
 - c. akses terhadap sarana prasarana dan fasilitas umum yang menunjang proses pemeliharaan kesehatan, seperti pojok air susu ibu (ASI), sarana olahraga, jalan kaki, dan bersepeda;
 - d. sistem kewaspadaan dini berbasis masyarakat;
 - e. kesempatan dalam mengemukakan pendapat;
 - f. pengambilan kebijakan;
 - g. pemecahan masalah kesehatan; dan
 - h. inisiatif, kreasi dan inovasi.

- (2).Pemberdayaan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melibatkan unsur masyarakat, swasta, dunia usaha, orang perseorangan, kelompok serta pemangku kepentingan bidang kesehatan yang berperan sebagai agen perubahan untuk penerapan perilaku hidup sehat.

Pasal 32

Pemberdayaan masyarakat dalam pemeliharaan dan peningkatan kualitas hidup serta derajat kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud pada Pasal 31, dilaksanakan untuk :

- a. menumbuhkan dan mengembangkan potensi masyarakat;
- b. meningkatkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan;
- c. mengembangkan gotong-royong;
- d. bekerja bersama masyarakat;
- e. menggalang komunikasi informasi edukasi berbasis masyarakat; dan
- f. menjalin kemitraan dengan pemangku kepentingan bidang kesehatan, lembaga swadaya masyarakat dan organisasi masyarakat lainnya.

Pasal 33

Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan harus memperhatikan prinsip-prinsip :

- a. berbasis masyarakat;
- b. pendidikan;
- c. pemecahan masalah kesehatan;
- d. kesempatan mengemukakan pendapat;
- e. musyawarah untuk mufakat;
- f. kemitraan;
- g. kemandirian; dan
- h. gotong-royong.

Pasal 34

- (1).Pemberdayaan masyarakat diselenggarakan melalui :

- a. berbasis agama dan budaya masyarakat;
- b. penggerakan individu atau masyarakat;
- c. pengorganisasian;
- d. pengembangan;
- e. advokasi;
- f. kemitraan;
- g. peningkatan sumberdaya; dan
- h. pengawasan masyarakat.

- (2).Penyelenggaraan pemberdayaan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dalam tahapan perencanaan, pelaksanaan, pembinaan dan pengawasan, yang dilaksanakan secara berjenjang oleh Pemerintah Kabupaten Halmahera Selatan, Kecamatan dan Desa.

Bagian Kedelapan
Regulasi Kesehatan

Paragraf 1
Umum

Pasal 35

- (1).Dalam rangka mewujudkan perlindungan hukum bagi masyarakat penerima pelayanan kesehatan serta kepastian hukum bagi pemberi pelayanan agar dapat tercapai mutu pelayanan yang setinggi-tingginya bagi seluruh masyarakat, Pemerintah Daerah menyusun regulasi kesehatan yang meliputi :

- a. registrasi;
- b. perizinan;
- c. rekomendasi;
- d. lisensi dan sertifikasi; dan
- e. akreditasi.

- (2).Regulasi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui penetapan pedoman berupa harmonisasi norma, standar, prosedur dan kriteria serta jaminan kualitas dan arah kebijakan penyelenggaraan kesehatan di Daerah, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2
Registrasi

Pasal 36

- (1).Tenaga kesehatan wajib melakukan registrasi kepada Dinas.
(2).Setiap orang yang akan mendirikan sarana kesehatan wajib melakukan registrasi kepada Dinas.
(3).Tata cara pelaksanaan registrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2), diatur dengan Peraturan Bupati sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;

Paragraf 3
Perizinan
Pasal 37

- (1).Setiap orang yang akan mendirikan sarana kesehatan meliputi Rumah Sakit Pemerintah Kelas B, Rumah Sakit Khusus, Rumah Sakit Swasta serta sarana kesehatan penunjang yang setara, wajib memperoleh izin.
(2).Tata cara permohonan izin sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur dengan Peraturan Bupati.

Paragraf 4
Rekomendasi

Pasal 38

- (1).Setiap orang yang akan memproses izin mendirikan sarana kesehatan tertentu dari Pemerintah, terlebih dahulu wajib mendapatkan rekomendasi dari Pemerintah Daerah.
(2).Tenaga kesehatan asing yang akan memproses izin untuk melakukan pelayanan kesehatan sesuai profesinya sebagaimana dimaksud pada Pasal 27 ayat (1), wajib meminta rekomendasi dari Dinas.
(3).Tata cara permohonan rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) diatur dengan Peraturan Bupati.

Paragraf 5
Lisensi dan Sertifikasi

Pasal 39

Setiap tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan pada sarana pelayanan sesuai dengan profesinya, wajib memiliki lisensi dan sertifikasi, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 6
Akreditasi

Pasal 40

Setiap tenaga kesehatan dan sarana kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan, wajib memiliki akreditasi sesuai ketentuan peraturan perundang - undangan.

Bagian Kesembilan
Ilmu Pengetahuan dan Teknologi, Penelitian dan Pengembangan

Pasal 41

- (1). Pemerintah Daerah menyelenggarakan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta penelitian dan pengembangan kesehatan yang mendukung perumusan kebijakan Daerah di bidang kesehatan.
- (2). Dalam menyelenggarakan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta penelitian dan pengembangan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Daerah dapat bekerjasama dengan lembaga penelitian dan pengembangan atau institusi pendidikan dan atau orang perseorangan.
- (3). Pemerintah Daerah memfasilitasi perlindungan Hak atas Kekayaan Intelektual (HaKI) dari hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta penelitian dan pengembangan kesehatan, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesepuluh
Kerjasama dan Kemitraan

Pasal 42

- (1). Pemerintah Daerah mengembangkan pola kerjasama dalam rangka penyelenggaraan kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang - undangan.
- (2). Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan antara Pemerintah Daerah dengan:
 - a. Pemerintah;
 - b. pemerintah provinsi lain;
 - c. Pemerintah Kabupaten/Kota;
 - d. Pihak Swasta; dan
 - e. pihak luar negeri.
- (3). Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berbentuk:
 - a. bantuan pendanaan kesehatan;
 - b. bantuan tenaga ahli;
 - c. bantuan sarana dan prasarana;
 - d. pendidikan dan pelatihan; dan
 - e. kerjasama lain sesuai kesepakatan.

Pasal 43

- (1). Pemerintah Daerah dapat membentuk kemitraan dengan dunia usaha, perguruan tinggi dan atau lembaga lain dalam rangka penyelenggaraan kesehatan, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2). Kemitraan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
 - a. penyediaan dana kesehatan;
 - b. pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;
 - c. penelitian dan pengembangan;
 - d. peningkatan kapasitas pendidik dan tenaga kesehatan;
 - e. sarana dan prasarana; dan
 - f. kegiatan lain sesuai kesepakatan

BAB VIII
STRATEGI PENYELENGGARAAN KESEHATAN

Pasal 44

Penyelenggaraan kesehatan dilakukan dengan strategi :

- a. pelaksanaan koordinasi yang efektif dengan seluruh pemangku kepentingan untuk membangun sinergitas pembangunan kesehatan;

- b. peningkatan kualitas sarana dan prasarana kesehatan dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan kesehatan yang kondusif, efektif dan bermutu;
- c. peningkatan pemerataan dan perluasan akses pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, peningkatan tata kelola, akuntabilitas, dan citra publik pengelolaan kesehatan;
- d. penggalan dan pemberdayaan seluruh potensi internal maupun eksternal guna menghasilkan penyelenggaraan kesehatan yang efektif dan produktif; dan
- e. peningkatan kinerja dan profesionalisme tenaga kesehatan serta institusi kesehatan melalui pemberian kesejahteraan dan penghargaan serta pengembangan kapasitas.

BAB IX
HAK DAN KEWAJIBAN MASYARAKAT
Bagian Kesatu
Hak

Pasal 45

Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam :

- a. memperoleh akses atas sumberdaya kesehatan;
- b. memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau;
- c. secara mandiri dan bertanggungjawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya;
- d. mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan;
- e. mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggungjawab;
- f. memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan; dan
- g. mendapatkan informasi dan edukasi yang benar mengenai kesehatan jiwa.

Bagian Kedua
Kewajiban

Pasal 46

Setiap orang berkewajiban :

- a. turut serta mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang layak, meliputi upaya kesehatan perseorangan, upaya kesehatan masyarakat, dan pembangunan berwawasan kesehatan;
- b. menghormati hak orang lain dalam upaya memperoleh lingkungan yang sehat secara mental dan spiritual, fisik, biologi serta sosial;
- c. berperilaku hidup sehat untuk mewujudkan, mempertahankan dan memajukan kesehatan yang layak;
- d. menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan bagi orang lain yang menjadi tanggungjawabnya;
- e. turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- f. menciptakan kondisi kesehatan jiwa yang setinggi-tingginya.

BAB X
PERANSERTA MASYARAKAT DAN DUNIA USAHA

Pasal 47

- (1). Masyarakat dan dunia usaha berperanserta dalam segala bentuk dan tahapan penyelenggaraan kesehatan dalam rangka membantu mempercepat pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang layak.
- (2). Peran masyarakat dan dunia usaha dalam penyelenggaraan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai pelaku, penyelenggara, pengelola, penyandang dana, pengawas, dan tenaga kesehatan.
- (3). Ketentuan lebih lanjut mengenai peranserta masyarakat dan dunia usaha dalam penyelenggaraan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Bupati.

BAB XI KOORDINASI PENYELENGGARAAN KESEHATAN

Pasal 48

- (1). Penyelenggaraan kesehatan yang dilakukan oleh Kabupaten dikoordinasikan dengan Gubernur.
- (2). Penyelenggaraan kesehatan yang dilakukan oleh OPD berkaitan dengan bidang kesehatan harus dikoordinasikan dengan Dinas.
- (3). Ketentuan lebih lanjut mengenai koordinasi penyelenggaraan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) diatur dengan Peraturan Bupati.

BAB XII KESEHATAN LINGKUNGAN

Pasal 49

- (1). Upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
- (2). Pemerintah Daerah dan masyarakat menjamin ketersediaan lingkungan yang sehat dan tidak mempunyai risiko buruk bagi kesehatan.
- (3). Lingkungan sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum.
- (4). Lingkungan sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bebas dari unsur-unsur yang menimbulkan gangguan kesehatan, antara lain:
 - a. limbah cair;
 - b. limbah padat;
 - c. limbah gas;
 - d. sampah yang tidak diproses sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan Pemerintah;
 - e. binatang pembawa penyakit;
 - f. zat kimia yang berbahaya;
 - g. kebisingan yang melebihi ambang batas;
 - h. radiasi sinar pengion dan non pengion;
 - i. air yang tercemar;
 - j. udara yang tercemar; dan
 - k. makanan yang terkontaminasi.

BAB XIII KESEHATAN JIWA

Pasal 50

- (1). Upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa.
- (2). Upaya kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas upaya preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial.
- (3). Upaya kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggungjawab bersama Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat.
- (4). Pemerintah Daerah menciptakan kondisi kesehatan jiwa yang setinggi-tingginya dan menjamin ketersediaan, aksesibilitas, mutu dan pemerataan upaya kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
- (5). Pemerintah Daerah mengembangkan upaya kesehatan jiwa berbasis masyarakat sebagai bagian dari upaya kesehatan jiwa keseluruhan, termasuk mempermudah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan jiwa.
- (6). Pemerintah Daerah harus menyediakan layanan informasi dan edukasi tentang kesehatan jiwa.

BAB XIV SANKSI ADMINISTRASI

Pasal 51

- (1). Penyelenggara kesehatan yang melakukan pelanggaran terhadap ketentuan Pasal 27, 30, 36, 37, 38, 39 dan Pasal 40, dikenakan sanksi administrasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, berupa :
 - a. teguran tertulis;
 - b. pembatasan kegiatan penyelenggaraan kesehatan;
 - c. pembekuan kegiatan penyelenggaraan kesehatan;
 - d. ganti rugi dan atau denda; dan
 - e. pencabutan dan atau pembatalan izin/rekomendasi.
- (2). Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara dan pengenaan sanksi administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dengan Peraturan Bupati.

BAB XV BADAN PERTIMBANGAN KESEHATAN DAERAH

Pasal 52

- (1). Untuk membantu Pemerintah Daerah dan masyarakat dalam penyelenggaraan kesehatan, dibentuk Badan Pertimbangan Kesehatan Daerah yang merupakan badan independen.
- (2). Badan Pertimbangan Kesehatan Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) masing-masing 1 (satu) orang terdiri dari unsur :
 - a. pakar kesehatan;
 - b. asosiasi puskesmas;
 - d. asosiasi rumah sakit;
 - e. perguruan tinggi;
 - f. lembaga swadaya masyarakat;
 - g. media massa; dan
 - h. tokoh agama atau masyarakat.

kecuali organisasi profesi kesehatan berjumlah 6 orang.

- (3). Badan Pertimbangan Kesehatan Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas dan wewenang :
 - a. menginventarisasi permasalahan melalui penelaahan terhadap berbagai informasi dan data yang relevan atau berpengaruh terhadap proses pembangunan kesehatan;
 - b. memberi masukan kepada Pemerintah Daerah tentang sasaran pembangunan kesehatan selama kurun waktu 5 (lima) tahun;
 - c. menyusun strategi pencapaian dan prioritas kegiatan pembangunan kesehatan;
 - d. memberikan masukan kepada Pemerintah Daerah dalam mengidentifikasi dan menggerakkan sumberdaya pembangunan kesehatan;
 - e. melakukan advokasi tentang alokasi dan penggunaan dana dari semua sumber agar pemanfaatannya efektif, efisien, dan sesuai dengan strategi yang ditetapkan;
 - f. memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pembangunan kesehatan; dan
 - g. merumuskan dan mengusulkan tindakan korektif yang perlu dilakukan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan.
- (4). Ketentuan lebih lanjut mengenai Pengangkatan dan pemberhentian masa jabatan, susunan organisasi dan pembiayaan Badan Pertimbangan Kesehatan Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) diatur dengan Peraturan Bupati.

BAB XVI
PEMBINAAN, PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN

Pasal 53

- (1). Bupati melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian terhadap penyelenggaraan kesehatan di Daerah.
- (2). Pembinaan, pengawasan dan pengendalian terhadap penyelenggaraan kesehatan sebagaimana dalam ayat (1) dilaksanakan oleh Dinas.
- (3). Mekanisme pembinaan, pengawasan dan pengendalian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) diatur dengan Peraturan Bupati

BAB XVII
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 54

- (1). Dengan ditetapkannya Peraturan Daerah ini, semua ketentuan yang mengatur mengenai penyelenggaraan kesehatan yang telah ada dan tidak bertentangan dengan Peraturan Daerah ini, masih tetap berlaku sepanjang belum diatur berdasarkan ketentuan yang baru.
- (2). Setiap tenaga kesehatan, sarana kesehatan dan tenaga kesehatan asing yang telah melaksanakan pelayanan kesehatan di Daerah sebelum berlakunya Peraturan Daerah ini tetapi belum melakukan registrasi dan atau memiliki perizinan, rekomendasi, lisensi dan sertifikasi serta akreditasi, wajib memenuhi ketentuan dalam Peraturan Daerah ini, paling lambat dalam waktu 2 (dua) tahun terhitung sejak berlakunya Peraturan Daerah ini.

BAB XVIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 55

Peraturan Pelaksanaan Peraturan Daerah ini harus sudah ditetapkan paling lambat 1 (satu) tahun sejak Peraturan Daerah ini diundangkan.

Pasal 56

Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Daerah ini sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya, ditetapkan dengan Peraturan Bupati

Pasal 57

Peraturan Daerah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam Lembaran Daerah Kabupaten Halmahera Selatan.

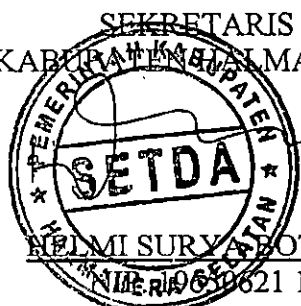
Ditetapkan di Labuha
pada tanggal 1 April 2013

BUPATI HALMAHERA SELATAN,



Diundangkan di Labuha
pada tanggal 1 April 2013

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN HALMAHERA SELATAN,



HELMI SURYABOTUTIHE, SE, M.M

NID. 19630621 198603 1001

LEMBARAN DAERAH KABUPATEN HALMAHERA SELATAN TAHUN 2013 NOMOR



**PENJELASAN
ATAS
PERATURAN DAERAH KABUPATEN HALMAHERA SELATAN
NOMOR 3 TAHUN 2013
TENTANG
PENYELENGGARAAN KESEHATAN
DI KABUPATEN HALMAHERA SELATAN**

A. PENJELASAN UMUM

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Oleh karena itu setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, perlindungan dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan nasional. Yang dilaksanakan dengan mengikutsertakan masyarakat secara luas yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bersifat menyeluruh terpadu dan berkesinambungan sebagaimana yang telah diatur dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN).

Dengan lahirnya undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dengan semangat paradigma baru yakni dikenal dengan paradigma sehat yaitu paradigma kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif. Dan juga telah disesuaikan dengan semangat otonomi daerah.

Penyelenggaraan kesehatan di Kabupaten Halmahera Selatan dilaksanakan Berdasarkan implementasi dari undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan yang disesuaikan dengan kondisi dan kearifan local di Kabupaten Halmahera Selatan dengan tujuan guna meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat dengan upaya-upaya yang lebih mementingkan kepentingan rakyat di Kabupaten Halmahera Selatan.

B. PENJELASAN PASAL DEMI PASAL

- Pasal 1
Cukup Jelas
- Pasal 2
Cukup Jelas
- Pasal 3
Cukup Jelas
- Pasal 4
Cukup Jelas
- Pasal 5
Cukup Jelas
- Pasal 6
Cukup Jelas
- Pasal 7
Cukup Jelas
- Pasal 8
Cukup Jelas
- Pasal 9
Cukup Jelas
- Pasal 10
Cukup Jelas
- Pasal 11
Cukup Jelas

Pasal 12
Cukup Jelas

Pasal 13
Cukup Jelas

Pasal 14
Ayat (1) Cukup Jelas
Ayat (2) Cukup Jelas
Ayat (3) Cukup Jelas
Ayat (4) Cukup Jelas

Pasal 15
Cukup Jelas

Pasal 16
Cukup Jelas

Pasal 17
Cukup Jelas

Pasal 18
Cukup Jelas

Pasal 19
Cukup Jelas

Pasal 20
Cukup Jelas

Pasal 21
Cukup Jelas

Pasal 22
Cukup Jelas

Pasal 23
Cukup Jelas

Pasal 24
Cukup Jelas

Pasal 25
Cukup Jelas

Pasal 26
Cukup Jelas

Pasal 27
Cukup Jelas

Pasal 28
Cukup Jelas

Pasal 21
Cukup Jelas

Pasal 29
Cukup Jelas

Pasal 30
Cukup Jelas

Pasal 31
Cukup Jelas

Pasal 32
Cukup Jelas

Pasal 33
Cukup Jelas

Pasal 34
Cukup Jelas

Pasal 35
Cukup Jelas
Pasal 36
Cukup Jelas
Pasal 37
Cukup Jelas
Pasal 38
Cukup Jelas
Pasal 39
Cukup Jelas
Pasal 40
Cukup Jelas
Pasal 41
Cukup Jelas
Pasal 42
Cukup Jelas

Pasal 43
Cukup Jelas
Pasal 44
Cukup Jelas
Pasal 45
Cukup Jelas
Pasal 46
Cukup Jelas
Pasal 47
Cukup Jelas
Pasal 48
Cukup Jelas
Pasal 49
Cukup Jelas
Pasal 50
Cukup Jelas
Pasal 51
Cukup Jelas
Pasal 52
Cukup Jelas
Pasal 53
Cukup Jelas
Pasal 54
Cukup Jelas
Pasal 55
Cukup Jelas

I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

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

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

Perubahan lingkungan strategis ditandai dengan berlakunya berbagai regulasi penyelenggaraan pemerintahan, seperti Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Disamping itu secara global terjadi perubahan iklim dan upaya percepatan pencapaian Millenium Development Goals (MDGs), sehingga diperlukan penyesuaian dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

B. PENGERTIAN SKK

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

Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berdasarkan pada: 1) Perikemanusiaan, 2) Pemberdayaan dan kemandirian, 3) Adil dan merata, serta 4) Pengutamaan dan manfaat.

Sistem Kesehatan Kabupaten (SKK) perlu dilaksanakan dalam konteks Pembangunan Kesehatan secara keseluruhan dengan mempertimbangkan determinan sosial, seperti: kondisi kehidupan sehari-hari, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumberdaya, kesadaran

masyarakat, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam mengatasi masalah-masalah tersebut.

C. MAKSUD DAN KEGUNAAN SKK

Penyusunan SKK ini dimaksudkan untuk menghadapi tantangan eksternal dan internal, agar dapat dipergunakan sebagai pedoman tentang bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan, baik oleh masyarakat, swasta maupun oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah serta pihak terkait lainnya.

Tersusunnya SKK mempertegas makna pembangunan kesehatan dalam rangka pemenuhan hak asasi manusia, memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misi Kabupaten Halmahera Selatan, memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, serta meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan Pembangunan daerah.

SKK disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) yang meliputi: 1) Cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata, 2) Pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak pada rakyat, 3) Kebijakan pembangunan kesehatan, dan 4) Kepemimpinan. Pendekatan pelayanan kesehatan primer secara global telah diakui sebagai pendekatan yang tepat dalam mencapai kesehatan bagi semua dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang *responsive gender*.

D. LANDASAN SKK

Landasan SKK meliputi:

1. **Landasan Idiil** yaitu Pancasila.

2. **Landasan Konstitusional** yaitu UUD 1945, khususnya: Pasal 28 A, setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya; Pasal 28 B ayat (2), setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang; 28 C ayat (1), setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia; Pasal 28 H ayat (1), setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan ayat (3), setiap orang berhak atas jaminan social yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat; serta Pasal 34 ayat (2), Negara mengembangkan system jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan dan ayat (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

3. **Landasan Operasional** meliputi seluruh ketentuan peraturan perundangan yang berkaitan dengan penyelenggaraan SKK

BAB II

PERKEMBANGAN DAN TANTANGAN SISTEM KESEHATAN KABUPATEN

A. PERKEMBANGAN DAN MASALAH SISTEM KESEHATAN KABUPATEN

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan secara berkesinambungan telah berhasil meningkatkan status kesehatan masyarakat. Kinerja sistem kesehatan telah menunjukkan hasil yang baik, antara lain ditunjukkan dengan Angka Kematian Neonatus (AKN) dari 275 kasus pada tahun 2011. Angka Kematian Ibu (AKI) 29 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2011, umur harapan hidup (UHH) . 68 tahun, Tahun 2011 Demikian pula telah terjadi kekurangan gizi pada balita dari 12 kasus pada tahun 2011. Namun indikator kesehatan masyarakat tersebut masih belum seperti yang diharapkan. Upaya percepatan indikator kesehatan dalam lingkungan strategis baru, harus terus diupayakan dengan perbaikan Sistem Kesehatan Nasional.

1. Upaya Kesehatan

Akses pada pelayanan kesehatan secara nasional mengalami peningkatan, namun di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, dan pulau-pulau kecil terdepan dan terluar masih rendah. Jarak fasilitas pelayanan kesehatan yang jauh disertai distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, dan pelayanan kesehatan yang mahal menyebabkan rendahnya aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Walaupun telah terjadi peningkatan jumlah Puskesmas, namun itu belum cukup untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.

Penyakit infeksi menular masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menonjol terutama: TB Paru, Malaria, HIV/AIDS, DBD dan Diare. Namun penyakit seperti: Filariasis, Kusta, Framboesia cenderung meningkat kembali (*neglected diseases*). Kunjungan pasien ke puskesmas menunjukkan adanya peningkatan kasus penyakit tidak menular (seperti: penyakit kardiovaskuler, kanker) secara cukup bermakna, hal ini menandakan adanya *double burden*.

2. Pembiayaan Kesehatan

Proporsi pembiayaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah daerah belum mengutamakan upaya pencegahan dan promosi kesehatan. Pembiayaan untuk pembangunan kesehatan masih sebagian besar berasal dari Pemerintah pusat, seperti Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), JAMKESMAS, dan JAMPERSAL.

3. Sumber Daya Manusia Kesehatan

Upaya pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan belum memadai, baik jumlah, jenis maupun kualitas tenaga kesehatan yang dibutuhkan serta distribusinya belum merata. Masalah strategis SDM Kesehatan yang dihadapi dewasa ini dan di masa depan adalah: a) pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan SDM untuk pembangunan kesehatan; b) perencanaan kebijakan dan program SDM Kesehatan masih lemah dan belum

didukung sistem informasi SDM Kesehatan yang memadai; c) masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan berbagai jenis SDM Kesehatan. Kualitas hasil pendidikan SDM Kesehatan dan pelatihan kesehatan pada umumnya masih belum memadai; d) dalam pendayagunaan SDM Kesehatan, pemerataan SDM Kesehatan berkualitas masih kurang. Pengembangan karier, sistem penghargaan dan sanksi belum sebagaimana mestinya. Regulasi untuk mendukung SDM Kesehatan masih terbatas; e) pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan dan dukungan sumber daya SDM Kesehatan masih kurang.

4. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan Minuman

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

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

Lebih dari 90% obat yang diresepkan di Puskesmas merupakan obat esensial generik. Namun tidak diikuti oleh sarana pelayanan kesehatan lainnya, seperti: di rumah sakit pemerintah kurang dari 76%, rumah sakit swasta 49%, dan apotek kurang dari 47%. Hal ini menunjukkan bahwa konsep obat esensial generik belum sepenuhnya dipahami dan diterapkan.

5. Manajemen dan Informasi Kesehatan

Perencanaan antara Pusat dan Daerah belum sinkron dan begitu juga dengan perencanaan jangka panjang/menengah belum menjadi acuan dalam menyusun perencanaan jangka pendek. Demikian juga dengan kebijakan yang belum banyak disusun berbasis bukti. Banyak kebijakan yang menimbulkan kesenjangan dan tidak sinergi baik di Pusat dan atau Daerah.

Sistem informasi kesehatan setelah desentralisasi menjadi lemah. Data dan informasi kesehatan untuk perencanaan tidak tersedia tepat waktu. Sistem Informasi Kesehatan Nasional (Siknas) yang berbasis fasilitas sudah mencapai tingkat kabupaten/kota namun belum dimanfaatkan. Hasil penelitian kesehatan, hasil kinerja tahun sebelumnya, belum banyak dimanfaatkan sebagai dasar perumusan kebijakan dan perencanaan program. Surveilans belum dilaksanakan secara menyeluruh. Hukum kesehatan belum tertata secara sistematis dan belum mendukung pembangunan kesehatan secara utuh.

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

6. Pemberdayaan Masyarakat

Rumah tangga yang telah melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) masih sangat sedikit. Jumlah UKBM, seperti Posyandu dan Poskesdes semakin meningkat, tapi pemanfaatan dan kualitasnya masih rendah.

Hasil Riskesdas tahun 2007 menunjukkan bahwa alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes walaupun sebenarnya sangat memerlukan adalah karena: pelayanannya tidak lengkap, lokasinya jauh, dan tidak tersedianya Posyandu/Poskesdes.

B. PERUBAHAN LINGKUNGAN STRATEGIS

Perkembangan global, regional dan nasional saat ini merupakan faktor dinamis yang mengalami perubahan serta sangat menentukan proses pembangunan suatu negara, termasuk pembangunan kesehatan. Hal ini merupakan faktor eksternal utama yang mempengaruhi penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

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

1. Tingkat Global dan Regional

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

Proses ini dipicu dan dipercepat dengan berkembangnya teknologi, informasi, dan transportasi yang mempunyai konsekuensi pada fungsi suatu negara dalam sistem pengelolaannya. Era globalisasi dapat menjadi peluang sekaligus tantangan pembangunan kesehatan sehingga mengharuskan adanya suatu sistem kesehatan yang responsif.

Komitmen Internasional seperti: MDGs, revitalisasi pelayanan kesehatan dasar, kesetaraan gender, *climate change*, ASEAN Charter, jejaring riset Asia Pasifik perlu menjadi perhatian dalam pembangunan kesehatan. Komitmen internasional tersebut harus dalam konteks mendukung pembangunan kesehatan nasional.

2. Tingkat Nasional dan Lokal

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

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

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

Perangkat regulasi dan hukum yang terkait dengan kesehatan masih belum memadai, sementara itu kesadaran hukum masyarakat masih rendah, dan masih lemahnya penegakan hukum menyebabkan berbagai hambatan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, perlu dilakukan berbagai terobosan/pendekatan terutama pemberdayaan masyarakat yang memberikan penguatan kapasitas dan surveilans berbasis masyarakat, diantaranya melalui pengembangan desa siaga. Di bidang lingkungan, mekanisme mitigasi, adaptasi dan pengenalan resiko akan perubahan iklim menuntut kegiatan kerjasama antara pihak lingkungan dengan pihak kesehatan dan sektor terkait lainnya.

BAB III

ASAS SISTEM KESEHATAN KABUPATEN

Sebagaimana dinyatakan dalam poin I bahwa Sistem Kesehatan Kabupaten (SKK) adalah bentuk dan cara dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Sebagai bentuk dan cara, maka setiap pelaku pembangunan kesehatan harus taat pada asas yang menjadi landasan bagi setiap program dan kegiatan pembangunan kesehatan.

A. DASAR PEMBANGUNAN KESEHATAN

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

0. Perikemanusiaan

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

0. Pemberdayaan dan Kemandirian

Setiap orang dan masyarakat bersama dengan pemerintah berperan, berkewajiban dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya. Pembangunan kesehatan harus mampu membangkitkan dan mendorong peran aktif masyarakat. Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan berlandaskan pada kepercayaan

atas kemampuan dan kekuatan sendiri serta kepribadian bangsa dan semangat solidaritas sosial serta gotongroyong. Pembangunan kesehatan diarahkan member manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain: ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut dan keluarga miskin.

0. Adil dan Merata

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

0. Pengutamaan dan Manfaat

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mengutamakan kepentingan umum dari pada kepentingan perorangan atau golongan. Upaya kesehatan yang bermutu diselenggarakan dengan memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta harus lebih mengutamakan pendekatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berlandaskan pada dasar kemitraan atau sinergi yang dinamis dan tata penyelenggaraan yang baik, sehingga secara berhasilguna dan secara bertahap dapat memberi manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan lingkungannya. Secara ringkas dapat dikemukakan bahwa pembangunan kesehatan harus diupayakan secara terintegrasi antara Pusat dan Daerah dengan mengedepankan nilai-nilai pembangunan kesehatan, yaitu: a) Berpihak pada Rakyat, b) Bertindak Cepat dan Tepat, c) Kerjasama Tim, d) Integritas yang tinggi, serta e) Transparansi dan Akuntabel.

B. DASAR SISTEM KESEHATAN KABUPATEN

Dalam penyelenggaraannya, SKK perlu mengacu pada dasar-dasar sebagai berikut:

0. Hak asasi manusia

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

0. Sinergisme dan Kemitraan yang Dinamis

SKK akan berfungsi baik untuk mencapai tujuannya apabila terjadi koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan sinergisme (KISS), baik antar pelaku, antar subsistem SKK maupun dengan sistem serta subsistem lain di luar SKK. Dengan tatanan ini,

maka sistem atau sector lain, seperti pembangunan prasarana, keuangan dan pendidikan, perlu berperan secara bersama-sama dengan sektor kesehatan untuk mencapai tujuan nasional. Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat termasuk swasta, dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki masing-masing. Kemitraan tersebut diwujudkan dengan mengembangkan jejaring yang berhasilguna dan berdayaguna, agar diperoleh sinergisme yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

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

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

0. Dukungan Regulasi

Dalam menyelenggarakan SKK, harus ada dukungan regulasi berupa adanya berbagai peraturan perundangundangan yang mendukung penyelenggaraan SKK dan didukung pula oleh penerapannya (*law enforcement*).

0. Antisipatif dan Pro Aktif

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

0. Responsif Gender

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

0. Kearifan Lokal

Penyelenggaraan SKK harus memperhatikan dan menggunakan potensi daerah yang secara positif dapat meningkatkan hasilguna dan dayaguna pembangunan kesehatan, yang dapat diukur secara kuantitatif dari meningkatnya peran serta masyarakat dan secara kualitatif dari meningkatnya kualitas hidup jasmani dan rohani. Dengan demikian kebijakan pembangunan daerah di bidang kesehatan harus sejalan dengan SKN, walaupun pelaksanaan praktisnya dalam rencana pembangunan daerah di bidang kesehatan, dapat disesuaikan dengan potensi dan

kondisi serta kebutuhan masyarakat di daerah terutama dalam penyediaan pelayanan kesehatan dasar bagi rakyatnya.

BAB IV

BENTUK POKOK SISTEM KESEHATAN KABUPATEN

A. TUJUAN SKK

Tujuan SKK adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua potensi bangsa, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah secara sinergis, berhasilguna dan berdayaguna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

B. KEDUDUKAN SKK

0. Suprasistem SKK

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

0. Kedudukan SKK dalam Sistem Daerah Lainnya

Terwujudnya keadaan sehat dipengaruhi oleh berbagai faktor, yang tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan, melainkan juga tanggung jawab dari berbagai sektor lain terkait. Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, SKK perlu menjadi acuan bagi sektor lain. Dalam penyelenggaraan pembangunan daerah, SKK dapat bersinergi secara dinamis dengan berbagai sistem daerah lainnya seperti: Sistem Pendidikan, Sistem Perekonomian, Sistem Ketahanan Pangan, dan Sistem-sistem daerah lainnya.

0. Kedudukan SKK terhadap berbagai sistem kemasyarakatan termasuk swasta

Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh dukungan sistem nilai dan budaya masyarakat yang secara bersama terhimpun dalam berbagai sistem kemasyarakatan. Di pihak lain, berbagai sistem kemasyarakatan merupakan bagian integral dari SKK. Dalam kaitan ini SKK dipergunakan sebagai acuan bagi masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan.

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

C. SUBSISTEM SKK

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

0. Subsistem Upaya Kesehatan

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

0. Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan bersumber dari berbagai sumber yakni pemerintah, pemerintah daerah, swasta, organisasi masyarakat dan masyarakat itu sendiri.

Oleh karena itu, pembiayaan kesehatan yang adekuat, terintegrasi, stabil dan berkesinambungan memegang peran yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan dari pembangunan kesehatan. Diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses terhadap pelayanan yang berkualitas.

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

0. Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan

Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumberdaya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, SKN juga memberikan fokus penting pada pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan, guna menjamin ketersediaan dan pendistribusian SDM Kesehatan. Pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan meliputi: 1) perencanaan kebutuhan sumber daya manusia yang diperlukan, 2) pengadaan yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan, 3) pendayagunaan SDM Kesehatan, dan 4) pembinaan serta pengawasan SDM Kesehatan.

0. Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan Minuman

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

0. Subsistem Manajemen dan Informasi Kesehatan

Subsistem ini meliputi: kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, unsur kesehatan dan informasi kesehatan. Untuk menggerakkan pembangunan kesehatan secara berhasilguna dan berdayaguna, diperlukan manajemen kesehatan. Peranan manajemen kesehatan adalah koordinasi, integrasi, sinkronisasi serta penyerasian berbagai subsistem SKN.

Dalam kaitan ini peranan informasi kesehatan sangat penting. Dari segi pengadaan data dan informasi dapat dikelompokkan kegiatannya sebagai berikut: 1) Pengumpulan, validasi, analisa dan desiminasi data dan informasi, 2) Manajemen unsur informasi, 3) Dukungan kegiatan dan sumber daya untuk unit-unit yang memerlukan, dan 4) pengembangan untuk peningkatan mutu unsur informasi kesehatan.

0. Subsistem Pemberdayaan Masyarakat

SKK akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai sasaran pembangunan kesehatan, melainkan juga sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan. Oleh karenanya pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan. Dalam pemberdayaan masyarakat meliputi pula upaya peningkatan lingkungan sehat dari masyarakat sendiri. Pemberdayaan masyarakat dan upaya kesehatan pada hakekatnya merupakan unsur dari pembangunan kesehatan.

C. TATA HUBUNGAN ANTAR SUBSISTEM DAN LINGKUNGANNYA

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

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

1. Subsistem pembiayaan kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan ketersediaan pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan dimanfaatkan secara berhasilguna dan berdayaguna untuk terselenggaranya upaya kesehatan secara merata, terjangkau, dan bermutu bagi seluruh masyarakat. Tersedianya pembiayaan yang memadai juga akan menunjang terselenggaranya subsistem sumberdaya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman, subsistem manajemen dan informasi kesehatan, serta subsistem pemberdayaan masyarakat.
1. Subsistem sumberdaya manusia kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan tenaga kesehatan yang bermutu dalam jumlah yang mencukupi, terdistribusi secara adil, serta dimanfaatkan secara berhasilguna dan berdayaguna, sehingga upaya kesehatan dapat diselenggarakan sesuai dengan kebutuhan seluruh lapisan masyarakat. Tersedianya tenaga kesehatan yang mencukupi dan berkualitas juga akan menunjang terselenggaranya subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman, subsistem manajemen dan informasi kesehatan serta subsistem pemberdayaan masyarakat.
1. Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman diselenggarakan guna menjamin keamanan, khasiat, manfaat dan mutu semua produk sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman yang beredar; menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial; perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat; serta penggunaan obat yang rasional, dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman saling terkait dengan subsistem upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya kesehatan, manajemen dan informasi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat,
1. sehingga upaya kesehatan dapat diselenggarakan dengan berhasilguna dan berdayaguna.
2. Subsistem manajemen dan informasi kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan fungsi-fungsi kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, informasi kesehatan, dan hukum kesehatan yang memadai dan mampu menunjang penyelenggaraan upaya kesehatan secara berhasilguna dan berdayaguna. Dengan manajemen kesehatan yang berhasilguna dan berdayaguna dapat diselenggarakan subsistem upaya kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumberdaya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman, serta subsistem pemberdayaan masyarakat, sebagai suatu kesatuan yang terpadu dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

2. Subsistem pemberdayaan masyarakat diselenggarakan guna menghasilkan individu, kelompok, dan masyarakat umum yang mampu berperan aktif dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Masyarakat yang berdaya akan berperan aktif dalam penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumberdaya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman, serta subsistem manajemen dan informasi kesehatan.
3. Dalam kaitan ini, hubungan SKK dengan lingkungan strategisnya sangat penting artinya, mengingat pembangunan kesehatan tidak dapat mencapai tujuannya tanpa memperhatikan dengan seksama interaksi dengan lingkungan strategis tersebut, yang meliputi: ideologi, politik, ekonomi, sosial budaya, dan pertahanan keamanan. Lingkungan tersebut terdapat di tingkat lokal, nasional, regional maupun global. Selain itu, lingkungan termaksud dapat sebagai peluang maupun kendala.

BAB V

CARA PENYELENGGARAAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

A. SUBSISTEM UPAYA KESEHATAN

4. Pengertian

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

4. Tujuan

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

4. Unsur-unsur

a. Upaya Kesehatan

Pelayanan kesehatan meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan, baik pelayanan kesehatan konvensional maupun pelayanan kesehatan yang terdiri dari pengobatan tradisional dan komplementer melalui pendidikan dan pelatihan dengan selalu mengutamakan keamanan dan efektifitas yang tinggi. Upaya kesehatan diutamakan pada berbagai upaya yang mempunyai daya ungkit tinggi dalam pencapaian sasaran pembangunan kesehatan utamanya penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, dan keluarga miskin.

b. Sumber Daya Upaya Kesehatan

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

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

c. Pembinaan dan Pengawasan Upaya Kesehatan

Pelayanan kesehatan harus diberikan berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh pemerintah dengan mempertimbangkan masukan dari organisasi profesi. Pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan dilakukan secara berjenjang melalui standarisasi, sertifikasi, lisensi, akreditasi, dan penegakan hukum yang dilakukan oleh pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat.

d. Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan

Penelitian dan pengembangan dilakukan utamanya untuk mendukung peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasilguna dan berdayaguna. Penelitian dan pengembangan didasarkan pada masalah kesehatan prioritas, sumberdaya kesehatan, serta aspek terkait lainnya dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sesuai.

4. Prinsip

a. Berkesinambungan dan paripurna

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

b. Bermutu, aman dan sesuai kebutuhan

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

c. Adil dan merata

Pemerintah wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata untuk memenuhi kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan di seluruh wilayah Kabupaten Halmahera Selatan.

d. Non diskriminatif

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

e. Terjangkau

Pelayanan kesehatan yang bermutu harus terjangkau dan mudah dijangkau oleh seluruh masyarakat, baik dari aspek akses maupun biaya.

f. Teknologi tepat guna

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

g. Bekerja dalam tim secara cepat dan tepat

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

5. Penyelenggaraan

a. Upaya Kesehatan

Upaya kesehatan mencakup kesehatan fisik, mental termasuk intelegensia, dan sosial. Upaya kesehatan dilaksanakan dalam tingkatan upaya sesuai dengan kebutuhan medik dan kesehatan. Terdapat tiga tingkatan upaya yaitu upaya kesehatan primer, upaya kesehatan sekunder. Upaya kesehatan diselenggarakan secara berkesinambungan, terpadu, dan paripurna melalui sistem rujukan.

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

Upaya kesehatan primer adalah upaya kesehatan dasar dimana terjadi kontak pertama secara perorangan atau masyarakat dengan pelayanan kesehatan sebagai awal dari proses pelayanan kesehatan langsung maupun pelayanan kesehatan penunjang, dengan mekanisme rujukan timbalbalik, termasuk penanggulangan bencana dan pelayanan gawat darurat. Upaya kesehatan sekunder dan tersier adalah upaya kesehatan tingkat rujukan maupun rujukan tingkat lanjut.

Upaya kesehatan tersebut terdiri dari upaya kesehatan yang langsung dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, dan upaya kesehatan penunjang yang mendukung upaya kesehatan langsung tersebut, seperti: sumber daya manusia, dana, sarana dan prasarana, advokasi, promosi kesehatan, penelitian dan pengembangan.

1) Upaya Kesehatan Primer

Upaya Kesehatan Primer adalah upaya kesehatan dasar, yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan dan masyarakat.

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

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

Diselenggarakan berdasarkan norma, standar, prosedur dan kriteria pelayanan yang ditetapkan oleh Pemerintah dengan memperhatikan masukan dari organisasi profesi dan masyarakat.

Pelayanan kesehatan perorangan primer akan didukung oleh fasilitas kesehatan penunjang, antara lain: Apotik, Optik, laboratorium dan lain sebagainya.

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

Pemerintah daerah wajib menyediakan pelayanan kesehatan perorangan primer di seluruh wilayah Kabupaten Halmahera Selatan kebutuhan, terutama bagi orang miskin, daerah terpencil, perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta yang tidak diminati swasta.

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

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

Upaya kesehatan masyarakat primer adalah pelayanan peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan pengobatan dan pemulihan dengan sasaran keluarga, kelompok dan masyarakat.

Penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat primer mendukung upaya kesehatan berbasis masyarakat dan didukung oleh upaya kesehatan masyarakat sekunder.

Penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat primer menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang pelaksanaan operasionalnya dapat didelegasikan

kepada Puskesmas. Masyarakat termasuk swasta dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat primer sesuai peraturan yang berlaku dan dapat berkerjasama dengan Pemerintah.

Pembiayaan kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat primer ditanggung oleh pemerintah bersama dengan masyarakat. Pemerintah wajib membiayai pelayanan kesehatan masyarakat yang ditujukan untuk menangani masalah kesehatan masyarakat yang menjadi prioritas pembangunan.

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

Pemerintah wajib melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat primer yang berhubungan dengan prioritas pembangunan melalui kegiatan perbaikan lingkungan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan kematian serta paliatif. Pelaksanaan

pelayanan kesehatan masyarakat primer didukung upaya kesehatan penunjang seperti:
surveilans, pencatatan dan pelaporan.

2) Upaya Kesehatan Sekunder

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

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder adalah pelayanan kesehatan spesialistik, menerima rujukan dari fasilitas kesehatan primer, yang meliputi rujukan kasus, specimen dan Ilmu Pengetahuan. Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dilaksanakan oleh dokter spesialis, atau dokter yang sudah mendapatkan pendidikan khusus dan mempunyai ijin praktek serta didukung sistem rujukan yang timbal balik.

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder harus memberikan pelayanan kesehatan yang aman, sesuai, efektif, efisien dan berbasis bukti (*evidence based medicine*) serta didukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dapat dibantu dengan fasilitas kesehatan penunjang, antara lain: Apotik, Optik, laboratorium dan lain sebagainya.

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

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder untuk kelompok miskin dibiayai oleh pemerintah, sedangkan golongan ekonomi lainnya dibiayai dalam sistem pembiayaan yang diatur oleh pemerintah.

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

Upaya kesehatan masyarakat sekunder menerima rujukan kesehatan masyarakat berupa sarana, teknologi dan didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat tersier.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat rujukan menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan atau Provinsi sebagai fungsi teknisnya, yakni melaksanakan upaya kesehatan masyarakat yang tidak sanggup atau tidak memadai dilakukan di tingkat puskesmas.

Dalam penanggulangan penyakit menular, yang tidak terbatas pada suatu batas administrasi pemerintahan (lintas kabupaten/kota), maka tingkat yang lebih tinggi (lintas provinsi) yang harus menanganinya.

Rujukan upaya kesehatan masyarakat dilakukan dalam bentuk rujukan sarana, rujukan teknologi dan operasional

Fasilitas kesehatan penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat rujukan dibangun sesuai dengan standar. Bagi fasilitas kesehatan masyarakat milik swasta harus mempunyai ijin sesuai peraturan yang berlaku serta dapat bekerjasama dengan unit kerja Pemerintah Daerah seperti: laboratorium kesehatan, balai teknik kesehatan lingkungan, fasilitas kalibrasi peralatan kesehatan dan lain-lain.

b. Pembinaan dan Pengawasan

0) Pembinaan Upaya Kesehatan

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

Pemerintah Kabupaten/Kota sebagai penanggungjawab penyelenggaraan kesehatan di wilayahnya berkewajiban melakukan pembinaan terhadap semua fasilitas pelayanan kesehatan termasuk swasta, sehingga semua fasilitas pelayanan kesehatan wajib memberikan laporan kegiatannya. Pembinaan upaya kesehatan dilakukan oleh pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat termasuk swasta. Swasta dapat melakukan pembinaan upaya kesehatan di lingkup kerjanya masing masing.

1) Pengawasan Upaya Kesehatan

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

c. Penelitian dan Pengembangan

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

Penyelenggaraan Iptek tersebut, meliputi antara lain:

- 0) Ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dihasilkan dari penelitian dan pengembangan kesehatan yang diselenggarakan oleh pusat penelitian dan pengembangan milik masyarakat, swasta, dan pemerintah.
- 0) Pemanfaatan dan penyebarluasan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan diatur oleh Pemerintah dengan dukungan organisasi profesi, dilakukan dengan membentuk pusat-pusat penelitian dan pengembangan unggulan, jaringan informasi dan dokumentasi iptek kesehatan.

Penelitian yang dilaksanakan oleh badan asing dan atau individu warga negara asing (WNA) harus atas izin dan diawasi Pemerintah.

B. SUBSISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

1. Pengertian

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

2. Tujuan

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

3. Unsur-unsur

a. Dana

Dana digali dari sumber pemerintah baik dari sektor kesehatan dan sektor lain terkait, dari masyarakat, maupun swasta serta sumber lainnya yang digunakan

untuk mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dana yang tersedia harus mencukupi dan dapat dipertanggungjawabkan.

b. Sumber daya

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

c. Pengelolaan Dana Kesehatan

Prosedur/Mekanisme Pengelolaan Dana Kesehatan adalah seperangkat aturan yang disepakati dan secara konsisten dijalankan oleh para pelaku subsistem pembiayaan kesehatan, baik oleh Pemerintah secara lintas sektor, swasta, maupun masyarakat yang mencakup mekanisme penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan dana kesehatan.

4. Prinsip

. Kecukupan

Pembiayaan kesehatan pada dasarnya merupakan tanggung jawab bersama pemerintah, masyarakat, dan swasta. Alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk upaya kesehatan dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, sekurangkurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya. Pembiayaan kesehatan untuk orang miskin dan tidak mampu merupakan tanggung jawab pemerintah.

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

. Efektif dan efisien

Dana Pemerintah ditujukan untuk pembangunan kesehatan, khususnya diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan dengan mengutamakan masyarakat rentan dan keluarga miskin, daerah terpencil, perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta yang tidak diminati swasta. Selain itu, program-program kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi terhadap peningkatan derajat kesehatan menjadi prioritas untuk dibiayai.

Dalam menjamin efektivitas dan efisiensi penggunaan dana kesehatan, maka system pembayaran pada fasilitas kesehatan harus dikembangkan menuju bentuk pembayaran prospektif. Adapun pembelanjaan dana kesehatan dilakukan melalui kesesuaian antara perencanaan pembiayaan kesehatan, penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran dan kompetensi pemberi pelayanan kesehatan dengan tujuan pembangunan kesehatan.

c. Adil dan Transparan

Dana kesehatan diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat melalui pengembangan sistem jaminan kesehatan sosial, sehingga dapat menjamin terpeliharanya dan terlindunginya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Setiap dana kesehatan digunakan secara bertanggung-jawab berdasarkan prinsip pengelolaan pemerintahan yang baik (*good governance*), transparan, dan mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku.

5. Penyelenggaraan

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

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

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

a. Penggalan dana

Penggalan dana untuk upaya pembangunan kesehatan yang bersumber dari pemerintah dilakukan melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan atau pinjaman yang tidak mengikat, serta berbagai sumber lainnya; dana yang bersumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip *public-private partnership* yang didukung dengan pemberian insentif; penggalan dana yang bersumber dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri atau dilakukan secara pasif dengan memanfaatkan berbagai dana yang sudah terkumpul di masyarakat.

Penggalan dana untuk pelayanan kesehatan perorangan dilakukan dengan cara penggalan dan pengumpulan dana masyarakat dan didorong pada bentuk jaminan kesehatan.

b. Pengalokasian Dana

Pengalokasi dana pemerintah dilakukan melalui perencanaan anggaran dengan mengutamakan upaya kesehatan prioritas, secara bertahap, dan terus ditingkatkan jumlah pengalokasiannya sehingga sesuai dengan kebutuhan.

Pengalokasian dana yang dihimpun dari masyarakat didasarkan pada asas gotong-royong sesuai dengan potensi dan kebutuhannya. Sedangkan pengalokasian dana untuk pelayanan kesehatan perorangan dilakukan melalui kepesertaan dalam jaminan kesehatan.

c. Pembelanjaan

Pemakaian dana kesehatan dilakukan dengan memperhatikan aspek teknis maupun alokatif sesuai peruntukannya secara efisien dan efektif untuk terwujudnya pengelolaan pembiayaan kesehatan yang transparan, akuntabel serta penyelenggaraan pemerintahan yang baik (*Good Governance*).

Pembelanjaan dana kesehatan diarahkan terutama melalui jaminan kesehatan, baik yang bersifat wajib maupun sukarela. Hal ini termasuk program bantuan sosial dari pemerintah untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu (Jamkesmas)

C. SUBSISTEM SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN

1. Pengertian

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

SDM Kesehatan adalah tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis, dan tenaga kesehatan non profesi serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan, yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan.

2. Tujuan

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

3. Unsur-unsur

a. Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDM Kesehatan)

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

b. Sumberdaya Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan

Sumberdaya pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan adalah sumberdaya pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan yang meliputi: berbagai standar kompetensi, modul dan kurikulum serta metode pendidikan dan latihan, sumberdaya manusia pendidikan dan pelatihan, serta institusi/fasilitas pendidikan dan pelatihan yang menyediakan sarana dan prasarana pendidikan dan pelatihan. Dalam sumberdaya ini juga termasuk sumber daya manusia, dana, cara atau metode serta peralatan dan perlengkapan untuk melakukan perencanaan, pendayagunaan serta pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan.

c. Penyelenggaraan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan.

Penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan meliputi upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan.

Perencanaan SDM Kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah kualifikasi dan distribusi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.

Pengadaan SDM Kesehatan adalah upaya yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pembangunan kesehatan. Pendayagunaan SDM Kesehatan adalah upaya pemerataan dan pemanfaatan serta pengembangan SDM Kesehatan.

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

4. Prinsip

a. Adil dan Merata serta Demokratis

Pemenuhan ketersediaan SDM Kesehatan ke seluruh wilayah Indonesia harus berdasarkan pemerataan dan keadilan sesuai dengan potensi dan kebutuhan pembangunan kesehatan serta dilaksanakan secara demokratis, tidak diskriminatif dengan menjunjung tinggi hak asasi manusia, nilai keagamaan, nilai budaya dan kemajemukan bangsa.

b. Kompeten dan Berintegritas

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

c. Objektif dan Transparan

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

d. Hierarki dalam SDM Kesehatan

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

6. Penyelenggaraan

a. Perencanaan SDM Kesehatan

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

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

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

b. Pengadaan SDM Kesehatan

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

Pemerintah bertanggungjawab mengatur pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program pendidikan tenaga kesehatan yang sangat dibutuhkan dalam pembangunan kesehatan.

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

Pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program pendidikan ditekankan untuk menghasilkan lulusan tenaga kesehatan yang bermutu dan dapat bersaing secara global dengan memperhatikan keseimbangan antara kebutuhan, dinamika pasar baik di dalam maupun di luar negeri dan kemampuan produksi tenaga kesehatan dengan yang sudah ada. Kompetensi tenaga kesehatan harus setara dengan kompetensi tenaga kesehatan di dunia Internasional, sehingga registrasi tenaga kesehatan lulusan dalam negeri dapat diakui di dunia internasional.

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

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

Pendayagunaan SDM Kesehatan

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

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

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

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

Pemerintah bersama organisasi profesi dan swasta, mengupayakan penyelenggaraan pendidikan berkelanjutan dalam rangka peningkatan karir dan profesionalisme tenaga kesehatan.

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

Pendayagunaan tenaga kesehatan warga negara asing hanya dilakukan pada tingkat konsultan pada bidang tertentu, dalam rangka alih teknologi dan ditetapkan melalui persyaratan sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

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

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

Pembinaan dan Pengawasan SDM Kesehatan

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

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

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

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

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

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

D. SUBSISTEM SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN, DAN MAKANAN MINUMAN

1. Pengertian

Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman adalah bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya yang menjamin keamanan, khasiat/manfaat, mutu sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman, khusus untuk obat dijamin ketersediaan dan keterjangkauan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional, dan kosmetika.

2. Tujuan

Tujuan penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman adalah tersedianya sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman yang terjamin aman, berkhasiat/bermanfaat dan bermutu; dan khusus untuk obat dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Unsur-unsur

. Komoditi

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

f. Sumber Daya

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

Fasilitas sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan minuman adalah alat atau tempat yang harus memenuhi norma, standar, prosedur, dan kriteria yang telah ditetapkan, baik di fasilitas produksi, distribusi, maupun fasilitas pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier.

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

f. Pelayanan Kefarmasian

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

f. Pengawasan

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

f. Pemberdayaan Masyarakat

Masyarakat senantiasa dilibatkan secara aktif agar sadar dan dapat lebih berperan dalam penyediaan dan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman serta terhindar dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan.

4. Prinsip

. Aman, berkhasiat, bermanfaat, dan bermutu

Pemerintah menjamin keamanan, khasiat, manfaat dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan minuman melalui pembinaan, pengawasan, dan pengendalian secara profesional, bertanggungjawab, independen, transparan dan berbasis bukti. Sedangkan pelaku usaha bertanggungjawab atas keamanan, khasiat, manfaat dan mutu produk sesuai dengan fungsi usahanya.

. Tersedia, merata, dan terjangkau

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

. Rasional

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

. Transparan dan bertanggungjawab

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

. Kemandirian

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

5. Penyelenggaraan

- **Upaya ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan**
Penyediaan dan pelayanan obat berpedoman pada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan.
Pemerintah dengan pengaturan khusus, menjamin tersedianya obat bagi masyarakat miskin, daerah terpencil, perbatasan, dan daerah bencana serta obat yang tidak mempunyai nilai ekonomis (*orphan drug*).
Pemerintah melakukan pengendalian dan pengawasan terhadap pengadaan dan penyaluran untuk menjamin ketersediaan dan pemerataan obat dan alat kesehatan. Pemerintah mengatur harga obat dan alat kesehatan.
- **Upaya jaminan keamanan, khasiat/manfaat, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, makanan dan minuman, serta perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat**

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

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

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

Pembinaan, pengawasan dan pengendalian impor, ekspor, produksi dan distribusi sediaan farmasi, alat kesehatan, makanan dan minuman merupakan suatu kesatuan yang utuh, dilakukan melalui penilaian keamanan, khasiat/manfaat, dan mutu produk melalui proses pendaftaran; inspeksi fasilitas produksi dan distribusi; pengambilan dan pengujian sampel; survailans dan vijilan pasca pemasaran; pemantauan promosi.

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

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

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

Perlindungan masyarakat terhadap pencemaran makanan atau penggunaan bahan tambahan makanan yang tidak sesuai persyaratan.

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

• **Upaya penyelenggaraan pelayanan kefarmasian**

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

• **Upaya penggunaan obat yang rasional**

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

Penyelenggaraan upaya penggunaan obat yang rasional dilakukan antara lain melalui kegiatan berikut: 1) Penerapan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) dalam upaya pelayanan kesehatan; tingkat primer, sekunder, dan tersier, melalui pemanfaatan pedoman terapi dan formularium berbasis bukti ilmiah terbaik; 2) Audit dan umpan balik dalam penggunaan obat rasional; 3) Pengembangan mekanisme pemantauan ketersediaan obat esensial dan langkah-langkah perbaikan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan; 4) Pemberdayaan Komite Farmasi dan Terapi (KFT) untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian melalui penggunaan obat secara rasional; 5) Penerapan pendekatan farmako ekonomi melalui analisis biaya-efektif dan biaya-manfaat pada seleksi obat yang digunakan di semua tingkat pelayanan kesehatan; 6) Pemberdayaan masyarakat melalui komunikasi, informasi dan edukasi (KIE). Informasi kepada masyarakat, antara lain: promosi penggunaan obat generik, pengelolaan berbagai penyakit secara tepat seperti penyakit diare, dan lain-lain; 7) Pemberdayaan SDM Kesehatan dalam melaksanakan penggunaan obat rasional di semua fasilitas pelayanan kesehatan.

• **Upaya kemandirian sediaan farmasi melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri**

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

Langkah-langkah yang perlu diselenggarakan meliputi: 1) Pemilihan produk yang tepat untuk pengembangan produksi dalam negeri dengan mempertimbangkan potensi sumber daya dalam negeri; 2) Pemerintah menciptakan iklim yang kondusif bagi investasi di bidang farmasi melalui persaingan usaha yang adil, pemberian insentif kebijakan perpajakan dan perbankan, serta kepastian proses perijinan; 3) Pembinaan industry farmasi dalam negeri agar mampu melakukan produksi sesuai dengan Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB) dan dapat melakukan usahanya dengan efektif dan efisien sehingga mempunyai daya saing yang tinggi; 4) Komitmen semua pemangku kepentingan, seperti kemauan industry farmasi domestik untuk memprioritaskan penggunaan bahan baku produksi dalam negeri, penerimaan fasilitas pelayanan kesehatan, para pelayan kesehatan dan konsumen; 5) Peningkatan penelitian dan pengembangan bahan baku obat, obat, dan obat tradisional untuk menunjang pembangunan kesehatan; 6) Pengembangan pemanfaatan obat tradisional yang aman, memiliki khasiat nyata yang teruji secara ilmiah, bermutu tinggi, dan dimanfaatkan secara luas baik untuk pengobatan sendiri oleh masyarakat maupun digunakan dalam pelayanan kesehatan formal.

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

E. SUBSISTEM MANAJEMEN DAN INFORMASI KESEHATAN

5. Pengertian

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

2. Tujuan

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

3. Unsur-unsur

- g. **Kebijakan kesehatan** merupakan landasan yang menjadi acuan bagi semua pelaku pembangunan kesehatan baik pemerintah, swasta, dan masyarakat dalam melaksanakan penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

- g. **Administrasi kesehatan** merupakan kegiatan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan.
- g. **Hukum kesehatan** merupakan keseluruhan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan segala tindakan penyebarluasan, penerapan, dan penegakan aturan tersebut dalam rangka memberikan perlindungan, terutama kepada individu dan masyarakat, dan sebagai sarana untuk memfasilitasi penyelenggaraan pembangunan kesehatan.
- g. **Informasi kesehatan** merupakan hasil pengumpulan dan pengolahan data sebagai masukan bagi pengambilan keputusan di bidang kesehatan.
- g. **Sumber daya Manajemen Kesehatan dan Informasi Kesehatan** meliputi: SDM, dana, sarana prasarana, standar, dan kelembagaan yang digunakan secara berhasilguna dan berdayaguna dalam upaya mendukung terselenggaranya pembangunan kesehatan.

4. Prinsip

- . **Inovasi atau Kreativitas**

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

- . **Kepemimpinan yang Visioner Bidang Kesehatan**

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

- . **Sinergisme yang Dinamis**

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

- . **Kesesuaian dengan Sistem Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia**

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

5. Penyelenggaraan

Dalam rangka mencapai tujuan pembangunan nasional, pembangunan kesehatan menjadi arus utama dalam penyelenggaraannya. Untuk itu, subsistem manajemen dan informasi kesehatan diselenggarakan dengan mensinergikan unsur kebijakan, administrasi, hukum, dan informasi kesehatan.

c. Kebijakan Kesehatan

Penyelenggaraan proses kebijakan kesehatan dilakukan secara optimal dengan mengacu kepada Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) kebijakan pembangunan kesehatan nasional; penetapan skala prioritas berbasis bukti dari berbagai sumber yang tersedia; melalui proses pengkajian dan perumusan kebijakan yang melibatkan masyarakat dan berbagai *stakeholder* terkait; berorientasi pada kepentingan masyarakat; didukung dengan SDM yang kompeten; untuk dilaksanakan secara bersama oleh seluruh pelaku pembangunan secara sinergi dan dinamis.

c. Administrasi Kesehatan

Penyelenggaraan administrasi kesehatan meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban didasarkan atas urusan wajib bidang kesehatan yang dilaksanakan secara berdayaguna dan berhasilguna, terpadu berlandaskan pada arah kebijakan pembangunan nasional dengan memperhatikan NSPK dan prioritas pembangunan kesehatan, berorientasi pada kepentingan masyarakat, responsif gender, memanfaatkan teknologi informasi, didukung SDM yang kompeten, dan pembiayaan yang mencukupi; dilaksanakan secara sinergi yang dinamis antara sector kesehatan dengan sektor lain, pusat dan daerah dengan mempertimbangkan desentralisasi dan memperhatikan peraturan perundangan yang berlaku; dilaksanakan dengan menjunjung tinggi penyelenggaraan pemerintahan yang baik (*Good Governance*).

c. Hukum Kesehatan

Penyelenggaraan hukum kesehatan meliputi penyusunan peraturan/regulasi, harmonisasi di tingkat pusat dan daerah, pelayanan advokasi hukum, peningkatan kesadaran hukum bagi aparatur kesehatan dan masyarakat, serta pembinaan dan pengawasan; dilaksanakan dengan mempertimbangkan perlindungan bagi masyarakat dan pemberi pelayanan, keadilan, kesetaraan, serta sesuai dengan kebutuhan; maka peraturan, sosialisasi, penerapan, dan penegakan hukum perlu dilengkapi dan ditata dengan memperhatikan perkembangan dan perubahan lingkungan internal dan eksternal, termasuk regulasi kesehatan internasional.

c. Informasi Kesehatan

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

F. SUBSISTEM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

1. Pengertian

Subsistem pemberdayaan masyarakat adalah bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok, maupun masyarakat secara terencana, terpadu, dan berkesinambungan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

2. Tujuan

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

3. Unsur-unsur

Subsistem pemberdayaan masyarakat terdiri dari empat unsur, yaitu:

c. Penggerak Pemberdayaan

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

c. Sasaran Pemberdayaan

Perorangan (tokoh masyarakat, tokoh agama, politisi, figur masyarakat, dan sebagainya), kelompok (organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, kelompok masyarakat) dan masyarakat luas, serta pemerintah yang akan berperan sebagai

agen perubahan untuk penerapan perilaku hidup sehat (subjek pembangunan kesehatan).

c. Kegiatan Hidup Sehat

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

c. Sumberdaya

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

4. Prinsip

Terdapat enam prinsip dalam mewujudkan pemberdayaan masyarakat, yaitu:

. Berbasis Masyarakat

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

. Edukatif

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

. Kesempatan Mengemukakan Pendapat dan Memilih Pelayanan Kesehatan

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

. Kemitraan

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

. **Kemandirian**

Kemampuan masyarakat untuk mengoptimalkan dan menggerakkan segala sumberdaya setempat serta tidak bergantung kepada pihak lain. Kemandirian bermakna sebagai upaya kesehatan dari, oleh, dan untuk masyarakat.

. **Gotong-royong**

Tumbuhnya rasa kepedulian, tenggang rasa, solidaritas, empati, dan kepekaan masyarakat dalam menghadapi potensi dan masalah kesehatan, yang akhirnya bermuara dalam semangat gotong-royong sesuai dengan nilai luhur bangsa.

5. Penyelenggaraan

c. Penggerakan Masyarakat

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

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

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

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

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

c. Pengorganisasian dalam Pemberdayaan

Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan melalui perorangan, kelompok, dan masyarakat luas sesuai dengan kepentingannya dan yang berhasilguna dan berdayaguna.

Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan pula melalui pendekatan ke tatanan, seperti: rumah tangga, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum, dan fasilitas kesehatan agar terwujud pemberdayaan masyarakat yang berhasilguna dan berdayaguna serta terjamin kesinambungannya.

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

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

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

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

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

c. Advokasi

Masyarakat dapat berperan dalam melakukan advokasi kepada pemerintah dan lembaga pemerintahan lainnya seperti legislatif untuk memperoleh dukungan kebijakan dan sumberdaya bagi terwujudnya pembangunan berwawasan kesehatan. Pelaksanaan advokasi dilakukan dengan dukungan informasi yang memadai serta metode yang berhasilguna dan berdayaguna. Masyarakat juga dapat berpartisipasi dengan bentuk melakukan kritik yang membangun untuk kepentingan seluruh masyarakat.

c. Kemitraan

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

Pembinaan dilakukan untuk kesinambungan pemberdayaan masyarakat yang telah dilakukan melalui berbagai cara antara lain: pemberian insentif, pendampingan, lomba, dan kompetisi.

c. Peningkatan Sumber Daya

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

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

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

BAB VI

DUKUNGAN PENYELENGGARAAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

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

A. PROSES PENYELENGGARAAN SKN

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

0. Masukan dalam SKN meliputi subsistem sumber daya manusia, subsistem pembiayaan kesehatan, dan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan minuman.
0. Proses dalam SKN meliputi subsistem upaya kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat, dan subsistem manajemen dan informasi kesehatan.
0. Luaran dari SKN adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan yang berhasilguna dan berdayaguna, bermutu, merata, dan berkeadilan.
1. Lingkungan dari SKN meliputi: berbagai keadaan yang menyangkut ideologi, politik, ekonomi, sosial, budaya, pertahanan dan keamanan baik nasional, regional maupun global yang berdampak terhadap pembangunan kesehatan. Pancasila,

2. Undang-Undang Dasar 1945, Wawasan Nusantara, dan Ketahanan Nasional merupakan landasan bagi penyelenggaraan SKN.

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

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

Penyelenggaraan SKN dilaksanakan secara bertahap sebagai berikut:

4. Penetapan SKN

Untuk memperoleh kepastian hukum yang mengikat semua pihak, SKN perlu ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

4. Sosialisasi dan Advokasi SKN

SKN perlu disosialisasikan dan diadvokasikan ke seluruh pelaku pembangunan kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan kesehatan untuk memperoleh komitmen dan dukungan dari semua pihak. Sasaran sosialisasi dan advokasi SKN adalah semua penentu kebijakan, baik di pusat maupun daerah, baik di sektor publik maupun di sektor swasta.

4. Fasilitasi Pengembangan Kebijakan Kesehatan di Daerah

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

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

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

0. Penyelenggaraan SKN, termasuk pengembangan kebijakan di daerah diwujudkan dalam kerangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan, baik secara nasional maupun dalam lingkup daerah.

1. Penyelenggaraan SKN, termasuk pengembangan kebijakan di daerah diselenggarakan melalui penataan ulang ke enam subsistemnya secara bertahap, sistematis, terpadu, dan berkelanjutan.

1. Penyelenggaraan SKN, termasuk pengembangan kebijakan di daerah didukung dengan penyusunan kebijakan, standar, dan pedoman dalam bentuk berbagai peraturan perundang-undangan.
1. Penyelenggaraan SKN, termasuk pengembangan kebijakan kesehatan di daerah diselenggarakan sesuai dengan asas desentralisasi yang bertanggungjawab, demokratisasi, dan *good governance* dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI). Mengingat keadaan perkembangan kesehatan di Papua yang perlu perhatian khusus, diadakan Program Nasional Selamatkan Papua (*Save Papua*) di bidang kesehatan.

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

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

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

B. TATA PENYELENGGARAAN SKN

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

Secara operasional, semua peraturan perundangan yang berkaitan harus dilaksanakan secara konsisten dengan tata kelola pemerintahan yang baik (*Good Governance*).

Adapun unsur dari tata kelola pemerintahan yang baik, meliputi: partisipatif, berorientasi pada konsensus, efektif, efisien, inklusif, transparan, dan mengikuti kaidah hukum yang berlaku. Untuk menjaga kepentingan rakyat, penyelenggaraan SKN memerlukan peran regulasi dari pemerintah sesuai dengan tingkatannya (Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota). Tata kelola pemerintahan yang baik disertai regulasi pada ke-enam subsistem SKN merupakan langkah menuju kesinambungan pelaksanaan system kesehatan. Selain tata

kelola pemerintahan yang baik, pemerintah juga harus secara konsisten dan konsekuen mengawasi kepatuhan hukum masyarakat, swasta, dan organisasi bukan pemerintah lainnya. Pelanggar peraturan harus ditindak secara tegas.

C. PENYELENGGARA SKN

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

Pelaku penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah:

5. Individu, keluarga, dan masyarakat yang meliputi tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat, media massa, organisasi profesi, akademisi, praktisi, serta masyarakat luas termasuk swasta, yang berperan dalam advokasi, pengawasan sosial, dan penyelenggaraan berbagai pelayanan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan kemampuan masing-masing.
5. Pemerintah, baik Pemerintah maupun Pemerintah Daerah berperan sebagai penanggungjawab, penggerak, pelaksana, dan pembina pembangunan kesehatan dalam lingkup wilayah kerja dan kewenangan masing-masing. Untuk Pemerintah, peranan tersebut ditambah dengan menetapkan kebijakan, standar, prosedur, dan kriteria yang digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.
5. Badan Legislatif, baik di pusat maupun di daerah, yang berperan melakukan persetujuan anggaran dan pengawasan terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan, melalui penyusunan produk-produk hukum dan mekanisme kemitraan antara eksekutif dan legislatif.
5. Badan Yudikatif, termasuk kepolisian, kejaksaan dan kehakiman berperan menegakan pelaksanaan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di bidang kesehatan.
5. Sektor swasta yang memiliki atau mengembangkan industri kesehatan seperti industri farmasi, alat-alat kesehatan, jamu, makanan sehat, asuransi kesehatan, dan industri pada umumnya. Industri pada umumnya berperan besar dalam memungut iuran dari para pekerja dan menambah iuran yang menjadi kewajibannya.
5. Lembaga pendidikan, baik pada tingkat sekolah dasar sampai tingkat perguruan tinggi, baik milik public maupun swasta. Sebagian besar masalah kesehatan berhubungan dengan perilaku dan pemahaman. Pendidikan memegang kunci untuk menyadarkan masyarakat akan berbagai risiko kesehatan dan peran masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

D. SUMBER DAYA PENYELENGGARAAN SKN

SKN bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang bekerja secara sinergis, harmonis, dan menuju satu tujuan. Pemerintah wajib melakukan koordinasi agar semua subsistem dan semua pelaku berfungsi dan bekerja secara sinergis. Kepincangan pada salah satu subsistem atau pelaku akan mengganggu kerja SKN.

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

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

Tersedianya pembiayaan kesehatan dalam jumlah yang memadai teralokasi secara adil, merata, dan bermanfaat secara berhasilguna dan berdayaguna sangat penting dalam pembangunan kesehatan. Pemerintah juga menjamin tersedianya dana untuk penelitian dan pengembangan bidang kesehatan.

Sumber daya manusia merupakan komponen kunci keberhasilan SKN. Pemerintah harus melakukan upaya agar semua SDM Kesehatan memenuhi standar kompetensi tertentu sesuai bidangnya sebagai prasyarat bagi penyediaan pelayanan kesehatan yang bermutu dan diterima oleh masyarakat. Namun, Pemerintah juga menjamin agar setiap SDM di bidang kesehatan mendapat remunerasi yang wajar, layak, dan sesuai dengan tanggung-jawab, pengalaman, dan kompetensinya. Keseimbangan profesionalitas, tanggung-jawab, pengalaman, dan besaran remunerasi merupakan kunci kesinambungan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

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

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

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

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

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

E. KERJASAMA INTERNASIONAL

Sistem Kesehatan Nasional merupakan bagian dari system nasional, maka sektor lain wajib berperan aktif sesuai dengan bidangnya guna mewujudkan tujuan SKN. Kewajiban berbagai sektor mencakup pemenuhan logistic yang diperlukan sebagai masukan dalam SKN, pemenuhan SDM dengan kompetensi yang sesuai, penyediaan insentif finansial dan non finansial, koordinasi penyelenggaraan, peniadaan atau pengurangan bahanbahan ataupun kondisi yang dapat menimbulkan risiko kesehatan, dan peran lainnya yang berkembang sesuai perubahan lingkungan strategis.

Para pelaku SKN berkewajiban mengembangkan diri agar mampu berperan di tingkat internasional dalam rangka menjaga agar SKN dapat berjalan dengan baik. Perubahan lingkungan strategis regional maupun global dapat mengancam keberhasilan SKN. Para pelaku SKN wajib berperan aktif di lingkungan internasional

untuk mewujudkan kepemimpinan Indonesia di dunia internasional guna menghasilkan kebijakan yang kondusif bagi pengembangan SKN. Peran Indonesia dalam upaya mereformasi WHO perlu terus dilakukan agar transparansi dan keadilan dari organisasi internasional tersebut dapat tercapai.

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

BAB VII

PENUTUP

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

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

Untuk dapat melaksanakan SKN yang memenuhi prinsip umum dan prinsip dasar dari masing-masing subsistemnya yang disesuaikan dengan kemampuan diri dan lingkungan, dibutuhkan manajer-manajer di sektor publik maupun di masyarakat termasuk swasta. Manajer tersebut harus mempunyai kompetensi khusus dan mempunyai komitmen kuat dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Sistem Kesehatan Nasional merupakan sistem terbuka yang berinteraksi dengan berbagai sistem nasionalnya sebagai subsistem dari Ketahanan Nasional, bersifat dinamis, dan dalam pelaksanaannya selalu mengikuti perkembangan, baik nasional, regional, maupun global. Sistem Kesehatan Nasional harus selalu mampu menjawab peluang, tantangan, dan perubahan lingkungan strategis nasional, regional, maupun internasional. Oleh karenanya, semua pemangku kepentingan wajib memantau kinerja dan kendala yang dihadapi SKN. Oleh karenanya,

SKN perlu disesuaikan atau diubah secara berkala sesuai dengan perubahan lingkungan strategis.