

**PEMBANGUNAN KESEHATAN DAN GIZI DI INDONESIA:
OVERVIEW DAN ARAH KE DEPAN**

BACKGROUND STUDY RPJMN 2010-2014

**Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
2009**

ISBN: 978-979-3764-39-9

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan syukur kepada Allah SWT, Tuhan yang Maha Esa, kami dapat menerbitkan buku yang merupakan sumber awal bagi penyusunan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014 bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat. Buku ini disusun melalui proses kajian selama tahun 2008 melalui kegiatan Background Study RPJMN Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kedeputian Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan, Bappenas.

Buku ini disusun melalui serangkaian kegiatan yang sangat intensif seperti seminar, lokakarya, diskusi dengan pakar, swasta, organisasi profesi, pejabat pemerintah, dan pelaku di lapangan, kunjungan lapangan, studi literatur dan dukungan beberapa kajian satelit lainnya. Dengan demikian diharapkan buku ini dapat memerikan landasan yang kuat, terutama dalam analisa situasi, perumusan isu strategis dan arah kebijakan pembangunan kesehatan pada RPJMN 2010-2014.

Buku ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi seluruh pembaca untuk mengetahui lebih dalam tentang bagaimana hasil pembangunan kesehatan dan gizi masyarakat selama ini dan isu-isu penting dalam pembangunan kesehatan. Selain itu buku ini menyampaikan pesan kepada seluruh komponen bangsa, bahwa pembangunan nasional yang dilakukan, terutama dengan telah ditetapkannya Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, harus dimulai dari perencanaan yang dilakukan secara komprehensif, ilmiah, dan memperhatikan pendapat dari sebanyak mungkin stakeholder.

Perlu kami tekankan di sini bahwa hasil dari kajian yang tertuang dalam buku ini menjadi suatu bagian dalam sistem perencanaan disebut sebagai 'proses teknokratik' yaitu suatu proses ilmiah dan terstruktur dalam perencanaan pembangunan. Oleh karena itu isu strategis, arah kebijakan, dan *exercise* sasaran RPJMN 2010-2014 Bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat bukan hal yang final, melainkan esensi dari pembangunan kesehatan dan gizi masyarakat ke depan yang diharapkan.

Semoga buku ini dapat memerikan manfaat kepada seluruh pembaca dan kepada bangsa Indonesia dalam mewujudkan Indonesia Masa Depan yang Maju, Mandiri, Adil dan Makmur. Amin.

Jakarta, Desember 2008

Arum Atmawikarta
Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas

SAMBUTAN

Dengan mengucapkan syukur kepada Allah SWT, Tuhan yang Maha Esa, akhirnya kami dapat menerbitkan buku yang merupakan sumber awal bagi penyusunan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat. Buku ini disusun melalui proses selama tahun 2008 melalui kegiatan Background Study RPJMN yang dilaksanakan oleh Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kedeputusan Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan, Bappenas.

Penyusunan buku ini dilakukan melalui serangkaian kegiatan yang sangat intensif seperti seminar, lokakarya, diskusi dengan pakar, pihak swasta, organisasi profesi, pejabat pemerintah, dan pelaku di lapangan. Selain itu dilakukan juga kunjungan lapangan, studi literatur dan dukungan beberapa kajian satelit lainnya. Dengan demikian diharapkan buku ini dapat memberikan landasan yang kuat, terutama dalam analisa situasi, perumusan isu strategis dan arah kebijakan pembangunan kesehatan pada RPJMN 2010-2014.

Buku ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi perencanaan pembangunan bidang kesehatan dan gizi masyarakat. Selain itu buku ini diharapkan dapat menyampaikan pesan kepada seluruh komponen bangsa, bahwa pembangunan nasional yang dilakukan, terutama dengan telah ditetapkannya Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, harus dimulai dari perencanaan yang dilakukan secara komprehensif, ilmiah, dan memperhatikan pendapat berbagai pihak.

Perlu kami tekankan di sini bahwa hasil dari kajian yang tertuang dalam buku ini menjadi suatu bagian dalam sistem perencanaan yang disebut 'proses teknokratik' yaitu suatu proses ilmiah dan terstruktur dalam perencanaan pembangunan. Oleh karena itu isu strategis, arah kebijakan, dan sasaran RPJMN 2010-2014 Bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat bukan hal yang final, melainkan esensi dari pembangunan kesehatan dan gizi masyarakat ke depan yang diharapkan.

Semoga buku ini dapat memberikan manfaat kepada seluruh pembaca dan kepada bangsa Indonesia dalam mewujudkan Indonesia Masa Depan yang Maju, Mandiri, Adil dan Makmur. Amin.

Jakarta, Desember 2008

Nina Sardjunani
Deputi Bidang SDM dan Kebudayaan Bappenas

Penanggung Jawab:

Nina Sarjunani

(Deputi Bidang Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan, Bappenas)

Ketua Tim:

Arum Atmawikarta

(Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Bappenas)

Penulis:

Pungkas Bahjuri Ali (Koordinator)

Hadiat

Imam Subekti

Yosi Diani Tresna

Sularsono

Inti Wikanestri

Pendukung:

Nurlaily Aprilianti

Marlianan Nyorita Lara Manik

Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat

Kedeputian Bidang Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan

Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional

Jl. Taman Suropati No.2 Jakarta 10310

Telp 62-21-31934379

Fax 62-21-3926603

www.bappenas.go.id

dicetak pada Januari 2009

ISBN: 978-979-3764-39-9

UCAPAN TERIMAKASIH

Buku ini disusun oleh Tim Penyusun Rekomendasi Kebijakan *Background Study* RPJMN 2010-2014 Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas dengan penanggung jawab Nina Sardjunani (Deputi Bidang Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan) dan Ketua Arum Atmawikarta (Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat), serta anggota terdiri dari Pungkas Bahjuri Ali (merangkap sekretaris), Inti Wikanestri, Hadiat, Yosi Diani Tresna, Imam Subekti, dan Sularsono. Tim pendukung Nurlaily Aprilianti, Ratna Widyastuti, Martha Istyawan, Adhi Setyo, Mardi dan Andi.

Secara khusus ucapan kami haturkan kepada Prof Amal Sjaaf (FKM-UI) yang dengan intensif membantu membahas laporan ini. Kepada Pakar, Pejabat, Akademisi dan perwakilan organisasi profesi yang telah memberikan sumbangsuhnya melalui makalah, persentasi, dan masukan selama proses penyusunan ini kami ucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya yaitu kepada: Dr. Broto Wasisto (Pakar Kesehatan), Prof. Soekirman (Koalisi Fortifikasi Indonesia), Prof. Farid A. Moeloek (Konsil Kedokteran Indonesia), Dr. Ahrizal Ahnaf (BPS), Prof. Sri Moertiningsih Adioetomo (LD-UI) Stephanus Indradjaya (WHO), Syah Jahan (WHO), Dr. Sunarno R (Puslitbang Gizi dan Makanan), Dr. Budihardja, DTM&H (Dirjen Binkesmas, Depkes), dr. Roy Tjiong (PKBI), Dr. dr. Armyun Nurdin (Kemenko Kesra), Agung Pambudhi, MM (KPOD), Prof. Dr. Laksono Trisnantoro, (FK-UGM), Prof. Hasbullah Thabrani (FKM-UI), Claudia Rokx, (World Bank), Pandu (World Bank), Prof. Ascobat Gani (FKM UI), Wismana A.S, (Bappenas), Dr. Himawan Hariyoga (Bappenas), Dr. Madiono, (Depkes), Prof. Dr. Haryono Suyono, (Yayasan Damandiri), dr. Bambang Giatno R, MPH, (Badan PPSDM, Depkes), dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc (IAKMI), Dra. Kustantinah Apt. M.App Sc (Dirjen Yanfar dan Alkes, Depkes) Dr. Kartono Moehammad (Aktivis Kesehatan), Dr. Deddy S. Bratakusumah (KemenPAN), Dr. Biantoro Wanandi, (GP Farmasi), Dr. dr. R Hapsara Habib DPH, (Staf Ahli Menkes), Besta (Bappeda Subang), Dr. Suwarta Kosen (Puslitbang, Depkes), Prof. dr. Agus Purwadianto (KemMenko Kesra), Prof. Charles Surjadi (Universitas Atmajaya), Prof. Budi Utomo (FKM-UI), Anne Vincent (UNICEF), Prof. Dr. Hidayat Syarief (FEMA IPB), Prof. Razak Thaha, (Universitas Hasanudin), Ir. Ning Pribadi, MSc (Badan Ketahanan Pangan), Prof. Irwanto (Universitas Atmajaya), Prof. Hardinsyah Ridwan (FEMA – IPB), Dr. Endang L. Achadi (FKM-UI), Dr. Syahrul (IAKMI), Dr. Kemal Siregar (KPAN), dr. Ina Hernawati (Depkes), dr. Untung Suseno (Depkes), Drs. Abdurachman, MPH (Depkes), dr. Trisa W.P (Puskabangkes, Depkes), dr. Slamet (Depkes), dr. Harmen Harun (GTZ), Dr. Happy Hardjo (BPS), Ida Rusli (Persagi), Dr. Suharsono Soemantri (Puslitbang Depkes), dan Dr. Prio Soepraptomo (PB IDI). Terimakasih Pemda Kabupaten Jembrana, Takalar dan staf UNICEF FO Sulawesi Selatan yang telah memberikan informasi tentang *best practices*, serta serta pihak-pihak lain yang tidak dapat kami sebutkan satu-persatu.

DAFTAR SINGKATAN

AKBA	Angka Kematian Balita
AGB	Anemia Gizi Besi
AKB	Angka Kematian Bayi
AKI	Angka Kematian Ibu
Akseskin	Asuransi Kesehatan bagi Masyarakat Miskin
ASI	Air Susu Ibu
BB/U	Berat Badan Menurut Umur
BBLR	Berat bayi lahir rendah
BKB	Bina Keluarga Balita
BPOM	Badan Pengawas Obat dan Makanan
BPS	Badan Pusat Statistik
CDR	Case detection Rate
CFR	Case Fatality Rate
CPOB	Cara Pembuatan Obat yang Baik
DAK	Dana Alokasi Khusus
DAU	Dana Alokasi Umum
DBD	Demam berdarah Dengue
Dekon	Dekonsentrasi
DO	Drop Out
DOEN	Daftar Obat Esensial Nasional
GAKY	Gangguan Akibat Kekurangan Yodium
IPM	Indeks Pembangunan Manusia
ISPA	Infeksi Saluran Pernafasan Akut
Jamkesmas	Jaminan Kesehatan Masyarakat
KB	Keluarga Berencana
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KONAS	Kebijakan Obat Nasional
KVA	Kekurangan Vitamin A
MDGs	Millenium Development Goals
MP-ASI	Makanan Pendamping Air Susu Ibu
MPS	Making Pregnancy Safer
MTBS	Manajemen terpadu balita Sakit
NHA	National Health Account
OGB	Obat Generik Esensial
PAUD	Pengembangan Anak Usia Dini
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PNS	Pegawai Negeri Sipil
PODES	Survei Potensi Desa
Polindes	Pondok Bersalin Desa
PONED	Pelayanan Obstetrik Neonatal Esensial Dasar
PONEK	Pelayanan Obstetrik Neonatal Esensial Komprehensif

Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
PTM	Penyakit Tidak Menular
PTT	Pegawai Tidak Tetap
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	Puskesmas Pembantu
RANPG	Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
RKP	Rencana Kerja Pemerintah
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RPJPN	Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional
RS	Rumah Sakit
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
SD	Standar Deviasi
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SDM	Sumber Daya Manusia
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKM	Sarjana Kesehatan Masyarakat
SKN	Sistem Kesehatan Nasional
SKPG	Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi
SKRT	Survei Kesehatan Rumah Tangga
SKTM	Surat Keterangan Tidak Mampu
SPM	Standar Pelayanan Minimum
STBM	Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
Susenas	Survei Sosial Ekonomi Nasional
TB	Tuberkulosis
TB/U	Tinggi Badan Menurut Umur
TFR	Total Fertility Rate
TGR	Total Goiter Rate
UCI	Universal Child Immunization
UHH	Umur Harapan Hidup
UIE	Urinary Iodine Excretion
UKBM	Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat
UKM	Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	Upaya Kesehatan Perorangan
UPGK	Upaya Perbaikan Gizi Keluarga

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
SAMBUTAN.....	ii
UCAPAN TERIMAKASIH.....	iv
DAFTAR SINGKATAN.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
RINGKASAN EKSEKUTIF.....	xiv
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	2
B. Ruang Lingkup dan Metodologi.....	2
BAB II. TINJAUAN PEMBANGUNAN.....	5
A. Status Kesehatan Dan Gizi.....	6
B. Perlindungan Finansial.....	11
C. Ketanggapan.....	12
D. Indonesia dalam Konteks Regional.....	14
BAB III. KINERJA PEMBANGUNAN KESEHATAN Periode 2004-2009.....	17
A. Kebijakan RPJMN 2004-2009.....	18
B. Kinerja Sistem Kesehatan.....	25
BAB IV. DASAR HUKUM DAN LINGKUNGAN STRATEGIS.....	118
A. Landasan Hukum.....	119
B. Lingkungan Strategis.....	135
BAB V. NORMA PENGUKURAN KINERJA SISTEM KESEHATAN.....	169
A. Kerangka Kinerja Sistem Kesehatan.....	171
B. Pengukuran Kinerja.....	173
C. Pengukuran Kinerja RPJMN 2004-2009.....	177
D. Pengukuran Kinerja RPJMN 2010-2014.....	178
BAB VI. POKOK – POKOK PIKIRAN.....	179
A. Sasaran.....	180
B. Isu Strategis.....	190
C. Arah Kebijakan.....	193
D. Program, Kegiatan dan Indikator.....	196
E. Fokus Prioritas.....	203
BAB VII. SARAN.....	205
DAFTAR PUSTAKA.....	208
LAMPIRAN.....	211

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1	Perbandingan regional beberapa indikator kesehatan*	15
Tabel 3. 1	Perbandingan antara sasaran RPJMN dan status terakhir	19
Tabel 3. 2	Perkembangan Jumlah Puskesmas dan Jaringannya	20
Tabel 3. 3	Jumlah dokter, bidan dan perawat di Indonesia tahun 2006	21
Tabel 3. 4	Ketersediaan Puskesmas PONEC dan RS PONEK Rata-rata Nasional...28	
Tabel 3. 5	Pertolongan Persalinan Kelahiran Balita oleh Tenaga Medis, Indonesia 2000-2007	33
Tabel 3. 6	Cakupan Imunisasi anak usia 12-23 bulan.....	35
Tabel 3. 7	Jumlah Tempat Tidur di Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta	53
Tabel 3. 8	Rumah Sakit Kelas C dengan kelengkapan 4 dokter.....	54
Tabel 3. 9	Kecukupan tenaga kesehatan di rumah sakit.....	55
Tabel 3. 10	Jumlah rujukan antar rumah sakit	56
Tabel 3. 11	Tren Produk Domestik Bruto (PDB) dan Anggaran Belanja dalam APBN59	
Tabel 3. 12	Kecenderungan pembiayaan publik untuk kesehatan 2001-2008 di Indonesia	60
Tabel 3. 13	Gambaran Belanja Kesehatan Indonesia & negara Asean Lainnya.....	62
Tabel 3. 14	Alokasi anggaran Departemen Kesehatan untuk Askeskin	70
Tabel 3. 15	Alokasi Departemen Kesehatan menurut fungsi Kuratif, Preventif dan Penunjang tahun 2006	71
Tabel 3. 16	Alokasi dan realisasi anggaran Departemen Kesehatan dalam APBN.....	71
Tabel 3. 17	Penyerapan Anggaran beberapa program pembangunan kesehatan di Departemen Kesehatan	72
Tabel 3. 18	Klasifikasi Ekonomi Pengeluaran Kesehatan Pusat	75
Tabel 3. 19	Jumlah beberapa jenis tenaga kesehatan di Indonesia	79
Tabel 3. 20	Jumlah Bidan di Indonesia	80
Tabel 3. 21	Kebutuhan dan ketersediaan tenaga kesehatan di kabupaten lokasi Kajian	81
Tabel 3. 22	Kebutuhan tenaga kesehatan minimal di Puskesmas	82
Tabel 3. 23	Keadaan dan kebutuhan tenaga dokter spesialis RS Pemerintah.....	83
Tabel 3. 24	Kekurangan tenaga produksi per tahun dan estimasi pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan.....	89
Tabel 3. 25	Pencapaian beberapa indikator terkait PHBS di Indonesia	104
Tabel 4.1	Contoh Pembagian peran dalam PP 38/2007 antar tingkat pemerintahan dalam Sub Bidang Sumber Daya Manusia.....	123
Tabel 4.2	SPM Bidang Kesehatan	126
Tabel 4.3	Tujuan MDG yang terkait dengan bidang kesehatan dan gizi	135
Tabel 4.4	Kebutuhan Biaya Total dalam Mencapai MDGs Menurut Tujuan	137
Tabel 4.5	Disparitas Balita Berstatus Gizi Kurang dan Buruk, Berdasarkan Kuantil Pengeluaran, Indonesia 2005.....	143
Tabel 4.6	Persentase persalinan oleh tenaga kesehatan menurut kuantil tingkat pendapatan	145
Tabel 4.7	Rata-rata konsumsi kalori dan protein tingkat nasional.....	159
Tabel 4.8	Perbandingan konsumsi pangan anjuran dan aktual, 1999-2007 (kkal/kapita/hari)	160

Tabel 4.9	Persentase Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (dokter dan bidan).....	164
Tabel 4.10	Kekurangan gizi pada balita 2002-2005	167
Tabel 4.11	Pertolongan persalinan oleh tenaga tenaga kesehatan (dokter-bidan)..	168
Tabel 5.1	Keadilan pembangunan kesehatan	172
Tabel 6.1	Program/Kegiatan dan Indikator Capaian	196

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Kerangka Konsep Sistem Kesehatan Nasional	3
Gambar 2.1.	Kecenderungan Angka Kematian Ibu di Indonesia	7
Gambar 2.2.	Kecenderungan kematian pada anak di Indonesia	8
Gambar 2.3.	Kecenderungan Usia Harapan Hidup di Indonesia.....	9
Gambar 2.4.	Kecenderungan kekurangan gizi pada balita di Indonesia.....	10
Gambar 2.5.	Persentase penduduk rawat inap dan rawat jalan menurut aspek ketanggapan pelayanan kesehatan tahun 2007.....	13
Gambar 2.6.	Persentase rumah tangga dengan jarak tempuh > 5 km dan rumah tangga dengan waktu tempuh >60 menit dari sarana kesehatan.....	14
Gambar 2.7.	Gambaran kondisi gizi di Indonesia dibandingkan dengan beberapa negara lain	15
Gambar 3.1.	Korelasi antara persentase persalinan oleh tenaga kesehatan dan rata-rata cakupan luas wilayah kerja (km ²) per puskesmas.....	24
Gambar 3.2.	Rasio Puskesmas per 100.000 penduduk	25
Gambar 3.3.	Kondisi Puskesmas Non Perawatan.....	26
Gambar 3.4.	Kondisi Puskesmas Perawatan.....	26
Gambar 3.5.	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Tempuh ke Pelayanan Kesehatan	27
Gambar 3.6.	Persentase Rumah Tangga Menurut Waktu Tempuh ke Pelayanan Kesehatan	27
Gambar 3.7.	Trend Persalinan yang ditolong oleh nakes terlatih	32
Gambar 3.8.	Perkembangan Angka Kematian Bayi 2003-2007 menurut provinsi	34
Gambar 3.9.	Cakupan imunisasi lengkap (persen) pada anak usia 12-23 bulan menurut provinsi tahun 2007	36
Gambar 3.10.	Capaian Beberapa indikator dalam keberlanjutan pelayanan (<i>continuum of care</i>) kesehatan ibu dan anak	37
Gambar 3.11.	Trend penggunaan kontrasepsi pada wanita pernah menikah.....	39
Gambar 3.12.	Prevalensi Stunting pada Balita Menurut Provinsi Tahun 2007.....	41
Gambar 3.13	Trend Anggaran Program Gizi dan Prevalensi Kekurangan Gizi pada Balita.....	43
Gambar 3.14	Prevalensi TB di Indonesia.....	47
Gambar 3.15	Kejadian Malaria di Indonesia	48
Gambar 3.16	Kecenderungan kasus HIV dan AIDS.....	49
Gambar 3.17	Kontribusi penyakit terhadap kematian di Indonesia	51
Gambar 3.18	Mekanisme timbulnya Penyakit Tidak Menular	52
Gambar 3.19	Kecenderungan pengeluaran kesehatan total dan pemerintah di Indonesia	60
Gambar 3.20	Kontribusi pembiayaan PHLN dalam Anggaran Departemen Kesehatan (persen).....	61
Gambar 3.21	Sumber Pembiayaan Kesehatan di Indonesia tahun 2004.....	63
Gambar 3.22	Sumber pembiayaan kesehatan pemerintah menurut tingkatan administrasi pemerintahan	63
Gambar 3.23	Trend pengeluaran kesehatan menurut tingkat pemerintahan.....	64
Gambar 3.24	Alokasi DAK Total dan DAK bidang Kesehatan.....	65

Gambar 3.25	Alokasi DAK perkapita Tahun 2007.....	74
Gambar 3.26	Alasan tidak dilaksanakannya SK Menkes No. 81 Tahun 2004 pada daerah kajian.....	85
Gambar 3.27	Pilihan Fasilitas Pelayanan Kesehatan	87
Gambar 3.28	Persentase kelahiran menurut tempat pada kelompok miskin.....	87
Gambar 3.29	Pengembangan sumber daya manusia kesehatan dan kaitannya dengan pengembangan standar.....	94
Gambar 3.30	Perubahan Harga Obat 2004-2008.....	100
Gambar 3.31	Skema analisa pencapaian status kesehatan	105
Gambar 3.32	Perkembangan Jumlah Posyandu di Indonesia	108
Gambar 3.33	Cakupan imunisasi dasar pada bayi menurut fasilitas pelayanan ..	109
Gambar 3.34	Bagan alur sistem perencanaan dan penganggaran pembangunan di pusat dan daerah.....	112
Gambar 4.1	Keterkaitan antara subsistem dalam SKN.....	129
Gambar 4.2	Kecenderungan emisi karbon dioksida per kapita di Indonesia.....	138
Gambar 4.3	Jumlah Kecelakaan lalu Lintas di Seluruh Indonesia 2003-2005	140
Gambar 4.4	Kecelakaan Kendaraan Bermotor menurut Jenis Kendaraan	140
Gambar 4.5	Perkembangan penduduk miskin 1998-2007	142
Gambar 4.6	Jumlah penduduk miskin menurut provinsi, 2007 (juta orang).....	143
Gambar 4.7	Cakupan Air Bersih berdasar kuintil pendapatan	144
Gambar 4.8	Cakupan Sanitas berdasar kuintil pendapatan.....	144
Gambar 4.9	Distribusi rumah tangga yang mempunyai Kartu Jaminan Pelayanan Kesehatan (Susenas 2006).....	146
Gambar 4.10	Trend dan proyeksi laju pertumbuhan penduduk Indonesia	146
Gambar 4.11	Struktur Penduduk Indonesia tahun 2000, 2004, 2009, dan 2014.	147
Gambar 4.12	Perkembangan Jumlah Anak Batita, Anak Balita dan Lansia Tahun 2000-2015.	148
Gambar 4.13	Perkembangan Jumlah Wanita Usia Subur, Remaja Putri, dan Kelahiran.	148
Gambar 4.14	Kecederungan berbagai penyakit sebagai penyebab kematian.....	150
Gambar 4.15	Proyeksi kebutuhan pembiayaan kesehatan di Jawa Tengah	152
Gambar 4.16	Hubungan antara transisi demografi, epidemiologi, dan kesehatan	152
Gambar 4.17	Trend akses penduduk terhadap air minum	156
Gambar 4.18.	Trend penduduk yang tidak mempunyai akses sanitasi yang layak	156
Gambar 4.19	Perbandingan antara persentase penduduk miskin dan akses terhadap air minum dan sanitasi menurut provinsi.	157
Gambar 4.20	Penduduk Rawan Pangan.....	159
Gambar 4.21	Persentase Penduduk Berumur 10 Tahun ke Atas Yang Merokok Dalam Satu Bulan Terakhir (Untuk 2005: 15 Tahun Ke Atas)	162
Gambar 4.22	Angka Kematian bayi menurut provinsi tahun 2007.....	163
Gambar 4.23	Persentase Persalinan oleh tenaga kesehatan menurut provinsi	164
Gambar 4.24	Rumah Tangga dengan waktu tempuh ke Pelayanan Kesehatan....	165
Gambar 4.25	Persentase rumah tangga yang menjangkau fasilitas kesehatan lebih dari 60 menit menurut Propinsi tahun 2007 (Risksdas 2007).....	165
Gambar 4.26	Persentase bayi 12-23 bulan tanpa imunisasi (SDKI 2007).....	166
Gambar 4.27	Balita yang Memperoleh Imunisasi, Indonesia 2007 (SDKI 2007)....	166

Gambar 4.28	Kesenjangan cakupan imunisasi pada Balita antara 2004-2007.....	167
Gambar 6.1	Proyeksi Capaian UHH 2009-2014.....	181
Gambar 6.2	Kecenderungan pencapaian dan proyeksi AKB.....	182
Gambar 6.3	Kecenderungan pencapaian dan proyeksi kematian neonatal.....	183
Gambar 6.4	Kecenderungan Pencapaian dan Proyeksi Angka Kematian Ibu	184
Gambar 6.5	Kecenderungan Pencapaian dan Proyeksi Status Gizi	185
Gambar 6.6	Perbandingan regional pembiayaan kesehatan dan angka kematian bayi	187
Gambar 6.7	<i>Trend</i> dan proyeksi pembiayaan kesehatan pemerintah (persen APBN)	188

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKBA) di tingkat propinsi 2007 (SDKI 2007).....	212
Lampiran 2. Anak Balita yang mendapatkan imunisasi campak menurut propinsi tahun 2007 (Susenas 2007)	213
Lampiran 3. Persentase Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan menurut Propinsi tahun 2007 (Susenas 2007)	214
Lampiran 4. Prevalensi Kekurangan Gizi (BB/U) menurut propinsi tahun 2007 (Risikesdas 2007)	215
Lampiran 5. Persentase penduduk usia 10 tahun ke atas yang merokok dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap per propinsi tahun 2007	216
Lampiran 6. Konsumsi Kalori dan Protein.....	217
Lampiran 7. Persentase Balita yang mendapat Imunisasi Dasar menurut Provinsi, Jenis Imunisasi dan Tipe Daerah, 2007	218
Lampiran 8. Jumlah dokter, bidan dan perawat di Indonesia menurut propinsi tahun 1996 dan 2006	219

RINGKASAN EKSEKUTIF

Tujuan dari *Background Study* Bidang Kesehatan dan Gizi adalah untuk merumuskan konsep kebijakan, prioritas, dan arah pembangunan kesehatan dan gizi, yang akan menjadi acuan bagi penyusunan RPJMN 2010-2014 Bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat. Kajian/background study ini merupakan bagian dari proses teknokratik dalam penyiapan rancangan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2015. Metodologi kajian dilakukan melalui serial diskusi melibatkan berbagai pakar dari perguruan tinggi, organisasi profesi, nara sumber dari instansi pemerintah di pusat dan daerah, serta masyarakat, studi literatur, kunjungan lapangan, serta uji publik.

Hasil kajian mencakup status kesehatan dan kinerja pembangunan kesehatan, isu strategis dan arah kebijakan pembangunan kesehatan, serta fokus prioritas pembangunan kesehatan dangizi. Capaian status kesehatan pada periode 2004-2008, secara umum terus membaik ditandai dengan meningkatnya usia harapan hidup, menurunnya angka kematian anak, menurunnya angka kematian ibu, serta menurunnya prevalensi kurang gizi pada anak balita. Capaian status kesehatan tersebut sejalan dengan membaiknya kinerja pembangunan kesehatan ibu dan anak ditandai meningkatnya persalinan oleh tenaga kesehatan, meningkatnya pemeriksaan kehamilan, serta peningkatan cakupan imunisasi. Sementara prevalensi kurang gizi pada balita menurun menjadi 18,4% pada tahun 2007.

Aksesibilitas masyarakat terhadap fasilitas kesehatan cukup baik dengan bertambahnya fasilitas kesehatan seperti puskesmas, puskesmas pembantu, poskesdes, serta rumah sakit. Berdasarkan hasil survey, lebih dari 95% masyarakat dapat menjangkau sarana kesehatan dalam jarak dan waktu tempuh yang pendek. Demikian pula utilitas fasilitas kesehatan meningkat pesat namun masih sekitar setengah penduduk yang tidak memanfaatkan fasilitas tersebut dan melakukan pengobatan sendiri. Peningkatan utilitas fasilitas kesehatan tersebut terutama terjadi pada fasilitas milik pemerintah, sementara utilitas fasilitas swasta justru mengalami penurunan.

Dalam upaya perbaikan kesehatan lingkungan, akses masyarakat terhadap air bersih dan sanitasi dasar terus meningkat. Dalam penanganan penyakit menular seperti HIV/AIDS, Malaria, TB, DBD dan diare, walaupun jumlah kasus masih tinggi namun proporsi kontribusinya terhadap kematian relatif menurun. Begitu pula kasus penyakit tidak menular, terutama penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus dan kanker, penanganannya terus ditingkatkan. Di bidang obat dan perbekalan kesehatan, Indonesia dianggap mampu menjaga ketersediaan dan keterjangkauan (harga) obat. Walaupun demikian, ancaman fluktuasi harga obat masih tinggi antara lain karena tingginya ketergantungan pada bahan baku obat dari luar negeri.

Dalam pemenuhan sumber daya manusia kesehatan, kekurangan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan terus dipenuhi untuk memperkecil kesenjangan. Upaya tersebut didukung dengan perbaikan regulasi termasuk standarisasi, akreditasi, dan lisensi ketenagaan di bidang perencanaan, produksi dan pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan masih sangat lemah. Dalam bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat sosialisasi dan pelatihan terus dilakukan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Selanjutnya persepsi masyarakat dalam pelayanan kesehatan cenderung terus membaik. Pembiayaan kesehatan total di Indonesia terus meningkat. Untuk pertama kalinya pada tahun 2007, kontribusi pembiayaan kesehatan pemerintah melampaui satu persen dari Produk Domestik Bruto. Demikian pula perlindungan terhadap resiko finansial akibat masalah kesehatan meningkat, ditandai dengan meningkatnya perlindungan pada kelompok miskin melalui jaminan pelayanan kesehatan (askeskin/jamkesmas).

Disamping telah dicapainya beberapa perbaikan, dijumpai pula beberapa isu strategis kedepan yang memerlukan perhatian, yaitu sebagai berikut:

(1) Walaupun terjadi peningkatan status kesehatan dan gizi masyarakat, namun masih relatif tertinggal jika dibanding dengan tingkat regional ASEAN. Selain itu, kesenjangan status kesehatan masih terjadi bahkan pada beberapa area kesenjangan yang terjadi antar daerah dan antar sosial ekonomi makin melebar. Kesenjangan ini dipengaruhi berbagai faktor, termasuk sumber daya manusia kesehatan yang belum merata antar kelompok masyarakat tersebut.

(2) Walaupun utilitas fasilitas kesehatan meningkat pesat namun masih sekitar setengah penduduk yang tidak memanfaatkan fasilitas tersebut dan melakukan pengobatan sendiri. Peningkatan utilitas fasilitas kesehatan tersebut terutama terjadi pada fasilitas milik pemerintah, sementara utilitas fasilitas swasta justru mengalami penurunan. Hal ini antara lain disebabkan oleh terbatasnya tenaga dan fasilitas kesehatan milik pemerintah, terutama di Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah.

(3) Permasalahan lain yang dihadapi adalah *compliance* atau kualitas yang belum cukup baik, misalnya ketepatan konsumsi tablet besi pada ibu hamil, tingginya *drop out* imunisasi pada bayi, serta tingginya persalinan yang dilakukan di rumah, keberlanjutan pelayanan (*continuum of care*) yang belum terjaga baik, serta penggunaan alat kontrasepsi yang belum membaik.

(4) Walaupun status gizi anak balita menunjukkan perbaikan, tetapi prevalensi anak yang pendek sebagai indikasi kekurangan gizi kronis masih sangat tinggi yaitu 36,8%. Hal ini disebabkan karena intervensi gizi yang dilakukan masih dianggap kurang tepat dan tidak *cost effective*, serta penanganan gizi yang belum lintas sektor. Permasalahan obesitas semakin mengemuka akhir-akhir ini yaitu mencapai lebih dari 10% penduduk. Ke depan diperkirakan permasalahan gizi lebih terkait dengan gaya hidup, semakin besar.

(5). Selain itu, *Double burden of diseases* terus menjadi masalah. Penyakit menular utama yang dihadapi adalah HIV/AIDS, malaria, TB, DBD dan diare. Walaupun proporsi kontribusinya terhadap kematian relatif menurun, penyakit menular masih menjadi masalah besar di Indonesia. Sementara itu kasus penyakit tidak menular terus meningkat, terutama penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus dan kanker. Dibidang sanitasi, masih cukup banyak masyarakat yang belum mempunyai saluran pembuangan air limbah.

(6) Pembiayaan pemerintah sebagian besar berasal dari pemerintah pusat yang kemudian digunakan di tingkat propinsi dan kabupaten/kota. Penyerapan anggaran pemerintah masih rendah setiap tahunnya dan menghadapi permasalahan efisiensi teknis dan alokasi. Skema asuransi kesehatan nasional seperti diinginkan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional belum berkembang baik antara lain karena dukungan pengelolaan dan regulasi yang belum memadai.

(7) Di bidang sumber daya manusia kesehatan, Indonesia mengalami kekurangan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran yang belum merata. Kekurangan tenaga yang cukup besar juga terjadi di fasilitas kesehatan milik pemerintah. Selain itu kerangka regulasi termasuk standarisasi, akreditasi, dan lisensi ketenagaan di bidang perencanaan, produksi dan pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan masih sangat lemah. Hal ini tidak saja menyebabkan kualitas pelayanan yang kurang memadai, tetapi juga menyebabkan lemahnya daya saing SDM kesehatan Indonesia.

(8) Di bidang obat, ancaman fluktuasi harga obat masih tinggi antara lain karena tingginya ketergantungan pada bahan baku obat dari luar negeri. Selain itu penggunaan obat generik berlogo masih belum optimal terutama di RSUD, RS swasta dan apotek. Standarisasi mutu obat juga menjadi satu area yang kurang digarap dengan baik terutama dalam menghadapi pasar tunggal ASEAN.

(9) Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat mempunyai peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Namun, sampai saat ini promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat masih belum digarap dengan optimal. Promosi kesehatan lebih terbatas pada pendidikan masyarakat dan belum didukung dengan sarana dan prasarana serta dukungan peraturan yang memadai. Sementara itu konsep pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan belum mantap.

(10) Dalam kebijakan dan manajemen kesehatan, kesenjangan kebijakan kesehatan (*policy gap*) antara pusat dan daerah masih cukup besar dan kebijakan kesehatan belum dibangun atas dasar bukti-bukti ilmiah. Administrasi kesehatan yang belum baik antara lain ditandai dengan rendahnya penyerapan anggaran belanja tahunan. Hukum kesehatan, menjadi salah satu area yang paling lemah dan belum menjadi sebuah prioritas termasuk harmonisasi peraturan, pelayanan advokasi hukum dan peningkatan kesadaran hukum. Hasil penelitian dan pengembangan sering tidak digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan karena kualitas dan relevansi penelitian. Sistem informasi kesehatan masih lemah untuk dapat digunakan sebagai bahan untuk perumusan kebijakan dan perencanaan kesehatan, hal ini menyangkut tentang mutu data dan ketepatannya.

(11) Landasan hukum dan lingkungan strategis yang harus mendapat perhatian dalam perumusan RPJMN ke depan antara lain adalah perkuatan desentralisasi, antisipasi globalisasi termasuk pasar bebas, perubahan iklim, transisi demografi, dan transisi epidemiologi. Kemiskinan dan disparitas status kesehatan antar golongan pendapatan, dan antar wilayah juga perlu mendapat perhatian yang lebih serius.

Dengan memperhatikan capaian, isu strategis, landasan hukum dan lingkungan strategis yang terus berkembang, maka arah pembangunan kesehatan dan gizi masyarakat ke depan adalah sebagai berikut.

- (1) Peningkatan jumlah, jaringan dan kualitas sarana dan prasarana pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, terutama pada daerah dengan aksesibilitas relatif rendah.
- (2) Perbaikan gizi masyarakat dilakukan dengan fokus utama pada ibu hamil dan anak hingga usia 2 tahun, dan penanggulangan gizi lebih antara lain melalui kerjasama lintas sektor, pemilihan intervensi yang efektif dengan didukung oleh data yang kuat.

- (3) Pengendalian penyakit menular, terutama TB, malaria, HIV/AIDS, DBD dan diare serta penyakit zoonotik, dan penguatan upaya eliminasi penyakit-penyakit terabaikan, seperti kusta, frambusia, filariasis, schistosomiasis. Penanggulangan penyakit tidak menular perlu mulai mendapat penekanan antara lain melalui survailans, promosi dan pemberdayaan masyarakat dan penggunaan manajemen pelayanan.
- (4) Pembiayaan kesehatan terutama dari pemerintah perlu terus ditingkatkan diikuti oleh efisiensi penggunaan anggaran. Pengembangan jaminan pelayanan kesehatan dilakukan dengan pengembangan asuransi kesehatan wajib; peningkatan efisiensi penggunaan anggaran; dan pengembangan kemitraan dengan penyedia pelayanan masyarakat dan swasta.
- (5) Peningkatan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan untuk pemenuhan kebutuhan nasional serta antisipasi persaingan global yang didukung oleh sistem perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan secara sistematis dan didukung oleh peraturan perundangan.
- (6) Peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, mutu, dan penggunaan obat, terutama obat esensial termasuk penggunaan obat yang rasional, perlu didukung oleh pengembangan peraturan perundangan dan peningkatan pemanfaatan bahan obat asli Indonesia
- (7) Manajemen kesehatan perlu diperbaiki melalui pengembangan hukum dan administrasi kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, penapisan teknologi kesehatan dan pengembangan sistem informasi kesehatan
- (8) Peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat juga perlu menjadi prioritas dengan penekanan pada perilaku dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat termasuk mendorong penciptaan lingkungan dan peraturan yang kondusif, dan penguatan upaya kesehatan berbasis masyarakat dengan memperhatikan kemampuan dan karakteristik masyarakat.

Selanjutnya berdasarkan arah kebijakan tersebut, beberapa fokus prioritas pembangunan kesehatan dan gizi masyarakat ke depan yang dianggap penting adalah sebagai berikut:

- (1) Peningkatan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin dan penduduk di daerah terpencil, tertinggal, dan daerah perbatasan serta pulau-pulau terluar;
- (2) Peningkatan kesehatan ibu dan anak;
- (3) Perbaikan gizi masyarakat;
- (4) Penanggulangan penyakit menular terutama HIV/AIDS, TB, malaria, DBD dan penyakit tidak menular;
- (5) Pendayagunaan tenaga kesehatan;
- (6) Peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan adalah hak azasi manusia, sebagaimana ditetapkan oleh Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H. Oleh sebab itu, pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Undang-Undang No. 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN), menetapkan salah satu tujuan pembangunan yang ingin dicapai adalah mewujudkan daya saing bangsa. Pembangunan kesehatan merupakan komponen penting dalam pembangunan manusia untuk menuju manusia Indonesia yang berdaya saing tinggi ini. Dalam pelaksanaannya, pembangunan jangka panjang dilakukan secara bertahap dalam pembangunan jangka menengah yang mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN).

Tahun 2008 merupakan salah satu tonggak penting dalam pembangunan kesehatan karena pada saat ini mulai dilakukan penyusunan RPJMN tahap kedua (2010-2014) yang merupakan kelanjutan dari tahap sebelumnya. Oleh karenanya dalam penyusunan RPJMN 2010-2014, perlu dikaji secara mendalam tujuan jangka panjang yang ingin dicapai dan bagaimana kondisi kesehatan dalam kurun jangka menengah sebelumnya. *Background Study* ini merupakan sebuah upaya untuk menggali hal-hal yang mendasari arah kebijakan pembangunan kesehatan selama kurun 5 tahun mendatang.

Tujuan dari *Background Study* ini adalah untuk merumuskan konsep kebijakan, prioritas, dan arah pembangunan kesehatan, yang akan menjadi pondasi bagi RPJMN 2010-2014, termasuk rumusan arah kebijakan, sasaran, program, kegiatan dan indikator capaian pembangunan kesehatan. Dengan demikian jika dilihat dari sistem perencanaan pembangunan nasional, kajian ini merupakan bagian dari proses teknokratik dalam penyiapan rancangan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014.

Perlu dicatat bahwa *background study ini* hanya memberikan rekomendasi bagi arah pembangunan kesehatan periode 2010-2014 yang kemudian akan diolah melalui proses teknokratik dan politik, khususnya dalam mendukung pencapaian visi dan misi Presiden terpilih. Karena sifatnya, kajian ini memiliki informasi yang sangat kaya dan menyeluruh tentang pembangunan kesehatan di Indonesia, terutama yang dilakukan oleh Pemerintah, termasuk melihat kesenjangan-kesenjangan yang terjadi.

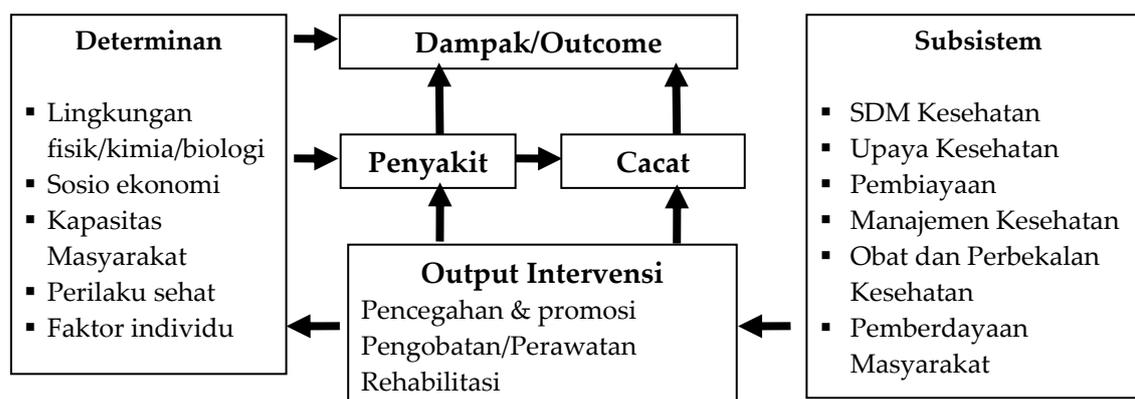
B. Ruang Lingkup dan Metodologi

Background study ini meliputi analisa situasi pelaksanaan pembangunan kesehatan dan gizi selama ini terutama dengan meninjau situasi pada paruh waktu pertama RPJMN 2005-2009. Analisa situasi meliputi kecenderungan status kesehatan dan gizi masyarakat dan kinerja pembangunan sistem kesehatan. Landasan hukum dan lingkungan strategis juga menjadi bagian penting dalam menganalisa determinan kesehatan ke depan.

Dengan melihat capaian selama ini dan kondisi yang diharapkan ke depan, maka kesenjangan dapat diidentifikasi yaitu dalam bentuk isu-isu strategis yang perlu mendapat penekanan pada pembangunan kesehatan periode berikutnya. Dari kesenjangan ini kemudian dirumuskan pokok-pokok pikiran tentang arah kebijakan, program, kegiatan dan indikator pembangunan kesehatan periode 2010-2014.

Analisa situasi, analisa kesenjangan, perumusan pokok-pokok pikiran arah kebijakan dan strategi dan identifikasi program, kegiatan dan indikator pembangunan kesehatan disusun dengan mengacu pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2004 yang disesuaikan dengan rancangan SKN 2008, yang membagi ke dalam enam subsistem kesehatan dan dengan memperhatikan sosial determinan kesehatan. Sistemastika *Background Study* diusahakan disusun berdasarkan kluster-kluster subsistem kesehatan, determinan kesehatan, status kesehatan (dampak/outcome) dan kinerja sistem kesehatan (output intervensi) tersebut dengan tidak menutup kemungkinan munculnya unsur-unsur lain karena sistem kesehatan lebih bersifat dinamis.

Gambar 1. 1 Kerangka Konsep Sistem Kesehatan Nasional



Penyusunan *Background Study* ini juga sebisa mungkin mengakomodasi pembahasan terhadap nomenklatur-nomenklatur program dalam RPJMN 2005-2009 Bidang Kesehatan dan Gizi, khususnya Upaya Kesehatan (Masyarakat dan Perorangan), Pengendalian Penyakit, Penyehatan Lingkungan, Perbaikan Gizi, Sumberdaya Kesehatan (Ketenagaan dan Pembiayaan), dan Pemberdayaan Masyarakat (Kesehatan Lingkungan dan Promosi Kesehatan), serta Manajemen Kesehatan

Dengan kerangka konsep penyusunan seperti tersebut di atas, diharapkan *Background Study* ini lebih mudah untuk dipahami baik dalam meninjau perkembangan RPJMN 2004-2009 sekaligus dalam menjawab tantangan pembangunan kesehatan yang semakin kompleks di masa yang akan datang. Selain itu kerangka konsep ini sudah cukup dimengerti oleh sebagian besar pelaku pembangunan kesehatan, sehingga memudahkan dalam pemahaman.

Background study ini disusun melalui serangkaian kegiatan yang meliputi seminar, studi literatur, kunjungan lapangan, lokakarya, dan diskusi intesif. Serial Diskusi khusus dilakukan enam kali membahas berbagai topik pembangunan kesehatan dengan menghadirkan pakar, akademisi, pejabat

pemerintah, dan organisasi profesi serta praktisi. Kunjungan lapangan dilakukan beberapa daerah untuk melihat berbagai *best practices* dan berdiskusi dengan pelaku pembangunan di daerah. Seminar dan lokakarya khusus juga dilakukan untuk membahas topik yang lebih spesifik, seperti penentuan sasaran, program, kegiatan dan sistem informasi.

Berbagai literatur mutakhir dan klasik menjadi rujukan utama dalam penyusunan *background study* ini, termasuk *Health Sector Review*, yang dilakukan oleh Bank Dunia khususnya untuk pembiayaan, ketenagaan, asuransi, serta obat dan perbekalan kesehatan. Termasuk dalam kajian ini adalah rujukan atas survei-survei dan data kesehatan terbaru.

BAB II. TINJAUAN PEMBANGUNAN KESEHATAN DAN GIZI MASYARAKAT

A. Status Kesehatan Dan Gizi

Pembangunan kesehatan di Indonesia sudah mulai dirancang pada tahun 50-an, namun baru dilaksanakan secara sistematis mulai tahun 1968/1969 dengan disusunnya Rencana Pembangunan Lima Tahun Pertama (Repelita) dengan mengacu pada Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN). Rejim Repelita terus berlanjut hingga Repelita VI ketika Indonesia menghadapi krisis ekonomi moneter tahun 1997/1998. Repelita kemudian digantikan dengan Program Pembangunan Nasional sebagai dokumen perencanaan lima tahunan hingga tahun 2003/2004. Sejak tahun 2004 muncul dokumen perencanaan pembangunan lima tahunan dalam bentuk Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2004-2009 sebagai penjabaran dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang 2005-2025. Ke depan, perencanaan pembangunan dilakukan dalam kerangka jangka menengah dan tahunan.

Dalam tiga dekade terakhir, pembangunan kesehatan telah berhasil meningkatkan pelayanan kesehatan dasar secara lebih merata sehingga dapat menurunkan angka kematian bayi dan balita, meningkatkan kesehatan ibu dan anak, meningkatkan keadaan gizi masyarakat dan memperpanjang harapan hidup rata-rata penduduk. Namun dalam beberapa tahun terakhir, pembangunan kesehatan menghadapi tantangan yang cukup besar dalam mempertahankan peningkatan status kesehatan masyarakat. Indikasi ini terlihat dari melambatnya penurunan kematian ibu, kematian bayi dan meningkatkan kekurangan gizi pada balita.

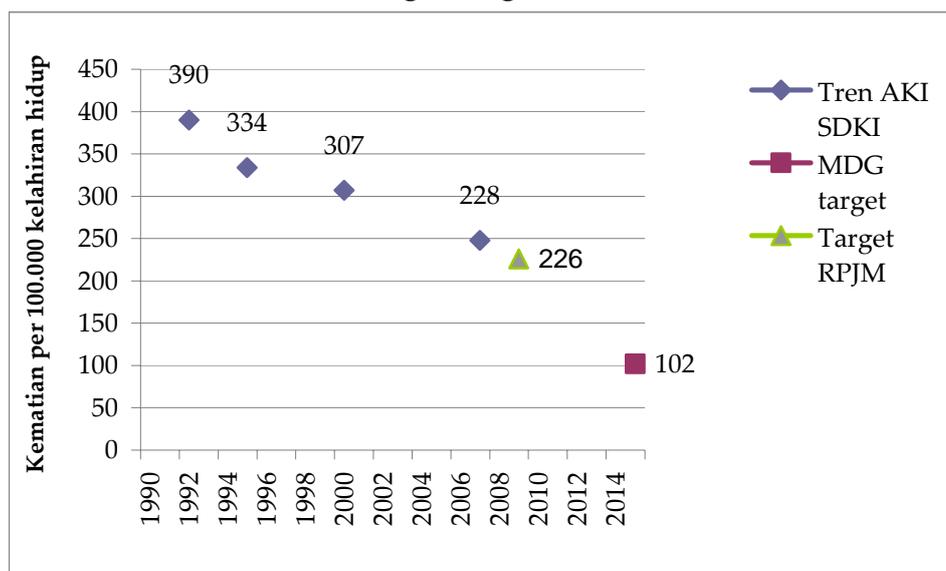
Kematian Ibu

Angka kematian ibu (per 100.000 kelahiran hidup) cenderung mengalami penurunan dari 390 periode 1990-1994 menjadi 334 pada periode 1993-1997 dan 307 pada periode 1998-2003¹ (BPS dan OCR Macro, 2003). Laporan Sementara SDKI 2007 menunjukkan menurunnya AKI menjadi 228. Dengan kecenderungan seperti ini, selama 25 tahun (1990-2015), diperkirakan AKI mengalami penurunan sebesar 52 persen. Laju penurunan AKI ini kemudian mengalami pelambatan pada periode 2000-2015, menjadi 36 persen (Soemantri, 2007)².

¹ Dengan keterbatasan metode penghitungan dengan *sisterhood method* dalam Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), masih sulit disimpulkan terjadinya penurunan AKI pada periode tersebut.

² Soeharsono Soemantri, disampaikan sebagai tanggapan atas draft laporan Prakarsa Strategis Rancang Bangun Percepatan Penurunan AKI untuk mencapai sasaran MDG di Jakarta, 23 Januari 2007

Gambar 2. 1. Kecenderungan Angka Kematian Ibu di Indonesia



Sumber:SDKI 2007

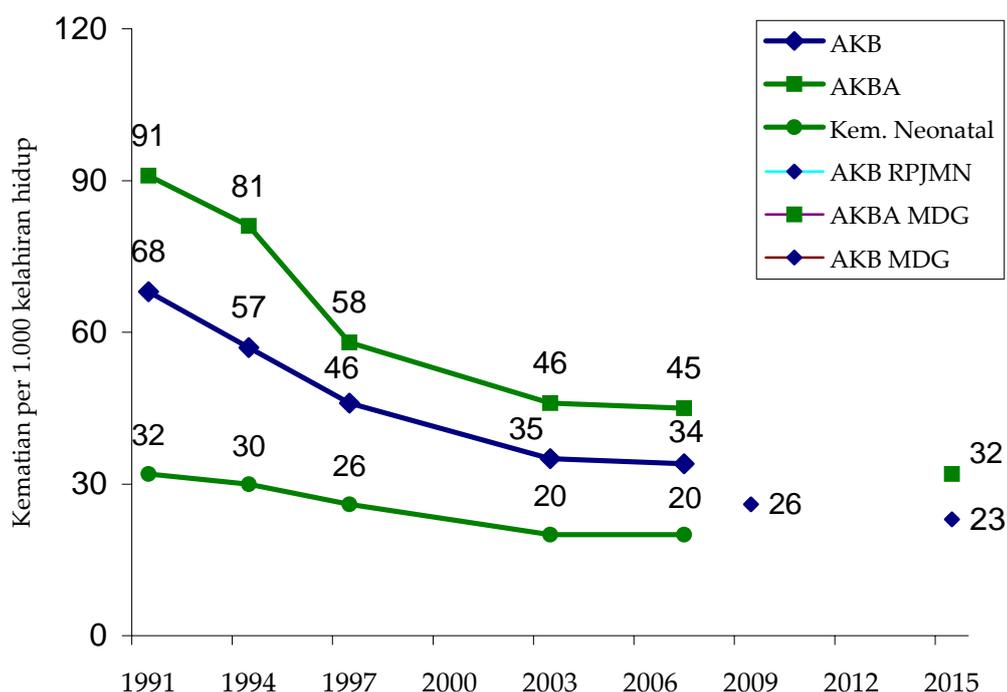
Indikator persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sering dipakai untuk melihat pelayanan kesehatan yang dapat menurunkan angka kematian ibu. Data Susenas menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan kenaikan persentase persalinan oleh tenaga kesehatan - indikator pelayanan kesehatan yang sering digunakan untuk menggambarkan pencegahan upaya kematian ibu melahirkan. Perkembangan persalinan oleh tenaga kesehatan ini cenderung melambat sejak tahun 2000 dibandingkan dengan periode 1990-2000.

Perlu upaya yang ekstra keras untuk mempercepat penurunan AKI guna mencapai target yang diinginkan. Jika sasaran yang ingin dicapai pada akhir RPJP 2005-2025 adalah sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup dapat dicapai apabila penurunan AKI per tahun adalah 4,7 persen. Namun jika angka ini tetap ingin dicapai pada tahun 2015 seperti yang disarankan dalam MDGs, maka penurunan AKI diharapkan mencapai 9,5 persen per tahun (Bappenas, 2007).

Kematian Anak

Perbaikan status kesehatan juga dapat dilihat dari penurunan kematian bayi dan balita yang cukup baik sebagai dampak positif dari pelaksanaan berbagai program di sektor kesehatan. Jika pada tahun 1967, angka kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup (AKB) masih sangat tinggi yaitu 142 (Sensus Penduduk 1971), angka ini menurun dengan cepat menjadi 46 pada tahun 1997 AKB. Sejak itu AKB menurun dengan relatif lambat menjadi 35 (SDKI 2002-2003). Walaupun Indonesia merupakan salah satu negara yang cukup berhasil dalam penurunan kematian anak (World Bank, 2007a), dalam lima tahun terakhir AKB menurun sangat lambat yaitu hanya menurun satu per 1.000 kelahiran hidup menjadi 34 (SDKI 2007).

Gambar 2. 2. Kecenderungan kematian pada anak di Indonesia



Sumber: SDKI 2002-2003

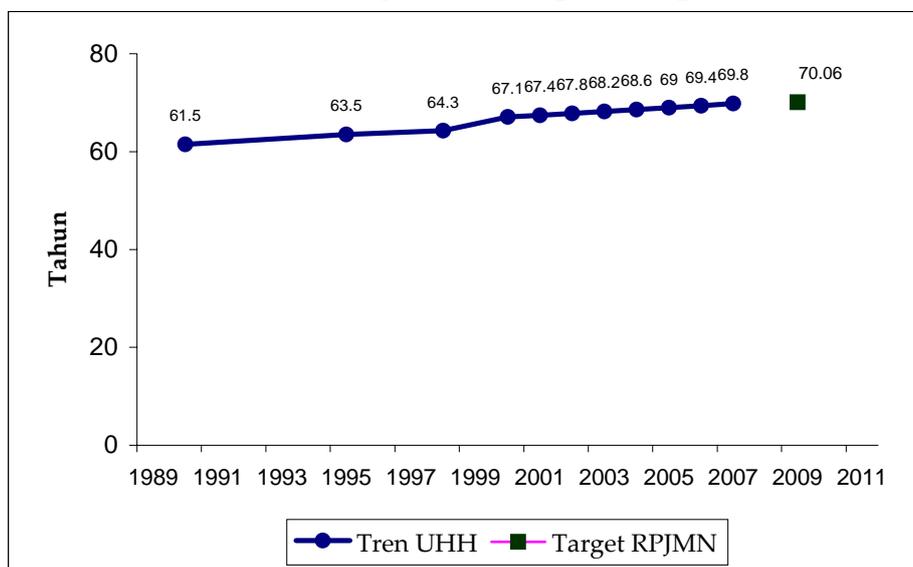
Penurunan Angka Kematian Anak Balita (AKBA) juga cukup cepat pada periode 1991-1997, namun kemudian melambat pada periode 1997-2007. Dalam lima tahun terakhir AKBA hanya menurun satu poin per 1.000 kelahiran hidup. Rata-rata penurunan AKBA pada dekade 1990-an adalah sebesar 7 persen per tahun, lebih tinggi dari dekade sebelumnya sebesar 4 persen per tahun. Walaupun begitu Indonesia telah mencapai target yang ditetapkan dalam World Summit for Children (WSC) yaitu 65 per 1.000 kelahiran hidup.

Pencapaian target MDGs 32 per 1000 kelahiran hidup pada 2015 akan dapat dicapai dengan memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan balita (Bappenas, 2007a). Penurunan yang sangat lambat dapat dilihat dari penurunan kematian neonatal. Antara tahun 1991-2003, penurunan kematian bayi yang cukup tajam terutama terjadi pada pengurangan kematian pada usia antara 28 bulan hingga satu tahun. Namun pada kurun waktu tersebut, kematian neonatal tidak menurun secara signifikan, hingga pada tahun 2007 kematian neonatal memberikan kontribusi dua pertiga kematian bayi. Oleh karena itu, upaya kematian neonatal perlu mendapat fokus yang lebih utama.

Status kesehatan masyarakat yang terus meningkat juga dapat dilihat dari kecenderungan peningkatan usia harapan hidup pada saat lahir. Secara umum

peningkatan usia harapan hidup terjadi dengan stabil³ dan mengarah pada pencapaian target RPJMN 2009 yaitu sebesar 70,2 tahun.

Grafik 2.3. Kecenderungan usia harapan hidup di Indonesia



Sumber: SDKI 2007

Gizi Masyarakat

Status gizi pada anak balita sering digunakan untuk melihat status gizi masyarakat secara umum karena status gizi pada masa ini sangat menentukan kualitas hidup dan kesehatan untuk sepanjang hidupnya. Secara umum status gizi anak balita membaik pada periode 1990-2000. Dalam kurun waktu ini, kekurangan gizi menurun dari 37,5 persen menjadi 24,7 persen. Walaupun demikian kasus gizi buruk cenderung berfluktuasi dan secara agregat tidak mengalami penurunan yang berarti⁴.

Pada periode 2000 hingga 2005⁵, terjadi peningkatan prevalensi kekurangan gizi (yaitu diukur dengan antropometry berat badan menurut umur) pada balita dan pada tahun 2005 menjadi 28,0 persen. Pada periode ini kenaikan terutama disebabkan oleh meningkatkan prevalensi gizi buruk terutama sejak tahun 2001 yang meningkat dari 6,3 persen menjadi 8,8 persen pada tahun 2005. Dengan angka ini, maka pada tahun 2005 diperkirakan terdapat 5,7 juta anak balita yang mengalami kekurangan gizi dan 1,8 juta di antaranya mengalami gizi buruk.

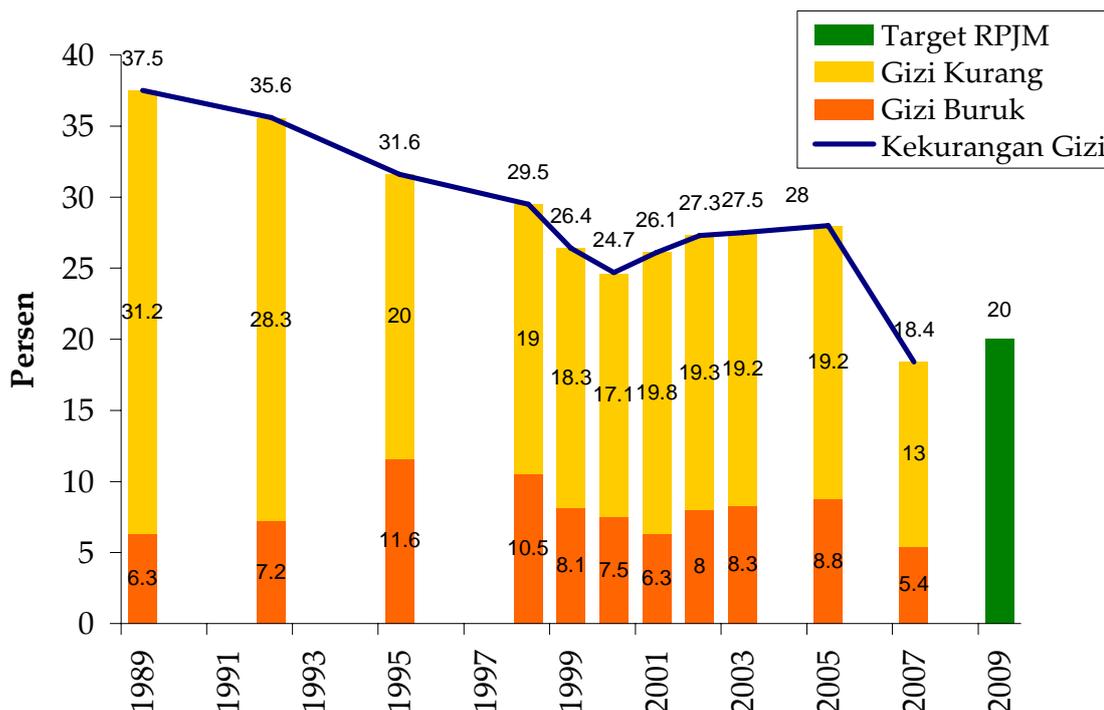
³ UHH pada saat lahir (Eo) merupakan fungsi dari Angka Kematian Bayi. Dengan demikian penurunan angka kematian bayi dari tahun 1990 sampai dengan 2002/2003 yang cukup baik menyebabkan UHH yang meningkat dengan cukup baik pula.

⁴ Kekurangan gizi terdiri dari dua macam tingkatan yaitu moderate malnutrition (kurang gizi) dan sever malnutrition (gizi buruk) yang ditentukan berdasarkan standar deviasi berat badan anak menurut umur dengan mengacu pada standar WHO.

⁵ Data kekurangan gizi dari Susenas terakhir dikumpulkan tahun 2005. Data tahun 2007 melalui Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) masih dalam proses pengolahan.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007, yaitu sebuah survey yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan, menunjukkan bahwa kekurangan gizi pada anak balita telah menurun secara signifikan menjadi 18,4%⁶. Dengan demikian dalam kurun waktu dua tahun, sejak 2005, kekurangan gizi menurun hampir 10 persen poin. Dengan angka ini, maka tujuan RPJM sebesar 20% pada tahun 2009 dan target MDG sebesar 18,7% pada tahun 2015 telah tercapai.

Gambar 2. 4. Kecenderungan kekurangan gizi pada balita di Indonesia



Sumber: Susenas 1989-20005 dan Riskesdas 2007

Walaupun terjadi penurunan kekurangan gizi (berat badan menurut umur) secara signifikan, kekurangan gizi kronis masih terlihat cukup tinggi yaitu dilihat dari 36,8% balita yang mengalami *stunting* (pendek dan sangat pendek, diukur dengan tinggi badan menurut umur) (Depkes, 2008). Indikator ini menunjukkan terjadinya kekurangan gizi dalam jangka waktu yang lebih panjang atau kronis.

Jika dilihat secara spesifik menurut tingkat propinsi dan Kabupaten/kota, maka terlihat bahwa kekurangan gizi yang cukup parah masih banyak terjadi. Misalnya, 7 propinsi mempunyai rata-rata prevalensi kekurangan gizi lebih dari 25%, dan 10 propinsi dengan rata-rata gizi buruk lebih dari 8%. Bahkan sepuluh kabupaten/kota mempunyai prevalensi gizi buruk mencapai 40%.

⁶ Dalam berbagai pertemuan, beberapa pakar bidang gizi menilai bahwa penurunan ini termasuk yang luar biasa cepat dan oleh karenanya secara ilmiah perlu dijelaskan bagaimana bagaimana penurunan ini terjadi. Beberapa diantaranya menyarankan untuk kembali melihat kembali pada data mentah untuk memastikan bahwa penurunan ini benar-benar dapat dijelaskan secara ilmiah.

Permasalahan gizi lain yang dianggap cukup besar dihadapi di Indonesia adalah kekurangan gizi mikro yaitu kekurangan vitamin A, gangguan akibat kekurangan yodium dan anemia gizi besi. Akhir-akhir ini permasalahan gizi lebih (kegemukan dan obesitas) juga terus meningkat.

Pada tahun 1978, sebuah survei menunjukkan kekurangan Vitamin A (KVA) atau *xerophthalmia* pada anak balita 1,33 persen dan pada tahun 1992 telah menurun menjadi 0,33 persen, sehingga dianggap bukan lagi menjadi permasalahan kesehatan masyarakat (Atmarita dan Fallah, 2004). Gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY) yang diukur dengan prevalensi gondok (*total goiter rate*) pada anak sekolah usia 6-11 tahun menunjukkan penurunan dari 30 persen pada tahun 1980 menjadi 9,8 persen pada tahun 1998⁷. Namun prevalensi ini kembali meningkat menjadi 11,1 persen pada tahun 2003⁸. WHO merekomendasikan bahwa TGR maksimal 5 persen; sedangkan WSC Goal adalah eliminasi gondok pada tahun 2000

Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan penurunan prevalensi anemi pada ibu hamil dari 50,9 persen (1995) menjadi 40 persen (2001); dan pada wanita usia subur 15-44 tahun dari 39,5 persen (1995) menjadi 27,9 persen (2001). kecenderungan. Pada tahun 2001 prevalensi anemia pada bayi <6 bulan (61,3 persen), bayi 6-11 bulan (64,8 persen), dan anak usia 12-23 bulan (58 persen).

Gizi lebih menjadi sutau fenomena permasalahan gizi di Indonesia. Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga Indonesia (SKRT) 2001, sebanyak 1,3 persen laki-laki dan 4,6 persen wanita mengalami obesitas. Pada tahun 2007, obesitas (diukur dengan indeks masa tubuh) pada penduduk usia diatas 15 tahun menjadi 13,9% pada laki-laki dan 23,8% pada perempuan (Riskesmas 2007). Obesitas menjadi faktor resiko bagi timbulnya penyakit kronis seperti kanker, diabetes dan hipertensi yang saat ini juga semakin banyak menjadi penyebab kematian di Indonesia

B. Perlindungan Finansial

Salah satu dari fungsi sistem kesehatan adalah melindungi masyarakat dari resiko finansial akibat pengeluaran biaya untuk kesehatan yang terlalu besar. Pengeluaran kesehatan yang tarlalu besar dapat menyebabkan terjadinya bencana finansial (*catashropy*) dan pemiskinan (*impoverished*). Dari hasil pengolahan data Susenas, perlindungan finansial ini mengalami perbaikan dengan menurunnya persentase rumah tangga yang melakukan pengeluaran katastropi (*catashrophic expenditure*)⁹ dari 1,5 persen (2005) menjadi 1,2 persen (2006). Sementara itu persentase rumah tangga yang menjadi miskin akibat pengeluaran biaya untuk kesehatan juga menurun dari 1,2 persen (2005) menjadi 0,6 persen (2006) (World Bank, 2008).

Meningkatnya perlindungan finansial antara lain disebabkan oleh terus meningkatkan pembiayaan kesehatan oleh pemerintah dan meningkatnya

⁷ Pemetaan GAKY Nasional 980/82, 1986/98

⁸ Survey Gaky 2003

⁹ *Catashropiuc expenditure* terjadi apabila pengeluaran biaya untuk kesehatan pada suatu rumah tangga melebihi 40 persen dari kemampuan pembaiyaannya.

kepesertaan masyarakat dalam jaminan pelayanan kesehatan. Partisipasi masyarakat pada asuransi kesehatan meningkat dari dibawah 20 persen sejak tahun 2000-an meningkat menjadi 27 persen pada tahun 2006¹⁰. Menurut Susenas, peningkatan ini terutama disebabkan oleh adanya skema Jaminan Kesehatan bagi Penduduk Miskin yang menyumbang 15 persen. Kontribusi lain berasal dari Askes 5 persen, Jamsostek 3 persen, Asuransi swasta dan skema asuransi lainnya (militer, Asuransi oleh Pemda dan masyarakat) 3-4 persen (World Bank, 2008a). Peningkatan kepesertaan asuransi ini merupakan salah satu upaya yang dilakukan untuk mengurangi ketidakadilan (*inequity*) dan sistem kesehatan yang tidak memihak rakyat.

Pengeluaran untuk kesehatan secara nasional terus meningkat dari 16,7 triliun rupiah tahun 2004 menjadi 39,7 triliun rupiah tahun 2008 (estimasi), atau jika dilihat dari proporsi anggaran pemerintah untuk kesehatan meningkat dari 3,6 persen menjadi 4,4 persen. Dengan pengeluaran ini proporsi pengeluaran pemerintah terhadap PDB meningkat dari 0,7 persen menjadi 1,1 persen (World Bank, 2008a).

Fungsi perlindungan terhadap resiko finansial dapat dilihat alokasi anggaran yang *pro-poor*. Sejak tahun 2004, alokasi anggaran Departemen Kesehatan yang khusus digunakan untuk jaminan pelayanan kesehatan penduduk miskin (Askeskin/Jamkesmas), terus meningkat dari 4,2 Trilyun tahun 2004 menjadi 4,6 Trilyun tahun 2008. Terlepas dari efisiensi alokasi¹¹, masyarakat miskin mempunyai peluang untuk lebih terlindungi secara finansial akibat masalah kesehatan.

C. Ketanggapan

Tujuan dari sistem kesehatan dalam dan daya tanggap (*responsiveness*) memberikan pelayanan antara lain dapat dilihat dari kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Selama ini pendekatan pembangunan kesehatan cenderung dilakukan melalui pendekatan *supply*, yaitu bagaimana pemerintah sebagai pengambil kebijakan, *regulator* dan sekaligus *provider* melihat permasalahan pembangunan kesehatan dari kaca mata pemerintah. Tidak ada yang salah dalam pendekatan seperti ini. Pendekatan ini cenderung lebih efisien dan lebih cepat dalam berbagai programnya. Tetapi sebagaimana telah ditetapkan dalam undang-undang bahwa rakyat memiliki hak untuk mengemukakan pendapat dan sejalan dengan tujuan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan “kemauan hidup sehat”, maka *responsiveness* dalam arti kedua yaitu merespon harapan masyarakat dan otonomi individu dan pasien untuk menentukan kesehatan mereka sendiri, maka intervensi dengan pendekatan *demand* harus juga dilakukan.

Dalam hal ini perlu kehati-hatian untuk dapat menyeimbangkan kedua sisi pendekatan tersebut, karena pendekatan yang terlalu berorientasi pada *demand responsive approach* akan membebani pemerintah terutama dari segi keuangan. Selain

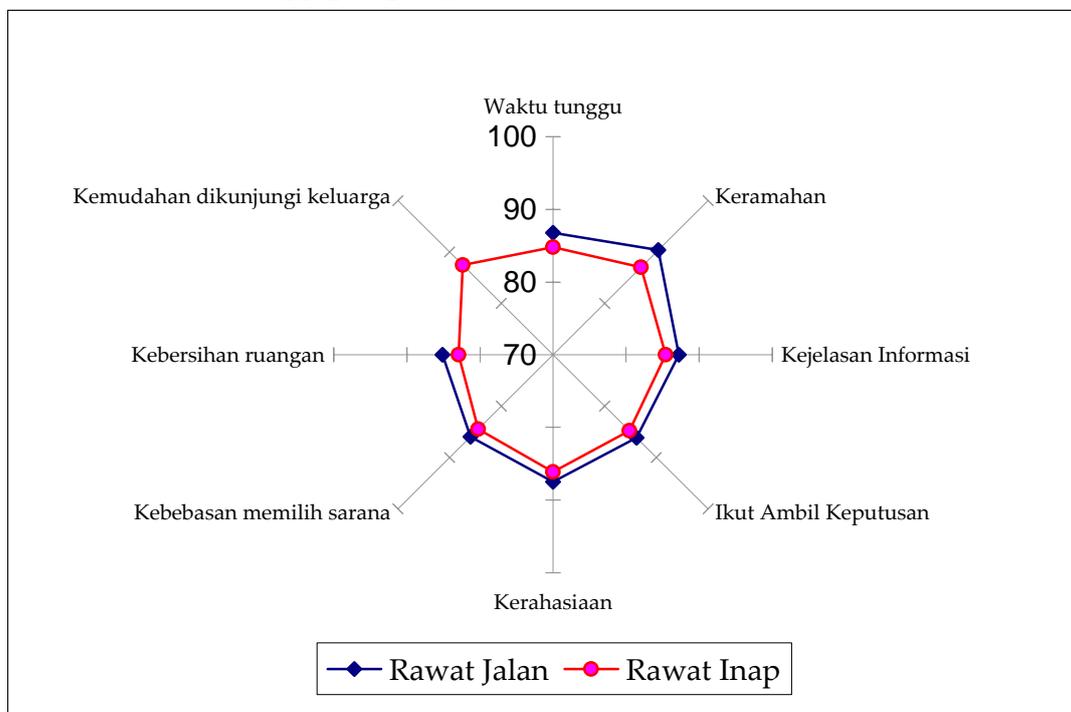
¹⁰ Thabrany, H. Strategi Pendanaan Jaminan Kesehatan Indonesia dalam SJSN. Makalah disajikan pada Seri Diskusi Background Study RPJMN 2010-2014 tanggal 29 April 2008 di Bappenas.

¹¹ Biaya untum jamkesmas diunakan terutama untuk upaya kuratif dan secara poirsi anggaran Departemen Kesehatan cukup bear menimbulkan pertanyaan tentang cost effectiveness.

itu pendekatan *demand* akan berfungsi dengan baik apabila pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan perilaku hidup sehat sudah cukup baik.

Data paling mutakhir tentang ketanggapan sistem kesehatan dapat diperoleh melalui Riset Kesehatan dasar (Riskesdas) Depkes tahun 2007. Dimensi ketanggapan di bagi menjadi ketanggapan untuk rawat jalan dan rawat inap, dan terdiri dari 8 indikator yaitu lama waktu menunggu, keramahan petugas, kejelasan informasi petugas, keikutsertaan pasien dalam mengambil keputusan, kerahasiaan, kebersihan ruangan dan kemudahan untuk dikunjungi keluarga untuk pasien rawat inap. Dari kedelapan aspek penilaian, yang paling mendapat skor baik dan sangat baik adalah kemudahan dikunjungi keluarga dan keramahan petugas (rawat inap) dan keramahan petugas dan kerahasiaan (rawat jalan). Ketanggapan dengan skor baik paling rendah adalah kebebasan memilih sarana dan kebersihan ruangan (baik untuk rawat inap maupun rawat jalan).

Gambar 2. 5. Persentase penduduk rawat inap dan rawat jalan menurut aspek ketanggapan pelayanan kesehatan tahun 2007

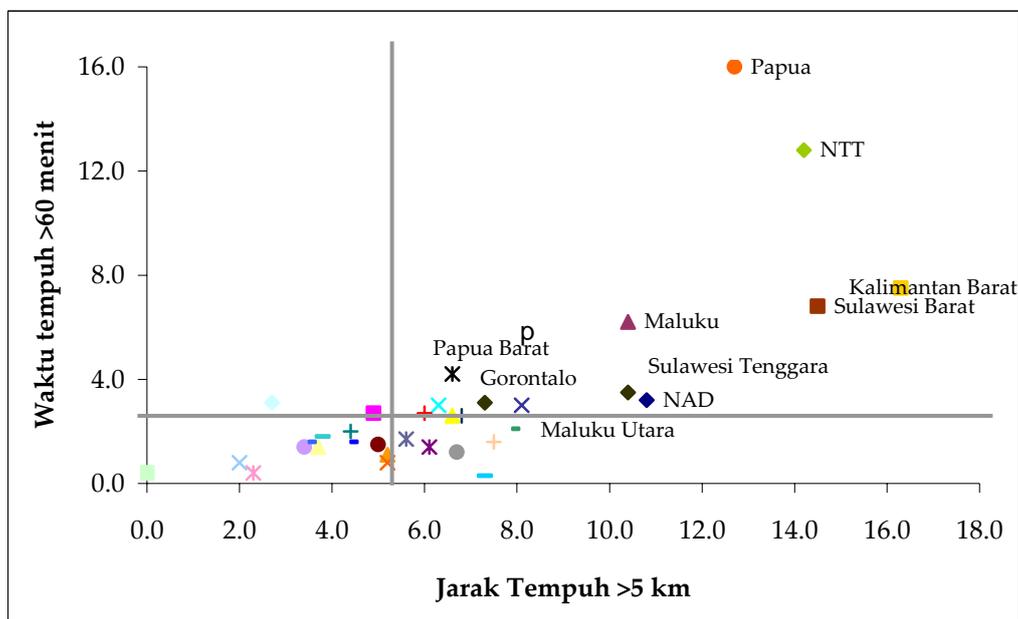


Sumber data: Riskesdas 2007

Selain persepsi pengguna terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan, indikasi lain yang menunjukkan tingkat ketanggapan adalah kemudahan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. Data Riskesdas 2007 dapat memberikan gambaran mengenai akses masyarakat dilihat dari jarak dan waktu tempuh terhadap fasilitas kesehatan (rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, dokter praktek dan bidan praktek). Secara rata-rata nasional, sebagian besar rumah tangga (94%) dapat mengakses fasilitas kesehatan dalam jarak kurang dari 5 km atau dan 97,4% rumah tangga dapat mengakses fasilitas kesehatan dalam waktu kurang dari 60 menit. Dengan demikian, secara umum dapat dikatakan akses masyarakat terhadap fasilitas kesehatan sudah cukup baik. Perhatian yang lebih

perlu diberikan pada rumah tangga di daerah-daerah dengan jarak dan waktu tempuh yang masih tinggi

Gambar 2. 6. Persentase rumah tangga dengan jarak tempuh > 5 km dan rumah tangga dengan waktu tempuh >60 menit dari sarana kesehatan



Sumber data: Riskesdas 2007

Pada umumnya persentase rumah tangga akses terhadap fasilitas kesehatan dilihat dari jarak dan waktu tempuhnya relatif lebih besar adalah di wilayah di bagian tengah dan timur Indonesia seperti Papua, Papua Barat, Maluku dan NTT. Keterbatasan akses ini biasanya berkorelasi dengan berbagai indikator status kesehatan dan gizi masyarakat.

D. Indonesia dalam Konteks Regional

Dalam konteks regional Asia Timur, status dan pelayanan kesehatan Indonesia masih tergolong relatif rendah. Keteringgalan Indonesia misalnya dapat dilihat angka kematian bayi, kematian ibu serta berbagai indikator pelayanan kesehatan seperti cakupan imunisasi dan persalinan oleh tenaga kesehatan lebih buruk dibandingkan dengan negara-negara lain. Dengan jumlah penduduk yang besar, Indonesia memberikan kontribusi yang cukup besar pada beban penyakit dan kematian dunia seperti beban akibat penyakit tuberkulosis dan malaria.

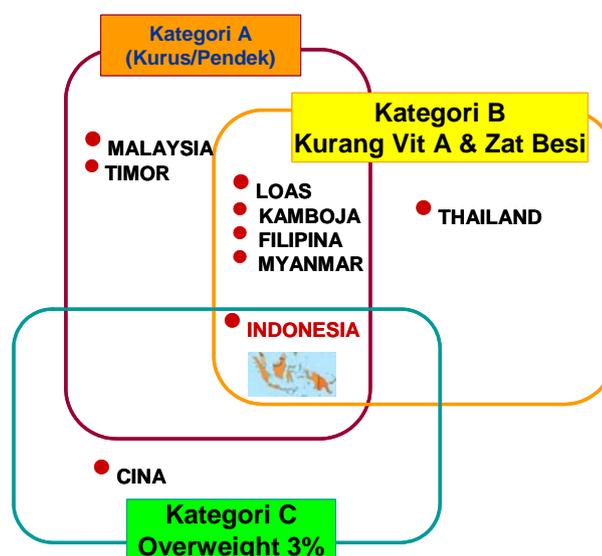
Tabel 2. 1 Perbandingan regional beberapa indikator kesehatan*

	PDB/ kapita	UHH	AKK	AKB	AKBA	Imunisasi DPT	Imunisasi Campak	AKI	Persalinan oleh nakes
Indonesia	1.260	67,8	7,3	28,0	36,0	70	72	420	69
Kamboja	430	57,0	10,4	68,0	87,3	82	79	540	43,8
Malaysia	4.970	73,7	4,7	10,0	12,0	90	90	62	100
Vietnam	620	70,7	6,0	16,0	19,0	95	95	150	90
Thailand	2.720	70,9	7,2	18,0	21,0	98	96	110	t.a.d..
Filipina	1.290	71,0	4,9	25,0	33,0	79	80	230	59,8
India	730	63,5	7,6	56,0	64,0	59	58	450	48
Cina	1.740	71,8	6,5	23,0	27,0	87	86	45	97,3
Asia Timur	1.628	70,7	6,7	26,4	32,7	83,7	83,4	t.a.d.	86,9

Sumber: World Bank 2006. *) Keterangan: data dalam tabel ini belum tentu sama dengan data nasional

Dalam status gizi, Indonesia berada pada posisi yang cukup kompleks karena permasalahan gizi bermacam-macam seperti kekurangan energi protein, kekurangan vitamin A dan kekurangan zat besi, serta gizi lebih (World Bank, 2006). Di bandingkan dengan beberapa negara lain seperti Cina, Filipina, Thailand dan Vietnam yang mengalami perbaikan dalam status gizi balita, kondisi di Indonesia tidak mengalami perbaikan yang berarti hingga 2005. Setelah itu, terdapat perbaikan staatus gizi, namun masih relatif tinggi dan masih menjadi masalah publik, disamping prevalensi gizi lebih yang cenderung meningkat.

Gambar 2. 7. Gambaran kondisi gizi di Indonesia dibandingkan dengan beberapa negara lain



Sumber: World Bank 2006

Dengan kondisi ini maka Indonesia menghadapi beban ganda, yaitu masalah kekurangan gizi (makro dan mikro) serta kelebihan gizi yang pada akhirnya meningkatkan beban kesehatan karena morbidity dan mortality. Selain jenis permasalahan, besaran permasalahan gizi di Indonesia relatif besar bahkan ditingkat

dunia, karena besarnya jumlah penduduk Indonesia. Misalnya penurunan satu persen kekurangan gizi pada balita artinya membicarakan perbaikan gizi bagi 200.000 anak balita. Sementara satu persen balita di Malaysia atau Kamboja jauh lebih kecil.

BAB III. KINERJA PEMBANGUNAN KESEHATAN Periode 2004-2009

Status kesehatan dan gizi masyarakat merupakan hasil dari interaksi berbagai upaya yang dilakukan oleh seluruh unsur bangsa, termasuk upaya yang dilakukan oleh sistem kesehatan. Sistem kesehatan dengan sistem-sistem lain yang berfungsi sebagai determinan sosial bersama-sama menentukan status kesehatan masyarakat. Walaupun demikian, sistem kesehatan mempunyai peran yang sangat signifikan. Bab ini menguraikan kinerja dari kebijakan pembangunan kesehatan dan gizi, khususnya dalam upaya meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat kemudian menguraikan kinerja dari sistem kesehatan selama kurun waktu beberapa tahun terakhir serta tantangan ke depan.

A. Kebijakan RPJMN 2004-2009

Dokumen RPJM 2004-2009 bidang kesehatan mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi di bidang kesehatan adalah disparitas status kesehatan, baik antar wilayah geografis, antar golongan pendapatan dan perkotaan-perdesaan, beban ganda penyakit, kinerja pelayanan kesehatan yang rendah, dan perilaku masyarakat yang kurang mendukung perilaku hidup bersih dan sehat. Permasalahan lain menyangkut rendahnya kondisi kesehatan lingkungan; rendahnya kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan; terbatasnya tenaga kesehatan dan distribusi tidak merata; dan rendahnya status kesehatan penduduk miskin.

Dalam mengatasi berbagai permasalahan tersebut, sasaran pembangunan kesehatan pada akhir tahun 2009 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang antara lain tercermin dari indikator dampak (*impact*) yaitu:

1. Meningkatnya umur harapan hidup dari 66,2 tahun menjadi 70,6 tahun;
2. Menurunnya angka kematian bayi dari 35 menjadi 26 per 1.000 kelahiran hidup;
3. Menurunnya angka kematian ibu melahirkan dari 307 menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup; dan
4. Menurunnya prevalensi gizi kurang pada anak balita dari 25,8 persen menjadi 20,0 persen.

Pembangunan kesehatan memprioritaskan upaya promotif dan preventif yang dipadukan secara seimbang dengan upaya kuratif dan rehabilitatif. Perhatian khusus diberikan kepada pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin, daerah tertinggal dan daerah bencana, dengan memperhatikan kesetaraan gender. Arah kebijakan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tersebut dijabarkan dalam dua belas program pembangunan yaitu.

1. Program Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat
2. Program Lingkungan Sehat
3. Program Upaya Kesehatan Masyarakat
4. Program Upaya Kesehatan Perorangan
5. Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit
6. Program Perbaikan Gizi Masyarakat
7. Program Sumber Daya Kesehatan
8. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan

9. Program Pengawasan Obat dan Makanan
10. Program Pengembangan Obat Asli Indonesia
11. Program Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan
12. Program Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Dalam RPJMN, penetapan indikator lebih mengarah kepada indikator status kesehatan yang merupakan indikator *outcome* Sistem Kesehatan Nasional. Dengan penetapan ke-4 indikator ini, seluruh program pembangunan (12 program) dalam RPJMN diarahkan untuk mencapai ke-4 indikator tersebut. Sementara itu indikator per program, yang lebih merupakan indikator output dan input tidak ditetapkan dalam dokumen RPJMN ini.

Untuk melihat bagaimana perkiraan pencapaian sasaran yang telah ditetapkan dalam RPJMN 2004-2009 tersebut, berikut ini adalah perbandingan sasaran RPJMN dengan kecenderungan pencapaian menurut data mutakhir:

Tabel 3. 1 Perbandingan antara sasaran RPJMN dan status terakhir

Indikator	Baseline 2004	Sasaran 2009	Capaian
Umur Harapan Hidup (tahun)	66,2 (2004)	70,6	70,5 (proyeksi 2009)
Angka Kematian bayi (per 1.000 kelahiran hidup)	35 (SDKI 2002-03)	26	34 (SDKI 2007)
Angka Kematian Ibu (per 100.000 kelahiran hidup)	307 (SDKI 2002-03)	226	228 (SDKI 2007)
Gizi kurang pada anak balita (persen)	25,8 (Susenas 2005)	20,0	18,4 (Riskesdas 2007)

Dari tabel di atas dapat terlihat bahwa sasaran RPJMN umur harapan hidup diproyeksikan akan dapat dicapai tahun 2009. Angka kematian bayi pada tahun 2007 memang cenderung mengalami penurunan di bandingkan tahun dasar, namun perlu penurunan yang lebih cepat untuk 2 tahun waktu tersisa hingga 2008 agar dapat mencapai sasaran. Indikator angka kematian ibu menunjukkan penurunan yang cukup tajam di bandingkan dengan sasaran, bahkan menurut data tahun 2007, sasaran tahun 2009 sudah hampir tercapai. Sementara itu prevalensi kurang gizi berdasarkan data Riskesdas 2007 telah tercapai melebihi target yang ditetapkan pada sasaran 2009.

Data capaian di atas menunjukkan bahwa sejak 2004 secara umum status kesehatan mengalami peningkatan. Namun peningkatan yang lebih besar diperlukan agar sasaran RPJMN tahun 2009 dapat tercapai. Namun perlu diperhatikan bahwa indikator-indikator dalam RPJM bukanlah hanya ditentukan oleh sektor kesehatan semata. Kematian bayi, kematian ibu dan kekurangan gizi juga sangat ditentukan oleh berbagai determinan sosial seperti sarana air dan sanitasi, pengetahuan ibu, faktor budaya dan lain-lain. Untuk melihat kinerja sistem kesehatan yang diarahkan pada RPJMN 2004-2009 dapat dinilai salah satunya dengan penjabaran dari kebijakan pembangunan kesehatan.

Secara umum capaian RPJMN berdasarkan arah kebijakan adalah sebagai berikut (bahasan lebih lengkap dapat dilihat pada sub bab berikutnya):

1. Peningkatan jumlah, jaringan dan kualitas puskesmas

Secara umum jumlah Puskesmas dan jaringannya terus meningkat. Pada tahun 2004 misalnya jumlah Puskesmas mencapai 7.550 unit sedangkan pada tahun 2006 meningkat menjadi 8.015 unit. Peningkatan ini dapat mengikuti pertumbuhan penduduk. Rasio puskesmas terhadap penduduk juga meningkat dari 3,5 tahun 2004 menjadi 3,6 puskesmas per 100.000 penduduk tahun 2007. Peningkatan puskesmas ini diikuti dengan peningkatan jaringan Puskesmas yaitu Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling

Tabel 3. 2 Perkembangan Jumlah Puskesmas dan Jaringannya

	Jumlah Puskesmas dan Jaringannya			
	Puskesmas	Puskesmas per 100.000 penduduk	Puskesmas Pembantu	Puskemas Keliling
2000	7.237	3,5	21.267	6.392
2001	7.277	3,5	21.587	5.800
2002	7.039	3,3	21.706	5.638
2003	7.413	3,5	21.763	3.112
2004	7.550	3,5	22.002	7.163
2005	7.669	3,5	22.171	6.243
2006	7.841	3,6	22.171	6.341
2007	8.114	3,6	22.347	6.544
2008	8.234	3,6	22.337	6.631

Sumber data: Profil Kesehatan Indonesia (2000-2005), Binkesmas (2006-2008)

Secara nasional jumlah puskesmas sudah cukup baik dibandingkan dengan penduduk yang dilayani. Namun jika dilihat menurut provinsi, maka terdapat cakupan disparitas yang cukup besar. Rasio puskesmas terbesar adalah di Maluku yaitu 8,7 per 100.000 penduduk, sedangkan terendah adalah Banten, yaitu 1,92. Pada tabel berikut dapat dilihat bahwa pada daerah-daerah dengan penduduk besar, rasio puskesmas relatif kecil. Walaupun demikian, pada provinsi-provinsi ini secara umum status kesehatan lebih baik daripada di daerah-daerah Indonesia Timur misalnya, walaupun rasio puskesmas terhadap penduduknya relatif besar. Dengan demikian peningkatan jumlah puskesmas, seharusnya tidak hanya dilihat dari rasio per penduduk, namun lebih pada cakupan luas wilayah yang ditangani oleh puskesmas.

Rasio puskesmas sebenarnya tidak menggambarkan tingkat aksesibilitas penduduk terhadap fasilitas kesehatan, terutama pada daerah-daerah dengan cakupan geografi yang luas, daerah terpencil dan perbatasan. Pada wilayah-wilayah dengan cakupan wilayah kerja yang luas, akses penduduk masih terbatas. Pembangunan puskesmas dan jaringannya pada periode 2004-2009 diutamakan pada daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan daerah kepulauan.

2. Peningkatan kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan

Jumlah tenaga kesehatan di Indonesia terus bertambah dengan pertambahan yang terjadi di setiap provinsi. Pada tahun 2006 di perkirakan terdapat 70.000 dokter (terdiri dari 55.000 dokter umum dan 15.000 spesialis), 300.000 perawat dan 80.000 bidan. Dengan profil seperti ini, maka rasio tenaga kesehatan untuk dokter, spesialis, perawat, dan bidan masing-masing adalah sekitar 20; 5,5; 138; dan 35 per 100.000 penduduk. Jumlah dan rasio ini meningkat dari periode sebelumnya.

Tabel 3.3 Jumlah dokter, bidan dan perawat di Indonesia tahun 2006

	Dokter		Bidan		Perawat	
	1996	2006	1996	2006	1996	2006
Naggroe Aceh Darussalam	564	820	3.248	4.475	3.248	2.158
Sumatera Utara	2.042	2.761	7.939	7.142	7.939	3.314
Sumatera Barat	903	1.013	3.212	2.723	3.212	779
Riau	558	903	2.130	1.616	2.130	1.046
Jambi	345	537	1.576	1.270	1.576	853
Sumatera Selatan	1.093	1.002	3.638	3.048	3.638	1.388
Bengkulu	217	311	1.243	1.287	1.243	587
Lampung	486	710	2.119	2.302	2.119	1.437
Bangka Belitung	-	187	-	346	-	321
Kepulauan Riau	-	287	-	436	-	360
DKI Jakarta	3.591	2.893	1.826	907	1.826	130
Jawa Barat	5.090	5.531	11.710	8.615	11.710	6.101
Jawa Tengah	4.181	5.356	10.048	9.973	10.048	5.899
D.I. Yogyakarta	1.006	1.307	1.786	792	1.786	747
Jawa Timur	4.763	6.410	11.236	10.294	11.236	5.786
Banten	-	1.069	-	2.018	-	1.088
Bali	1.004	1.378	2.147	1.156	2.147	1.072
Nusa Tenggara Barat	248	502	1.659	1.096	1.659	1.428
Nusa Tenggara Timur	249	494	2.555	3.077	2.555	2.168
Kalimantan Barat	350	445	2.064	1.367	2.064	1.415
Kalimantan Tengah	219	317	1.821	1.125	1.821	1.353
Kalimantan Selatan	418	520	2.109	1.778	2.109	1.224
Kalimantan Timur	511	711	2.032	1.152	2.032	1.305
Sulawesi Utara	770	937	3.290	1.273	3.290	1.913
Sulawesi Tengah	325	360	2.258	1.541	2.258	988
Sulawesi Selatan	1.374	1.659	5.275	3.242	5.275	2.340
Gorontalo	-	173	-	374	-	429
Maluku	269	176	2.323	1.009	2.323	937
Maluku Utara	324	146	3.604	712	3.604	531
Papua	-	463	-	2.084	-	2.926

Sumber data: PODES 2006

Penilaian tentang mutu tenaga kesehatan sulit dilakukan karena tidak ada evaluasi tentang hal tersebut. Namun upaya-upaya untuk peningkatan mutu dapat dilihat dalam beberapa tahun terakhir, misalnya pengembangan kurikulum berbasis kompetensi untuk dokter, pengembangan standar kompetensi untuk 10 tenaga kesehatan, berbagai training, pembenahan regulasi, lisensi dan sertifikasi tenaga

kesehatan juga dilakukan. Dilihat dari kepuasan pelanggan juga terlihat bahwa secara umum tingkat kepuasan pasien yang berkunjung ke fasilitas kesehatan meningkat.

3. Pengembangan sistem jaminan kesehatan terutama bagi penduduk miskin

Pengembangan sistem jaminan kesehatan sebenarnya telah mulai dirintis sejak tahun 1998 melalui jaring pengaman sosial bidang kesehatan. Setelah melalui berbagai perubahan skema (termasuk Kompensasi Pencabutan Subsidi BBM), pada tahun 2004 terbit Undang-Undang no 40 tentang SJSN yang menjadi landasan bagi adanya asuransi kesehatan nasional. Sejak tahun 2005 Departemen Kesehatan mengembangkan Asuransi Kesehatan bagi penduduk miskin (Askeskin) yang kemudian pada tahun 2008 menjadi Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Jamkesmas dilakukan pemerintah dengan memberikan jaminan pembiayaan kesehatan dengan membayarkan premi untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan membayarkan biaya pelayanan kesehatan di ruang kelas III rumah sakit bagi penduduk miskin.

Di berbagai daerah, muncul pula berbagai skema jaminan pelayanan kesehatan sebagai komplementer bagi kelompok yang tidak mendapatkan Jamkesmas. Di tingkat kabupaten/kota pengembangan sistem pembiayaan kesehatan oleh Pemda terbagi menjadi dua yaitu jaminan atau asuransi kesehatan dan pelayanan kesehatan gratis. Hingga saat ini terdapat 16 kabupaten/kota yang sudah menerapkan sistem jaminan kesehatan

Dengan adanya Jamkesmas, cakupan masyarakat yang mempunyai jaminan pembiayaan kesehatan meningkat menjadi 27 persen pada tahun 2007 (Susenas). Sebenarnya cakupan ini dapat lebih ditingkatkan secara signifikan jika melihat sasaran Jamkesmas sebesar 76,4 juta jiwa (35 persen dari jumlah penduduk). Program Jamkesmas menghadapi kendala dalam identifikasi sasaran dan pembagian kartu asuransi kepada penduduk yang lebih kecil dari yang diharapkan.

Tantangan sistem jaminan kesehatan ke depan adalah bagaimana menggeser pembiayaan dari pembayaran *out of pocket* dan penggunaan penghasilan negara kepada perluasan skema asuransi dengan kontribusi (*contributory insurance scheme*), termasuk pada perluasan sistem jaminan bagi pekerja sektor informal.

4. Peningkatan sosialisasi kesehatan lingkungan dan pola hidup sehat

Lingkungan hidup dan perilaku masyarakat untuk hidup bersih dan sehat merupakan faktor determinan yang sangat berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakat. Program yang terkait dengan arah kebijakan ini adalah Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Program Lingkungan Sehat dan Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk menjaga kesehatan lingkungan dan meningkatkan pola hidup bersih dan sehat. Namun sasaran untuk mencapai rumah tangga yang mempraktekkan PHBS sebesar 60 persen pada tahun 2009 baru tercapai 36,3 persen pada tahun 2007. Dengan kata lain maka kesenjangan antara capaian dan target yang ingin di capai masih cukup besar.

Upaya untuk peningkatan pengetahuan melalui pendidikan masih belum didukung secara maksimal dengan upaya-upaya penciptaan peraturan yang dapat mendorong dan memaksa masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Keterbatasan di sini mempunyai dua pengertian yaitu peraturan yang tidak ada atau penegakan hukum (*law enforcement*) yang kurang.

5. Peningkatan pendidikan kesehatan pada masyarakat sejak usia dini

Pendidikan kesehatan merupakan upaya yang sangat penting sebagai tahap awal dalam mengubah perilaku seseorang atau masyarakat untuk menuju perilaku hidup bersih dan sehat. Pendidikan kesehatan yang dilakukan pada usia dini merupakan upaya yang strategis baik dari sisi manfaat jangka pendek maupun jangka panjang. Pada masa anak usia dini, perkembangan anak sangat menentukan kualitas hidup sepanjang hayatnya (*golden opportunity*). Oleh karena itu pendidikan kesehatan sejak usia dini diharapkan dapat menjadi jalan untuk peningkatan status kesehatan masyarakat.

Penilaian terhadap upaya-upaya pendidikan kesehatan sejak usia dini sulit untuk dievaluasi, karena belum ada upaya-upaya yang sistematis untuk mencapainya. Salah satu kendala yang dihadapi adalah fasilitas bagi pengembangan anak usia dini seperti lembaga PAUD (Pengembangan Anak Usia Dini) dan BKB (Bina Keluarga Balita) masih sangat terbatas. Walaupun demikian upaya-upaya ke arah pengembangan anak usia dini mulai diintensifkan, misalnya melalui pengembangan strategi pengembangan anak usia dini yang holistik dan terintegrasi.

Pendidikan kesehatan sejak usia dini dapat dilakukan melalui Posyandu atau PAUD yang banyak tersedia di tingkat masyarakat. Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa 98,4 persen rumah tangga berada atau kurang dari 5 km dari upaya kesehatan berbasis masyarakat (terutama posyandu) dan 96,5 persen rumah tangga dapat mencapai sarana tersebut dalam waktu kurang dari 30 menit.

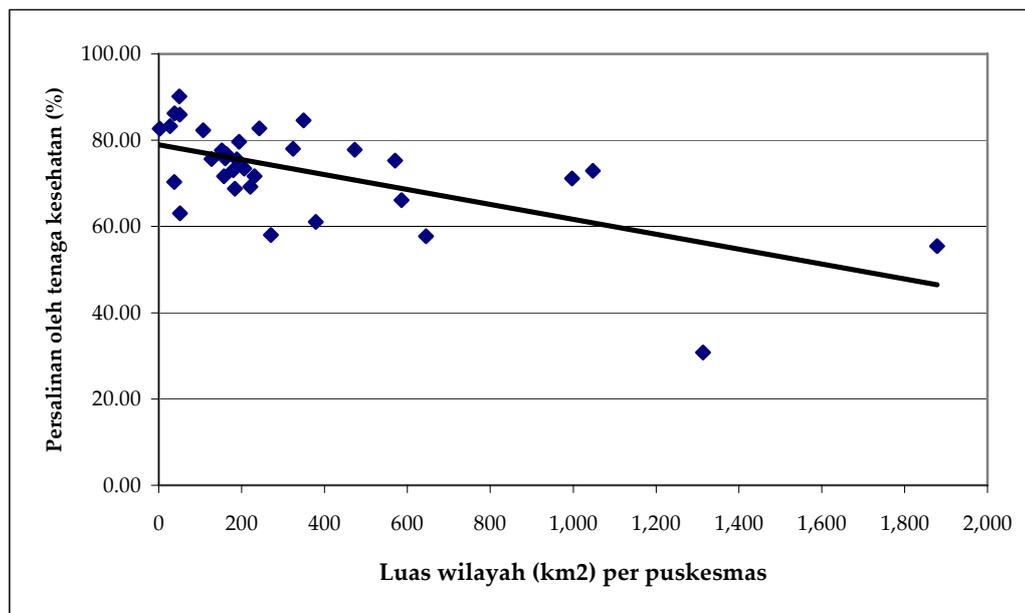
6. Pemerataan dan peningkatan kualitas fasilitas kesehatan dasar

Pembangunan Puskesmas dan jaringannya pada periode 2004-2009 diutamakan pada daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan daerah kepulauan. Hal ini didukung dengan penyediaan anggaran pemerintah pusat melalui Dana Alokasi Khusus untuk pembangunan dan peningkatan peralatan puskesmas dengan prioritas pada daerah tertinggal, terpencil, perbatasan. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan pemerataan fasilitas kesehatan dasar. DAK ini

juga dialokasikan untuk peningkatan kualitas sarana kesehatan kelas 3 rumah sakit dan unit transfusi darah yang mendukung upaya untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat kurang mampu.

Walaupun demikian dilihat dari jumlah rasio puskesmas per luas wilayah, dapat dilihat bahwa pada daerah-daerah dengan rasio yang rendah, di mana wilayah kerja Puskesmas yang cukup luas, lebih berkorelasi pada akses penduduk pada pelayanan kesehatan. Di pulau Jawa dengan jumlah penduduk yang lebih padat, akses terhadap pelayanan kesehatan relatif mudah karena penduduk lebih dekat dengan Puskesmas. Namun di wilayah seperti Indonesia Timur, walaupun jumlah penduduk kecil, namun karena tinggal secara tersebar dan menghadapi kendala geografis pada umumnya akses masyarakat kepada fasilitas kesehatan lebih rendah. Sebagai contoh, persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan relatif lebih besar pada daerah dengan luas wilayah yang lebih kecil.

Gambar 3. 1. Korelasi antara persentase persalinan oleh tenaga kesehatan dan rata-rata cakupan luas wilayah kerja (km²) per puskesmas



Sumber data: Susenas 2006, di olah.

Pada daerah-daerah dengan cakupan daerah pelayanan yang luas dan dengan geografis yang sulit seperti Papua, Papua Barat, Maluku Utara, untuk mendekatkan, pembangunan puskesmas mungkin tidak *cost effective*. Oleh karena itu perlu adanya inovasi-inovasi dalam meningkatkan akses masyarakat kepada pelayanan kesehatan seperti puskesmas keliling, tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan gugus pulau, dan lain sebagainya.

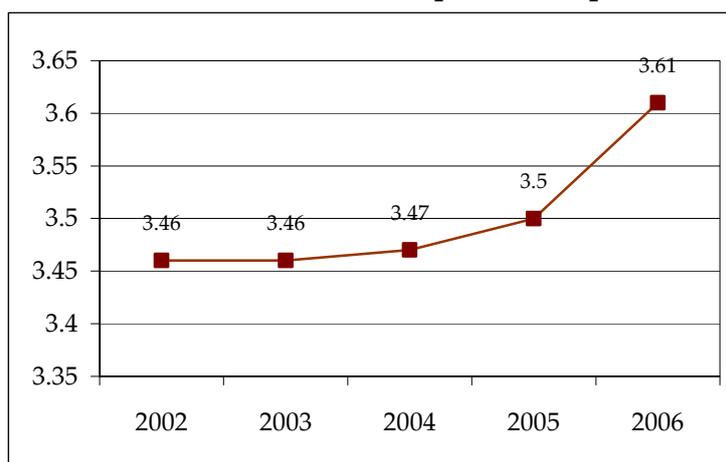
B. Kinerja Sistem Kesehatan

B.1. Upaya Kesehatan

Infrastruktur & Manajemen Pelayanan Kesehatan Dasar

Pada tahun 1970-an dan 1990-an terjadi ekspansi yang cukup *impressive* dalam penyediaan infrastruktur puskesmas dan puskesmas pembantu. Dengan ekspansi ini, maka puskesmas tersedia minimal disetiap kecamatan, sehingga mendekatkan masyarakat pada pelayanan kesehatan. Setelah tahun 2000, puskesmas dan pustu masih terus bertambah walaupun tidak secepat dua dekade sebelumnya. Pada tahun 2006 terdapat lebih dari 8.000 puskesmas, 27 persen di antaranya adalah puskesmas perawatan. Rasio puskesmas per 100.00 penduduk juga terus meningkat hingga mencapai 3,6 pada tahun 2006. Selain itu fasilitas *outreach* melalui posyandu juga meningkat dengan semakin bertambahnya posyandu, dengan peningkatan drastis terhadap pada tahun 2005 sehingga menjadi 316.000 posyandu (Profil Kesehatan Indonesia 2006)

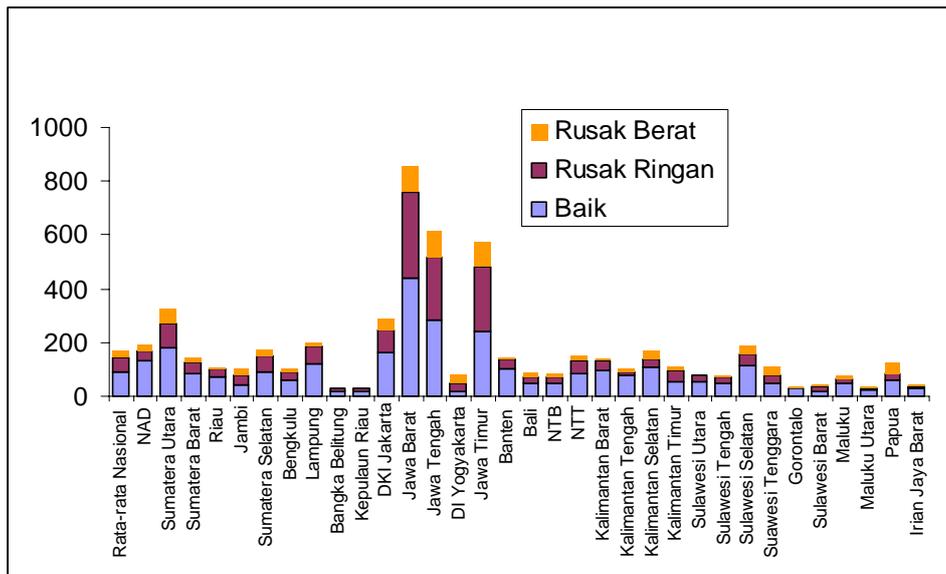
Gambar 3. 2. Rasio Puskesmas per 100.000 penduduk



Sumber data: Profil Kesehatan 2006

Dari sisi kualitas sarana, yang antara lain dapat dilihat dari kondisi bangunan, Untuk puskesmas non perawatan sekitar 54,5 persen kondisi bangunan yaitu dalam kondisi baik, 31,5 persen mengalami rusak ringan dan 14,0 persen (788) rusak berat (Depkes, 2007)

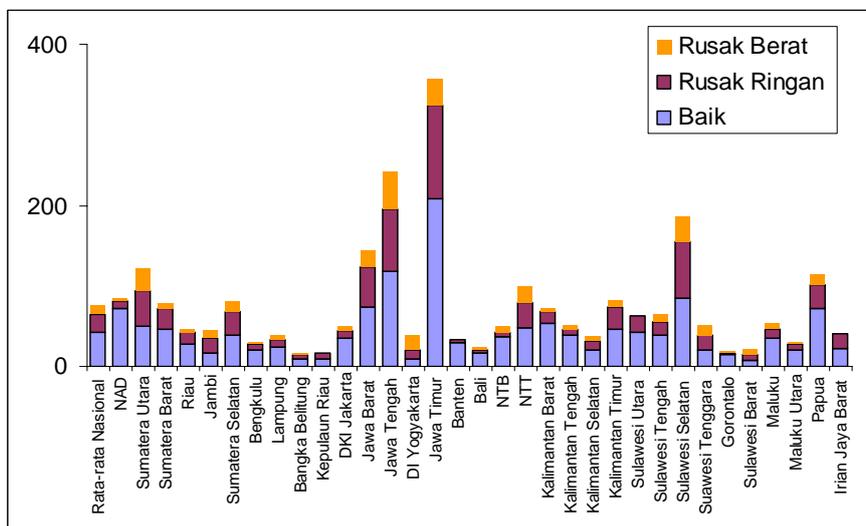
Gambar 3. 3. Kondisi Puskesmas Non Perawatan



Sumber: Bappenas 2007

Sekitar 42,64 persen persen bangunan Puskesmas Perawatan berstatus baik dan 22,36 persen rusak ringan dan 10,27 persen (339 unit) rusak berat. Dengan demikian rehabilitasi puskesmas perlu dilakukan terutama untuk puskesmas yang rusak berat (Depkes, 2007)

Gambar 3. 4. Kondisi Puskesmas Perawatan



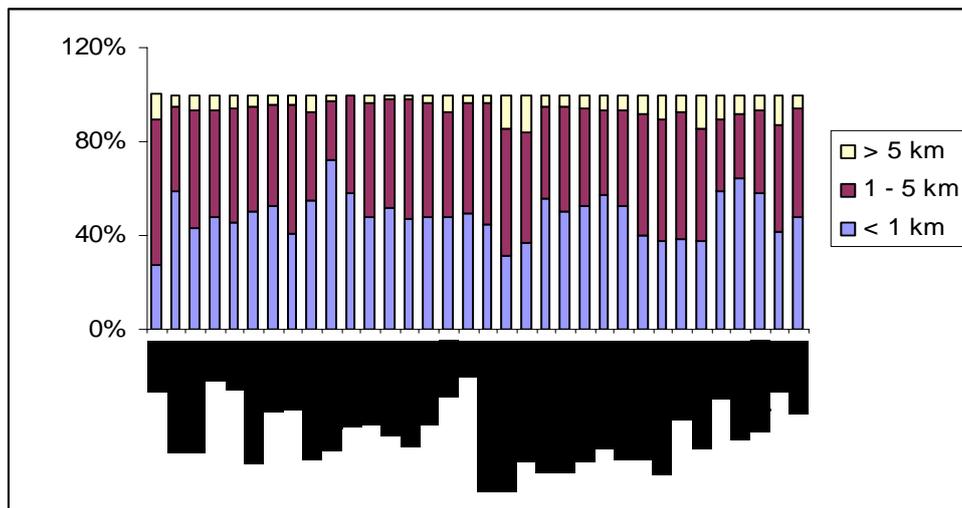
Sumber: Bappenas 2007

Aksesibilitas masyarakat ke pelayanan kesehatan, dapat dilihat antara lain dari jarak dan waktu tempuk masyarakat ke sarana kesehatan. Riskesdas 2007 memberikan gambaran akses masyarakat terhadap sarana kesehatan yaitu Rumah Sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, dokter praktek dan bidan praktek, dari segi jarak dan waktu tempuh. Secara nasional, akses masyarakat dalam mencapai sarana pelayanan kesehatan cukup baik, yaitu 94 persen masyarakat dapat mengakses

sarana kesehatan kurang dari 5 kilometer (km) dan 97,3 dapat mencapai sarana kesehatan kurang dari 60 menit.

Sebanyak 47,6 persen masyarakat bertempat tinggal kurang dari 1 km, 46,4 persen masyarakat bertempat tinggal antara 1-5 km dan yang bertempat tinggal lebih dari 5 km sebesar 6 persen.

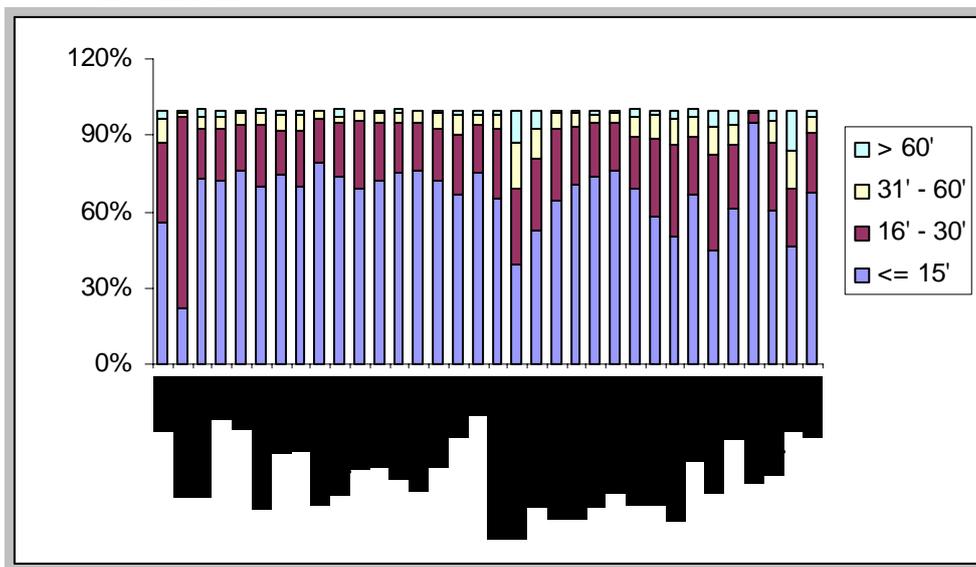
Gambar. 3.5. Persentase rumah tangga menurut jarak tempuh ke pelayanan kesehatan



Sumber: Riskesdas 2007

Untuk waktu tempuh masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan (Riskesdas 2007), 67,2 persen masyarakat memerlukan waktu tempuh kurang dari 15 menit, 23,6 persen masyarakat memerlukan waktu tempuh antara 16 – 30 menit, 6,6 persen masyarakat memerlukan waktu tempuh 31 – 60 menit dan 2,7 persen masyarakat memerlukan waktu tempuh diatas 60 menit.

Gbr. 3.6. Persentase rumah tangga menurut waktu tempuh ke pelayanan kesehatan



Sumber: Riskesdas 2007

Aksesibilitas yang tinggi belum menjamin pelayanan yang baik, jika tidak diikuti dengan kualitas sarana yang memadai. Misalnya pelayanan yang lengkap untuk penanganan komplikasi kelahiran merupakan bagian dari pelayanan obstetri esensial yang disebut dengan pelayanan obstetri emergency, yaitu Pelayanan obstetri emergency ini selanjutnya dibagi 2 yaitu Pelayanan Obstetrik Emergensi dan Neonatal Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).

Menurut standar internasional¹², untuk mampu menangani persalinan komplikasi, setidaknya terdapat 1 fasilitas PONEK dan 4 fasilitas PONED untuk setiap 500.000 penduduk. Untuk mencapai manfaat yang maksimal bagi penduduk, pelayanan ini harus tersedia 24 jam sehari, 7 hari dalam seminggu. Di Indonesia, dalam program MPS ditetapkan bahwa dalam setiap kabupaten/kota, paling sedikit terdapat 4 Puskesmas perawatan yang mampu melakukan PONED (selanjutnya disebut Puskesmas PONED) dan seluruh rumah sakit mampu melakukan PONEK (selanjutnya disebut rumah sakit PONEK) selama 24 jam penuh dalam sehari.

Tabel berikut ini menggambarkan ketersediaan Puskesmas PONED dan RS PONEK secara rata-rata nasional¹³.

Tabel 3.4. Ketersediaan Puskesmas PONED dan RS PONEK Rata-rata Nasional

	Puskesmas PONED			RSU	Puskesmas PONED			RSU
	per Kab/Kota	per 500.000 penduduk	per 500.000 penduduk	PONEK 24 Jam	per Kab/Kota	per 500.000 penduduk	per 500.000 penduduk	PONEK 24 Jam
Gorontalo	0.0	0.0	0.5	NTT	1.3	2.5	0.5	
Kalteng	0.0	0.0	1.6	Lampung	3.3	2.6	0.6	
Kaltim	0.0	0.0	2.2	Bali	2.0	2.7	2.5	
Papua	0.0	0.0	0.0	Sulsel	1.8	2.7	1.5	
Sumut	0.4	0.5	0.6	Sultra	1.3	2.8	0.9	
Jabar	2.0	0.6	0.3	Kalbar	1.7	3.0	1.2	
Banten	2.5	0.8	0.3	Sulut	1.6	3.3	1.7	
Babel	0.4	1.1	1.1	Riau	2.9	3.6	3.2	
Jambi	0.6	1.1	1.3	Sumsel	4.2	4.3	7.4	
Jatim	2.7	1.4	0.6	Sumbar	3.4	7.4	tad	
Bengkulu	0.6	1.5	Tad	Sulteng	3.8	8.7	2.1	
Jateng	3.9	2.1	1.0	NTB	11.6	12.0	1.2	
DI Yogyakarta	3.0	2.2	0.9	Maluku	5.8	13.4	4.2	
DKI Jakarta	6.6	2.3	4.0	Nasional	2.1	2.2	1.1	

Sumber: Bappenas, 2007a

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa secara nasional fasilitas Puskesmas PONED masih belum mencukupi baik jika merujuk pada standar internasional maupun pada target program MPS. Secara nasional jumlah Puskesmas PONED masih perlu di tingkatkan sekitar dua kali lipat. Sedangkan rasio Rumah Sakit

¹² UNICEF. 2004. Surviving birth in South Asia

¹³ Dihitung dari jumlah penduduk, RS umum, proporsi RS Ibu, dan RS Bersalin – Data diolah dari dari Profil Kesehatan 2005 dan dari Binkesmas, Depkes

Umum dengan kemampuan PONEK 24 jam secara nasional adalah 1,1 per 500.000 penduduk, yang berarti secara umum sudah memenuhi standar internasional. Namun masih banyak propinsi yang belum memenuhi standar tersebut.

Namun angka di atas perlu hendaknya digunakan sebagai acuan umum, sedangkan lebih detailnya harus dihitung rasio PONEK dan PONEK per kabupaten/kota. Hal ini disebabkan jumlah penduduk yang bervariasi antar kabupaten/kota, sehingga standar 4 Puskesmas PONEK per kabupaten bisa jadi belum mencukupi. Selain itu persebaran Puskesmas antara daerah kota dan desa juga perlu diperhatikan, karena pada umumnya Puskesmas dan Rumah sakit yang mempunyai fasilitas PONEK bersifat "urban-centris", yaitu cenderung berkumpul pada daerah perkotaan saja.

Ekspansi Puskesmas PONEK terutama untuk daerah perdesaan menjadi sangat penting untuk dilakukan, mengingat 3 dari 4 persalinan di perdesaan dilakukan di rumah. Puskesmas PONEK mempunyai kemampuan untuk menolong ibu dari kematian karena sebagian gejala komplikasi dapat dicegah hanya dengan pemberian obat yang tepat. Bahkan jika diperlukan perawatan yang lebih khusus, Puskesmas PONEK masih dapat menstabilkan kondisi ibu sebelum ibu dirujuk ke fasilitas PONEK.

Dari sisi ketenagaan, jumlah tenaga dokter yang bekerja di puskesmas pada tahun 2007 adalah 10.759 orang, atau rata-rata 1,32 dokter per puskesmas, dengan mengacu pada kebutuhan ideal 2 tenaga dokter setiap puskesmas, maka terdapat kekurangan 4.531 dokter. Selain dokter, untuk memenuhi standar jumlah tenaga kesehatan di puskesmas, masih diperlukan tambahan dokter gigi, perawat, dan lain-lain. Secara keseluruhan di seluruh puskesmas di Indonesia saat ini terdapat kekurangan 31.077 tenaga kesehatan untuk memenuhi standar kebutuhan tenaga kesehatan di puskesmas berdasarkan.

Pelayanan kesehatan dasar antara lain meliputi Kesehatan ibu dan anak, imunisasi, keluarga berencana, manajemen terpadu balita sakit, perbaikan gizi, penanganan penyakit infeksi dan penghentian merokok. Dalam Sistem Kesehatan Nasional terdapat 15 jenis pelayanan kesehatan dasar yang dilakukan melalui puskesmas dan jaringannya

Kesehatan Ibu dan Anak

Kesehatan ibu dan anak masih menjadi perhatian utama pembangunan kesehatan di Indonesia pada periode 2004-2009. Berbagai indikator menunjukkan bahwa ibu hamil, ibu nifas, dan ibu menyusui serta bayi, dan anak balita merupakan golongan yang paling rentan terhadap berbagai penyakit dan kekurangan gizi. Oleh karena itu RPJMN 2004-2009 Bab Peningkatan Akses Masyarakat terhadap Kesehatan dan Gizi yang Berkualitas menetapkan sasaran yang ingin dicapai dengan indikator kematian ibu, kematian bayi, kekurangan gizi pada balita, dan usia harapan hidup. Upaya yang terkait langsung dengan kesehatan ibu dan anak tersebar dalam beberapa program pembangunan antara lain Program Upaya Kesehatan Masyarakat, Program Perbaikan Gizi Masyarakat, Program Upaya Kesehatan Perorangan, dan Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit.

Dengan berbagai upaya itu, angka kematian ibu menurun dari 307 per 1000.000 kelahiran hidup (SDKI 2002/03) menjadi 228 (SDKI 2007) dan angka kematian bayi menurun dari 35 per 1.000 kelahiran hidup menjadi 34 per 1000 kelahiran hidup (SDKI 2007). Walaupun demikian kekurangan gizi pada balita tidak menurun antara tahun 2003-2005. Kondisi setelah tahun 2005 menunjukkan keadaan yang lebih baik dengan menurunnya prevalensi kekurangan gizi pada balita dari 28 persen (Susenas 2005) menjadi 18,4 persen (Risikesdas 2007).

Dengan kematian ibu sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2007), maka kecenderungannya telah menuju pada target RPJMN 2009 sebesar 226. Jika kecenderungan ini terus berlanjut, maka pencapaian target kematian ibu dalam MDGs tahun 2015 sebesar 102 bukan mustahil untuk dicapai. Tentu diperlukan berbagai upaya percepatan agar tujuan-tujuan tersebut dapat dicapai.

Untuk mencapai tujuan dan target tersebut di atas telah diidentifikasi empat strategi utama yang konsisten dengan “Rencana Indonesia Sehat 2010”, yaitu

- Meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir berkualitas yang *cost-effective* dan berdasarkan bukti-bukti
- Membangun kemitraan yang efektif melalui kerjasama lintas program, lintas sektor dan mitra lainnya untuk melakukan advokasi guna memaksimalkan sumberdaya yang tersedia serta meningkatkan koordinasi perencanaan dan kegiatan MPS
- Mendorong pemberdayaan wanita dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan untuk menjamin perilaku sehat dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir
- Mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir

Box 1: Best Practice: Kemitraan Bidan dan Dukun di Kabupaten Takalar, Sulawesi Selatan

Kabupaten Takalar, Provinsi Sulawesi Selatan, berpenduduk sekitar 245.873 jiwa dengan luas wilayah 566,51 km² yang terdiri dari 9 kecamatan dengan 77 desa/kelurahan mencakup. Pada tahun 2007, fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia terdiri dari 1 buah RS Pemerintah, 14 unit Puskesmas, 44 unit Pustu. Tenaga kesehatan terdiri dari 14 dokter umum dan 5 dokter spesialis dengan 18 bidan berparaktek swasta. Kurangnya tenaga kesehatan terutama dokter dan bidan untuk membantu persalinan menyebabkan tingginya kematian ibu. Sebagian besar persalinan terjadi di rumah dan tidak ditolong oleh tenaga kesehatan. Jumlah bidan yang tersedia sampai dengan tahun 2007 sebanyak 66 dengan jumlah dukun sebanyak 190 dukun dengan cakupan 77 desa.

Untuk memperbaiki keadaan tersebut, Pemerintah Kabupaten Takalar dengan didukung oleh UNICEF menggagas program kemitraan antara bidan dan dukun dengan meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam peningkatan status kesehatan ibu dan anak. Peran dan fungsi antara bidan dan dukun dibedakan dengan tegas. Pertolongan persalinan tetap ditolong oleh bidan, sedangkan pendampingan pasca persalinan dilakukan oleh dukun. Di setiap desa, antara bidan dan dukun disusun kesepakatan yang disaksikan oleh Camat dan Kepala Desa, sehingga pelaksanaan kemitraan ini dapat diawasi bersama.

Selama pelaksanaan kemitraan sejak awal tahun 2008, terdapat beberapa perbaikan kesehatan ibu. Dukun yang sebelumnya menolong sendiri persalinan, setelah kemitraan para dukun tersebut membawa ibu hamil sejak awal untuk memeriksakan kehamilan dan melakukan persalinan ke bidan. Cakupan program kesehatan ibu dan anak (K1, K4 dan KN) juga meningkat. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan meningkat pesat menjadi 100% dari tahun sebelumnya yang baru mencapai 40-50%.

Terlaksananya program kemitraan bidan dan dukun, tidak terlepas dari dukungan dan komitmen pimpinan daerah (Bupati, DPRD dan jajarannya). Dukungan dan komitmen pimpinan diwujudkan dalam bentuk Keputusan Bupati Takalar tahun 2008 tentang Kemitraan Bidan dan Dukun. Selain itu, DPRD juga sedang menyusun rancangan peraturan daerah khusus tentang kemitraan bidan dan dukun yang rencananya akan disahkan pada tahun 2009. Selain itu, tingginya dukungan dukun dalam program kemitraan ini tidak terlepas dari pendekatan yang bersifat humanis, sehingga dukun tidak merasa ditinggalkan bahkan diberikan penghargaan atas kemitraan tersebut.

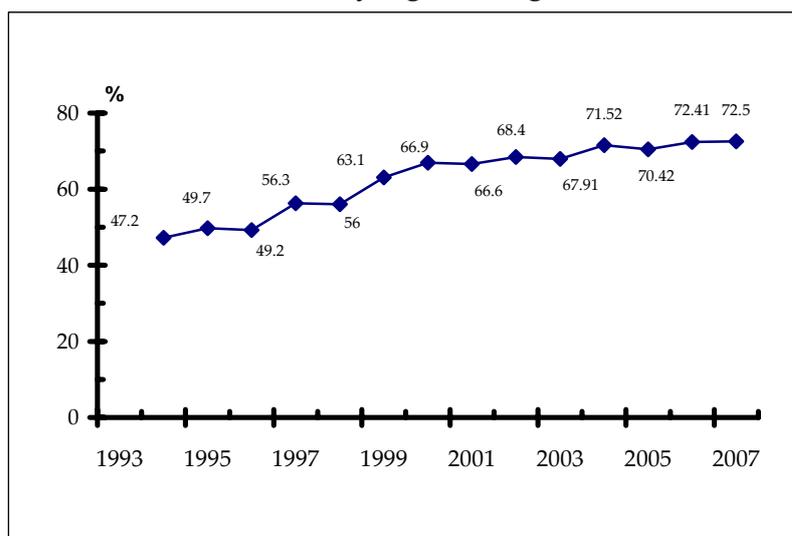
Salah satu tantangan yang berpotensi menjadi kendala bagi keberlangsungan program adalah kemampuan daerah untuk meneruskan dan mereplikasi program tanpa bantuan teknis UNICEF; penyediaan tenaga kesehatan (bidan) jumlah dan distribusinya untuk melakukan pendampingan kepada para dukun mitra, dan mencegah munculnya dukun baru; dan yang terpenting adalah komitmen pemerintah dalam mengalokasikan pendanaan untuk program ini, sehingga keberlanjutannya tetap terjaga.

Hasil penelitian dan pengalaman praktis telah menunjukkan bahwa intervensi kesehatan spesifik dapat menurunkan insiden dan beratnya komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas pada ibu dan bayi baru lahir. Intervensi kesehatan ini meliputi: tersedianya tenaga kesehatan penolong persalinan terampil; pelayanan obstetri dan neonatal emergensi dasar dan komprehensif; dan pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan serta penanganan komplikasi keguguran

Cakupan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan sebesar 92 persen. Walaupun pemeriksaan kehamilan cukup tinggi, kepatuhan ibu (*compliance*) dalam menjaga kesehatan perlu ditingkatkan misalnya imunisasi TT (73 persen), menerima pil besi 77,3 persen dan hanya 46 persen yang melahirkan pada fasilitas kesehatan.

Persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, yang secara ilmiah, menunjukkan asosiasi yang sangat erat dengan angka kematian ibu, menunjukkan kecenderungan yang terus meningkat, walaupun terjadi fluktuasi. Sejak tahun 2004, peningkatan persalinan oleh tenaga kesehatan relatif cukup lambat. Selain itu, pertolongan persalinan yang dilakukan di rumah masih sangat tinggi yaitu sebesar 54 persen (SDKI 2007). Angka ini hanya menurun sedikit dari SDKI 2002/03 sebesar 60%.

Gambar 3. 7. Trend Persalinan yang ditolong oleh nakes terlatih



Sumber: Susenas

Peningkatan persalinan oleh tenaga kesehatan terjadi terutama karena meningkatnya jumlah kelahiran yang di tolong oleh dokter di daerah perkotaan, yang meningkat 5,4 persen antara tahun 2004-2007, sedangkan di daerah perdesaan hanya meningkat 2,7 persen. Pertolongan persalinan oleh bidan justru mengalami penurunan baik di perkotaan dan perdesaan.

Tabel 3.5 Pertolongan Persalinan Kelahiran Balita oleh Tenaga Medis, Indonesia 2000-2007

Tenaga Medis	Persentase	
	2004	2007
Kota Dokter	16.9	22.3
	Bidan +	68.9
Desa Dokter	4.6	7.3
	Bidan +	56.5
Total Dokter	9.8	13.6
	Bidan +	61.7

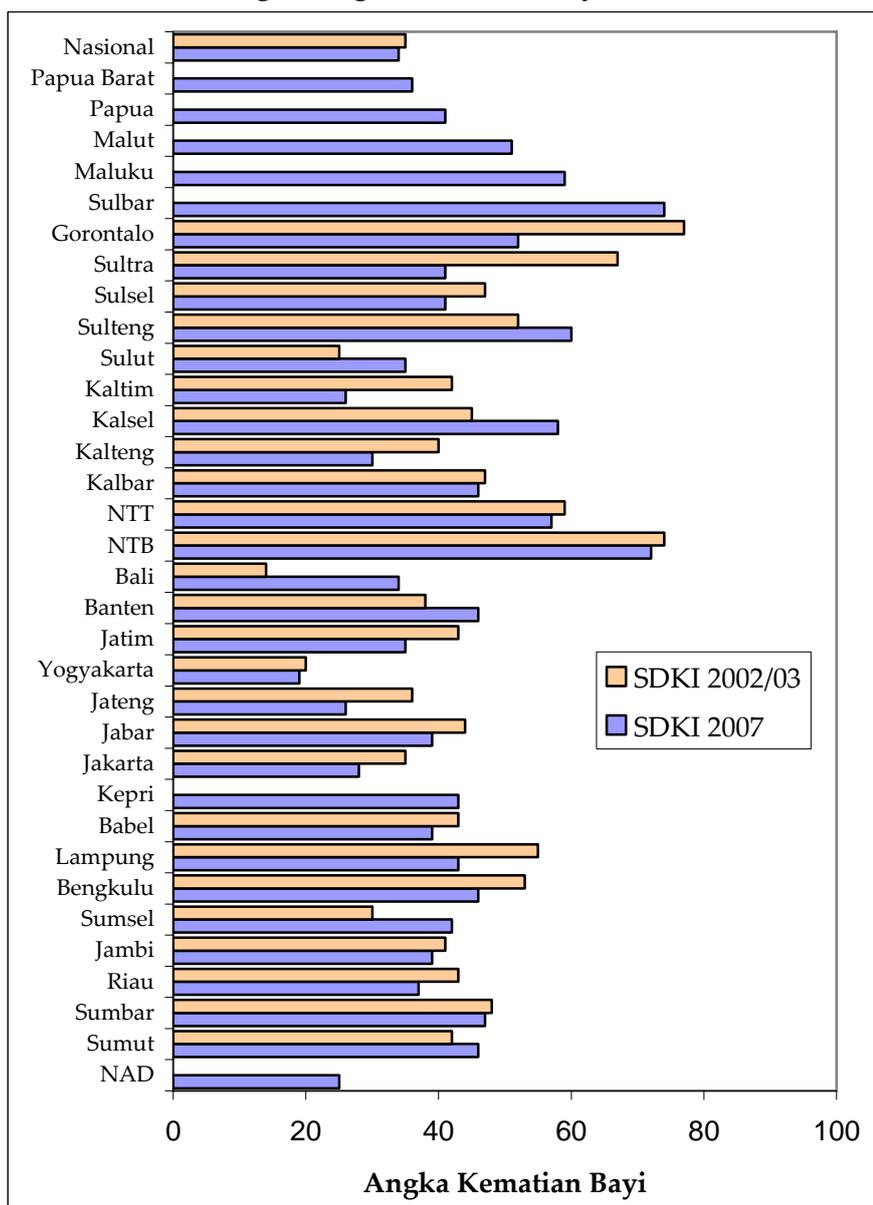
Sumber: Susenas

Disparitas pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan juga terjadi antar penduduk kaya dan penduduk miskin. Penduduk kaya cenderung lebih memeriksakan kehamilan, mencari pertolongan persalinan kepada tenaga kesehatan dan melahirkan pada fasilitas kesehatan. Dengan adanya program Askeskin/Jamkesmas, maka akses penduduk miskin pada tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan dapat meningkat.

Kematian bayi, walaupun menurun, tetapi relatif tidak berubah banyak. Bahkan angka kematian neonatal yang merupakan penyumbang terbesar angka kematian bayi tidak berubah pada 20 kematian per 1.000 kelahiran hidup periode 2002/03 – 2007 (menurut SDKI). Penyebab terbesar kematian neonatal adalah berat bayi lahir rendah (30,3 persen) dan asfiksia (27,0 persen).

Antara periode tahun 2003-2007, provinsi dengan penurunan kematian bayi yang relatif cukup baik antara lain Gorontalo, Sulawesi Tenggara, Kalimantan Timur, Kalimantan Tengah dan Jawa Tengah. Sementara provinsi dengan kematian bayi yang meningkat terjadi di Sulawesi Tengah, Sulawesi Utara, Banten dan Sumatera. Provinsi dengan kematian bayi yang tinggi di NTT dan NTB, AKB menurun dengan lambat.

Gambar 3. 8. Perkembangan Angka Kematian Bayi 2003-2007 menurut provinsi



Sumber: SDKI 2002/03 dan 2007

Imunisasi

Imunisasi merupakan program pelayanan kesehatan yang wajib diselenggarakan oleh pemerintah, karena program imunisasi merupakan upaya preventif dan memiliki dampak signifikan bagi peningkatan upaya kesehatan masyarakat. Pemerintah mempunyai tanggung jawab besar dalam menjamin ketersediaan tenaga imunisasi yang handal dan cukup dalam melakukan imunisasi, penyediaan alat yang cukup dan sesuai dengan standar teknis, dana (pengadaan, operasional, dan pemeliharaan) yang mencukupi, serta ketersediaan vaksin. Dalam rencana kerja pemerintah cakupan imunisasi menjadi indikator yang harus dicapai pada setiap tahun melalui pendataan persentase desa yang mencapai *Universal Child Immunization (UCI)*.

Tantangan yang dihadapi dalam program imunisasi adalah konsistensi dan intensitas dari program imunisasi, daerah *treatment* diharuskan menunjukkan hasil yang lebih baik, serta keterlibatan NGO dalam program imunisasi. Dari survei program imunisasi didapatkan hasil angka DO (*dropout rates*) masih cukup tinggi yang disebabkan oleh beberapa hal antara lain *irregular system* (tidak teratur), masih lemahnya pendataan dan penyuluhan (*poor screening and counseling*), tidak adanya KMS (Kartu Menuju Sehat), kekurangan vaksin, serta adanya kekurangan informasi mengenai jadwal pemberian imunisasi.

Selain tantangan di atas, masih adanya tantangan desentralisasi dalam program imunisasi yang meliputi komitmen pejabat daerah tentang pentingnya program imunisasi masih cukup rendah, terbatasnya dana yang digunakan untuk supervisi, adanya mutasi petugas imunisasi, tenaga pengelola yang sangat terbatas, terbatasnya sarana mobilisasi, serta terbatasnya dana untuk posyandu yang merupakan ujung tombak dari pelaksanaan program imunisasi.

Dalam lima tahun terakhir (2002/3-2007) cakupan imunisasi pada bayi usia 12-23 bulan meningkat untuk semua jenis imunisasi. BCG, misalnya, cakupannya meningkat 82.5 persen pada tahun 2002/3 menjadi 85.4 persen pada tahun 2007 atau naik 2,9 titik persen (*percentage point*). Cakupan imunisasi lengkap meningkat nyata dari 51.5 persen menjadi 58.5 persen, naik 7,1 persen poin.

Tabel 3.6 Cakupan Imunisasi anak usia 12-23 bulan

	SDKI 2002/03	SDKI 2007	Selisih
BCG	82.5	85.4	2.9
DPT1	81.4	84.4	3.0
DPT2	71.1	75.7	4.6
DPT3	58.3	66.7	8.4
Polio1	87.3	88.8	1.5
Polio2	79.6	82.6	3.0
Polio3	66.1	73.5	7.4
Polio4	46.2	55.5	9.3
Campak	71.6	76.4	4.8
Imunisasi Lengkap	51.5	58.6	7.1
Tanpa Vaksinasi	10.2	8.6	-1.6
Hepatitis B1	70.9	80.5	9.6
Hepatitis B2	58.1	71.7	13.6
Hepatitis B3	45.3	60.3	15.0

Sumber: SDKI 2002/03 dan SDKI 2007

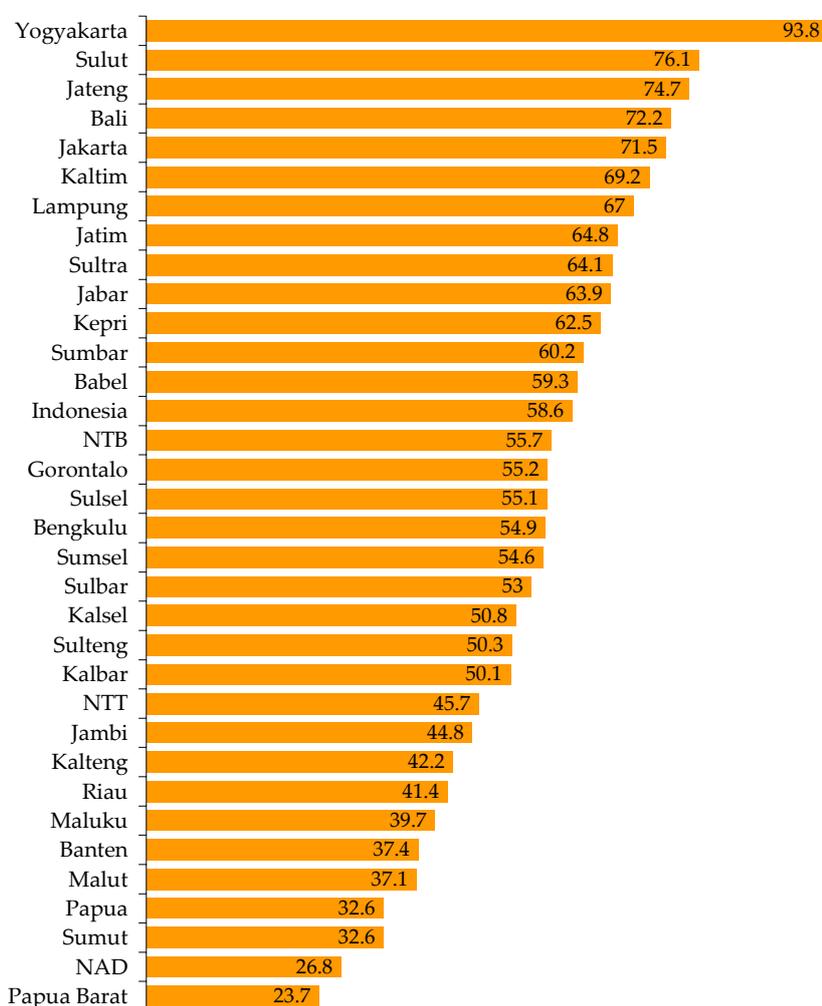
Di balik cakupan imunisasi cenderung meningkat ini, muncul permasalahan kualitas imunisasi. Survei Cakupan Imunisasi Nasional 2007 menunjukkan bahwa *drop out rate* untuk DPT 1 ke DPT 3 mencapai 12 persen. Selain itu imunisasi DPT3 yang tepat waktu (*valid*) hanya 54 persen, sedangkan imunisasi campak hanya 49 persen yang tepat waktu. Dengan data ini diperkirakan sekitar 2 juta anak tidak dimunisasi DPT 3 dan Campak secara tepat waktu.

Persentase anak usia 12-23 bulan yang tidak mendapatkan imunisasi sama sekali sebesar 8,6 persen. Walaupun menurun dari SDKI 2003/03, angka ini masih

relatif tinggi. Sementara menurut data *Immunization Coverage Survey 2007*¹⁴, yang tidak mendapat imunisasi sama sekali hanya 4 persen. Alasan anak tidak mendapat imunisasi adalah kekurangtahuan akan pentingnya imunisasi, ketakutan ibu akan efek samping imunisasi, rendahnya motivasi dan ketersediaan waktu serta anak tidak hadir karena sakit.

Disparitas cakupan imunisasi antar provinsi masih sangat besar dari 20,7 persen (terendah) di Papua dan 93,7 persen (tertinggi) di DI Yogyakarta. Peningkatan cakupan imunisasi ini terus dilakukan melalui pengembangan program imunisasi dengan vaksin baru secara bertahap, peningkatan pelayanan imunisasi dan pelayanan kesehatan anak, terutama melalui penguatan sistem kesehatan yg terkait, peningkatan peranan masyarakat dan pelatihan.

Gambar 3. 9. Cakupan imunisasi lengkap (persen) pada anak usia 12-23 bulan menurut provinsi tahun 2007



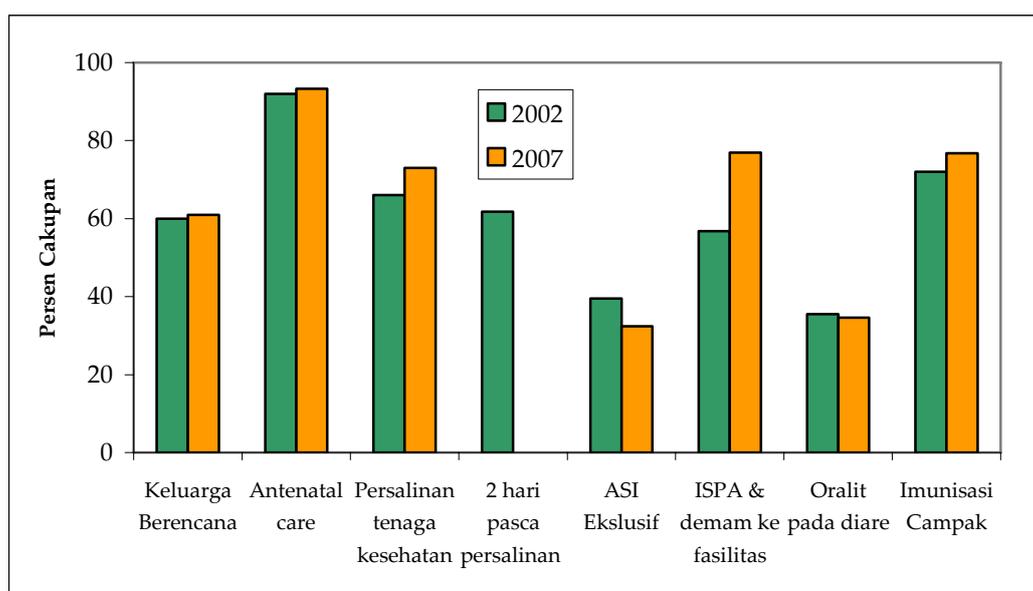
Sumber SDKI 2007

¹⁴ Survey dilakukan oleh Ditjen PP & PL dan Universitas Indonesia (UI) disampaikan pada Pertemuan Diseminasi Hasil Survei Cakupan Imunisasi, Jakarta, 11 Agustus 2008

Kematian bayi secara tidak langsung di pengaruhi oleh jumlah dan sebaran sarana, fasilitas dan SDM kesehatan untuk pelayanan KIA belum merata, kesinambungan pelayanan KIA berkualitas, termasuk rujukan belum memadai, dan pembiayaan pelayanan KIA berkualitas belum memadai. Faktor determinan yang perlu mendapat perhatian adalah pendidikan perempuan masih rendah, sosial ekonomi rendah, kondisi sosial budaya tidak mendukung, kedudukan dan peranan perempuan tidak menguntungkan, transportasi tidak mendukung, dan perilaku perawatan BBLR, bayi dan Balita di rumah dan “*seeking care behavior*”

Pemeliharaan kesehatan ibu dan anak merupakan hal saling berkaitan dan berkelanjutan dan oleh karenanya pelayanan yang diberikan juga harus di jaga keberlanjutannya (*continuum of care*). Keberlanjutan ini meliputi keberlanjutan dalam siklus hidup, penyediaan layanan, komponen upaya, integrasi program, dan keterkaitan dengan determinan kesehatan.

Gambar 3. 10. Capaian Beberapa indikator dalam keberlanjutan pelayanan (*continuum of care*) kesehatan ibu dan anak



Dari tabel di atas, tampak bahwa keberlanjutan pelayanan menurut siklus hidup belum berjalan dengan baik. Kepesertaan dalam program KB masih rendah, serta ASI eksklusif yang cenderung turun. Untuk itu, ke depan pelayanan, kesehatan ibu dan balita harus dijamin ketersediaannya dalam setiap tahap pelayanan.

Kebijakan dan strategi yang dilakukan dalam upaya menurunkan kematian bayi dan balita mencakup (1) Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan anak (bayi baru lahir, bayi & balita) melalui kegiatan *outreach* (kunjungan bayi, kunjungan balita, rujukan kasus), (2) Intensifikasi "*mobile teams*" untuk memberikan pelayanan "*outreach*" untuk KIA, (3) Menyediakan pelayanan kesehatan emergensi untuk bayi baru lahir, bayi dan balita, (4) Menyediakan pelayanan kesehatan dasar yang bermutu dan terintegrasi bagi BBLR, bayi, anak, ibu hamil (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif), (5) Meningkatkan *case finding* dan *case management* balita

sakit melalui MTBS (termasuk MTBM), (6) Mengupayakan penggunaan Buku KIA sebagai sarana pencatatan dan pemantauan kesehatan Ibu dan Anak, (7) Revitalisasi manajemen puskesmas dan sarana kesehatan lainnya

Dikaitkan dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak, upaya penurunan kematian ibu dapat dipandang sebagai sebuah sistem yang dinamis (*Dynamic System*) yaitu sebuah keterkaitan antar berbagai faktor dalam berbagai arah. Sistem ini terdiri setidaknya dari sub-sistem demografi, sosial, dan budaya; sub-sistem keluarga berencana, sub-sistem kualitas pertolongan *partus*; dan sub-sistem lingkungan dan sanitasi. Dengan pendekatan sistem ini, maka sistem pelayanan kesehatan juga harus mempunyai keterkaitan yang jelas antar tingkat pelayanan.

Walaupun telah ada Sistem Kesehatan Nasional yang antara lain mengatur hubungan (terutama sistem rujukan) antar tingkat pelayanan kesehatan, pada prakteknya masyarakat bebas untuk langsung mendapatkan pelayanan kesehatan di semua tingkat, baik di *self care*, *primary care*, *secondary care*, maupun *tertiary care*. Dalam suatu sistem yang tertata, hubungan kesehatan antar tingkat pelayanan dilakukan secara tertstruktur melalui sistem rujukan dari *self care*, ke *primary care*, *secondary care* dan akhirnya ke *tertiary care*. Untuk mendukung ini maka diperlukan pengaturan yang jelas tentang sistem rujukan, dukungan jaminan pembiayaan kesehatan, serta kompetensi tenaga kesehatan¹⁵.

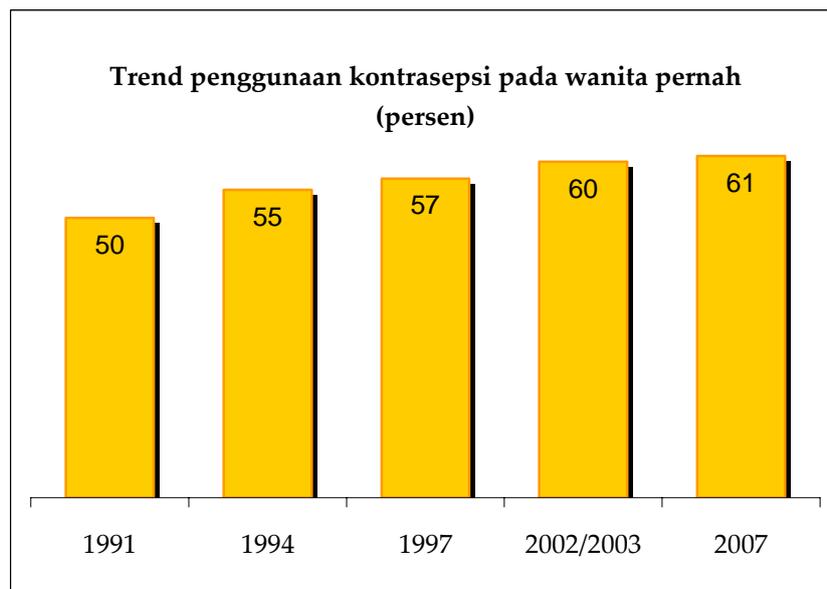
Keluarga Berencana

Kematian ibu melahirkan pada umumnya disebabkan karena perdarahan, infeksi, dan keracunan kehamilan dalam masa reproduksi. Keluarga berencana (KB) mempunyai kontribusi yang besar terhadap upaya penurunan angka kematian ibu melahirkan, karena KB secara langsung akan menurunkan "*rate*" wanita yang hamil dan melahirkan, dan sekaligus juga berkontribusi terhadap penurunan "*ratio*" kematian ibu untuk menjawab permasalahan "Empat Terlalu" (terlalu tua, terlalu muda, terlalu sering, terlalu dekat).

Data SDKI 2007 menunjukkan *gap* keikutsertaan masyarakat dalam ber-KB. Secara nasional penggunaan kontrasepsi (suatu cara) untuk wanita kawin di Indonesia sebesar 61,4 persen, atau hanya naik sekitar satu persen dari SDKI 2002/03. Sebanyak 57,4 persen menggunakan kontrasepsi modern. Kesenjangan cakupan penggunaan kontrasepsi antar provinsi masih cukup tinggi, dari 34 persen di Maluku (terendah) sampai 74 persen di Bengkulu. Selain prevalensi pemakaian kontrasepsi ini juga cenderung lebih tinggi di perkotaan dan penduduk dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi.

¹⁵ Disampaikan oleh Farid A Moeloek, pada Diskusi Background Study RPJMN Seri 1 tanggal 27 Maret 2008 di Jakarta

Gambar 3. 11. Trend penggunaan kontrasepsi pada wanita pernah menikah



Sumber: SDKI, berbagai tahun

Metode yang paling umum dipakai adalah suntikan (31,8 persen), pil (13,2 persen) dan IUD (4,9 persen). Beberapa pihak mengindikasikan bahwa besarnya proporsi peserta yang memakai suntikan dan pil, dipengaruhi oleh terjadinya informasi asimetris mengenai pilihan metode kontrasepsi dan pengaruh preferensi tenaga kesehatan terhadap jenis alat kontrasepsi tertentu. SDKI 2007 menunjukkan bahwa dari kebutuhan KB yang terpenuhi (61,4 persen) dan 36 persen di antaranya bertujuan membatasi jumlah anak, dan 25 persen untuk penjarangan jumlah anak Ke depan, penggunaan jenis kontrasepsi harus di arahkan sesuai dengan efektifitasnya yang antara lain disesuaikan dengan tujuan penggunaan kontrasepsi, apakah mencegah kehamilan, mengatur kehamilan atau mengakhiri kesuburan.

Di samping kesenjangan antar wilayah dan sosio-ekonomi masyarakat, indikasi lain yang menunjukkan *gap* dalam pemenuhan hak-hak reproduksi masyarakat adalah masih cukup besarnya persentase *unmet need*. Angka *unmet need* KB cenderung tidak banyak berubah yaitu 9,2 persen pada SDKI 1997, 8,6 persen pada SDKI 2002-2003 dan meningkat menjadi 9 persen pada SDKI 2007. Sesuai sasaran RPJMN, pada tahun 2009 diharapkan angka *unmet need* KB ini bisa ditekan menjadi sekitar 6,0 persen. Sasaran ini diharapkan bisa dicapai apabila ketersediaan dan pelayanan kontrasepsi yang berkualitas dapat menjangkau seluruh masyarakat miskin dan rentan sampai ke pelosok-pelosok tanah air.

Saat ini intensitas Program KB dinilai mengendor baik di tingkat pusat maupun daerah. Selain anggaran pemerintah yang terbatas, dukungan internasional terhadap program ini di Indonesia juga melemah. Terjadi privatisasi KB dan banyak PUS (Pasangan Usia Subur) keluarga miskin kehilangan akses KB. Koordinasi pengelolaan program KB melemah, termasuk Penyuluh Lapangan KB (PLKB) yang

berkurang jumlahnya, karena proses desentralisasi. Dukungan ulama juga dinilai melemah, sementara pemberdayaan masyarakat kurang berhasil¹⁶.

Ke depan, perlu dilakukan revitalisasi program KB antara lain dengan pembaruan visi Program KB dengan menetapkan target yang jelas. Penguatan program di pusat dan daerah dilakukan melalui integrasi program penurunan fertilitas dan peningkatan kesehatan reproduksi, memperkuat kelembagaan dan koordinasi. Program KB perlu dipertajam di *grass root* dengan fokus perhatian pada masyarakat miskin yang tidak mampu menjangkau pelayanan KB swasta dan menjangkau kelompok masyarakat yang selama ini tidak menjadi target program (kelompok remaja, kelompok marginal, dan kelompok berperilaku risiko tinggi). Peran serta pria dalam KB yang masih sangat kecil, juga perlu terus ditingkatkan. Upaya kesehatan reproduksi yang terintegrasi dengan KB, dapat dilakukan dengan suatu sistem pelayanan kesehatan/kedokteran terpadu/ terintegrasi yang merupakan upaya berkesinambungan antara *self care, primary, sccondary* dan *tertiary health care*¹⁷.

Perbaikan Gizi

RPJMN 2004-2009 memandang permasalahan gizi, sebagai salah satu masalah utama bangsa Indonesia. Selain kekurangan gizi pada anak balita, masalah gizi yang dihadapi di Indonesia adalah kekurangan vitamin A (KVA), gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY), anemia gizi besi (AGB), dan kekurangan gizi mikro lainnya. Akhir-akhir ini gizi lebih (kelebihan berat badan dan obesitas) juga semakin sering ditemukan. Kekurangan dan kelebihan gizi dalam waktu yang bersamaan ini yang sering di sebut sebagai *double burden of nutrition*.

RPJMN menetapkan sasaran yang ingin dicapai pada tahun 2009 adalah menurunnya prevalensi gizi kurang pada anak balita dari 25,8 persen menjadi 20,0 persen. Guna mencapai tujuan tersebut, Program Perbaikan gizi dalam RPJMN 2004-2009 ditujukan untuk meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat terutama pada ibu hamil, bayi dan anak balita. Adapun kegiatan yang dilakukan meliputi: peningkatan pendidikan gizi; penanggulangan kurang energi protein (KEP), Anemia Gizi Besi (AGB), GAKY, KVA dan kekurangan zat gizi mikro lainnya; penanggulangan gizi lebih; dan peningkatan surveilans gizi; serta pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian keluarga sadar gizi. Dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), kekurangan gizi pada balita tahun 2007 menurun menjadi sebesar 13,0 persen dan gizi buruk sebesar 5,4 persen.

Indonesia belum mempunyai data yang bersifat longitudinal tentang BBLR dari survei berskala nasional. Selama ini, angka BBLR merupakan

¹⁶ Muhadjir Darwin, disampaikan pada Seminar Program KB Dalam Konteks Pengendalian Kelahiran, Kesehatan, dan Hak-Hak Reproduksi, 18 September 2008 di Jakarta

¹⁷ Farid. A. Moeloek dalam Makalah Pembangunan Berwawasan Kesehatan, disampaikan pada Diskusi Seri 1 RPJMN 2010-2014 pada 27 Maret 2008 di Jakarta

estimasi yang sifatnya sangat kasar yang diperoleh dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) serta dari berbagai studi. Hasilnya menunjukkan bahwa selama periode 1986-1993 proporsi BBLR berkisar antara 7–16 persen. Setiap tahun diperkirakan sebanyak 355-710 ribu dari lima juta bayi lahir dengan kondisi BBLR. Berdasarkan Riskesdas 2007, prevalensi adalah BBLR yaitu sebesar 11,5 persen.

Masalah gizi kurang pada balita ditunjukkan oleh tingginya prevalensi anak balita yang pendek (*stunting* < -2SD). Dari beberapa survei, prevalensi anak balita *stunting* sekitar 40 persen. Angka ini menurun menjadi 36,8 persen (Riskesdas 2007). Tinggi badan rata-rata anak balita ini umumnya mendekati kondisi normal hanya sampai 5 - 6 bulan, setelah usia enam bulan rata-rata tinggi badan anak balita lebih rendah dari kondisi normal.

Gambar 3. 12 Prevalensi *stunting* pada Balita menurut propinsi tahun 2007



Sumber: Riskesdas 2007

Indonesia telah dinyatakan bebas dari *xerophthalmia* pada tahun 1992. Namun masih dijumpai 50 persen balita mempunyai serum retinol kurang dari 20 µg/100 ml, sebagai pertanda Kurang Vitamin A Sub-Klinik. Kejadian tersebut diduga diakibatkan kurang berhasilnya penyuluhan untuk mengkonsumsi sumber vitamin A alami (SUVITAL) dan rendahnya cakupan distribusi kapsul Vitamin A (< 80

persen). Pada tahun 2000, dilaporkan dari Nusa Tenggara Barat adanya kasus baru *xerophthalmia*.

Berdasarkan SKRT 2001, prevalensi anemia anak balita masih cukup tinggi. Semakin muda usia bayi semakin tinggi prevalensinya; pada bayi kurang dari 6 bulan (61,3 persen), bayi 6-11 bulan (64,8 persen), dan anak usia 12-23 bulan (58 persen). Selanjutnya prevalensi menurun untuk anak usia 2 - 5 tahun. Di tahun 2007 (Risikesdas), anemia pada anak balita mencapai 27,7 persen yang merupakan nilai tertinggi berdasarkan kelompok umur.

Pada tahun 1990, prevalensi GAKY pada anak usia sekolah (*Total Goiter Rate/TGR*) adalah 27,9 persen. Angka ini menurun menjadi 9,9 persen pada tahun 1998, dan kemudian meningkat kembali menjadi 11,1 persen pada tahun 2003. Menurut Risikesdas, pada tahun 2007 terdapat persentase anak 6 - 12 tahun dengan $UIE < 100 \mu\text{g/L}$ (indikasi terjadinya TGR) sebesar 12,9 persen. Jika dilihat dari indikator *Urinary Iodine Excretion* (UIE), maka rata-rata daerah dengan rata-rata UIE, daerah yang mengalami kekurangan yodium menurun 75 persen, namun daerah dengan resiko *hyperthyroid* karena yodium meningkat tajam.

Salah satu kesulitan dalam melakukan intervensi pembangunan gizi adalah kurangnya ketersediaan data mengenai status gizi. Pada umumnya data yang tersedia adalah data lama, sebelum adanya Risikesdas 2007. Data AGB pada balita terakhir diperoleh berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 2001, GAKY dari survei proyek IP-GAKY tahun 2003, dan KVA pada tahun 2001. Konsekuensi dari kurangnya dukungan data ini, maka intervensi yang dilakukan tidak berdasarkan data yang akurat dan biasanya berdasarkan kesepakatan dengan membandingkan intervensi tahun sebelumnya. Oleh karena itu untuk kesinambungan program yang baik, data-data gizi harus terus diperbarui dan Risikesdasn dapat dilakukan secara rutin.

Intervensi yang dilakukan dalam bidang gizi saat ini antara lain adalah pemberian tablet besi pada ibu hamil, pemberian vitamin A, kapsul yodium di daerah endemis dan pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) bagi anak yang mengalami gizi buruk. Walaupun intervensi ini memang diperlukan, namun dalam penetapan sasaran, beberapa di antaranya, tidak didukung oleh data kebutuhan yang akurat. Kapsul yodium misalnya terus diberikan, walaupun data mutakhir status UIE dan TGR tidak tersedia, bahkan terdapat indikasi meningkatkan *hyperthyroid* akibat kelebihan yodium.

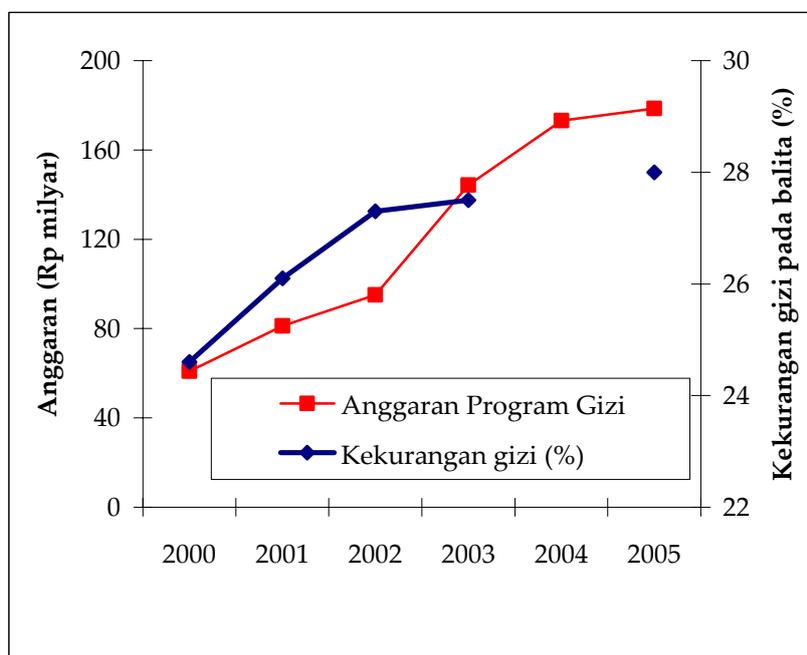
Berbagai kalangan juga mengkritik jenis intervensi yang dilakukan yang tidak sesuai dengan permasalahan dan tidak *cost effective* dan tidak tepat sasaran. Sebagai contoh, pemberian MP-ASI merupakan bagian terbesar dari anggaran Departemen Kesehatan untuk program perbaikan gizi. MP-ASI merupakan salah satu intervensi yang kurang *cost effective* tidak didukung oleh bukti ilmiah yang meyakinkan bahwa pemberian MP-ASI akan mencegah kekurangan gizi¹⁸. Pemberian MP-ASI juga tidak mampu menjawab permasalahan gizi yang lebih besar dan utama, yaitu masalah *stunting* (pendek) yang merupakan masalah gizi

¹⁸ Kesimpulan pada Seminar Nasional Efektifitas Program MP-ASI di Jakarta 16 Juli 2007.

yang bersifat kronis¹⁹. Akibatnya kenaikan anggaran yang cukup besar untuk program perbaikan gizi di Departemen Kesehatan belum mampu menurunkan prevalensi balita pendek (*stunting*) secara nasional.

Dalam sistem perencanaan, pangalokasian anggaran tidak sepenuhnya berdasarkan proses teknokratik yang lebih bersandar pada rasionalitas. Proses politik juga mempunyai peran yang besar dalam pemilihan jenis intervensi (kegiatan), termasuk dalam politik anggaran di DPR. Dalam hal ini, *political skill* dari penanggung jawab program mempunyai peran yang penting.

Gambar 3. 13. Trend anggaran program gizi dan prevalensi kekurangan gizi pada balita



Salah satu faktor yang ditengarai ikut berkontribusi pada stagnan-nya status gizi masyarakat, walaupun pertumbuhan ekonomi nasional cukup baik dengan diikuti penganggaran program yang meningkat, adalah pengelolaan program yang melemah²⁰. Sebelum desentralisasi, khususnya dari era 1970-an hingga 1990-an, Indonesia cukup berhasil dalam pembangunan gizi antara lain melalui Upaya Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) yang meliputi program terpadu melalui posyandu, pendidikan gizi, Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG), taman gizi, dan suplementasi, serta fortifikasi

Keberhasilan ini kemudian diadopsi oleh berbagai negara seperti Vietnam, dan Cina yang kemudian berhasil menurunkan kekurangan gizi balita²¹. Dengan

¹⁹ Razak Thaha, *Pembangunan Gizi: Apa yang Salah dan Bagaimana ke Depan?* Disampaikan pada Diskusi RPJMN Seri 5 pada 27 Oktober 2008 di Jakarta

²⁰ Razak Thaha, *Pembangunan Gizi: Apa yang Salah dan Bagaimana ke Depan?* Disampaikan pada Diskusi RPJMN Seri 5 pada 27 Oktober 2008 di Jakarta

²¹ Soekirman, *Belajar dari Negara Berkembang Lain dalam Merencanakan Kebijakan dan Program Gizi*, disampaikan pada Diskusi RPJMN Seri 1 pada 27 Maret 2008 di Jakarta

adanya desentralisasi, posisi strategis pembangunan gizi yang cukup mantap dalam setiap tahap REPELITA melemah. Pembangunan Gizi berbasis masyarakat dan program bersifat lintas sektor pudar seiring dengan berakhirnya UPGK, melemahnya peran posyandu, dan pembangunan gizi yang semakin bersifat sektoral (lebih sebagai bagian dari sektor kesehatan).

Gizi sering tidak menjadi prioritas bagi pemerintah karena *demand* pelayanan gizi dari masyarakat rendah yang disebabkan kekurangan pemahaman masyarakat dan sebagian besar terjadi pada penduduk miskin yang tidak mampu bersuara. Selain itu, adanya keterlambatan dalam mengenali manfaat ekonomis dari gizi, perannya dalam MDGs, dan pilihan intervensi yang mempunyai nilai *cost effective*. Serta, ada banyak organisasi atau *stakeholder* yang menangani bidang gizi, sehingga tanggung jawabnya “ada di mana-mana” tapi “tidak di mana-mana”, mengakibatkan bidang gizi menjadi tanggung jawab parsial setiap lembaga berdampak pada penganggaran yang berdasarkan sektoral dan tidak adanya *leading sector* (World Bank, 2006).

Ke depan, pembangunan gizi akan kembali diarahkan sebagai pembangunan yang bersifat lintas sektor (UU 17/2005), yang meliputi produksi, pengolahan, distribusi, hingga konsumsi pangan, dengan kandungan gizi yang cukup, seimbang, serta terjamin keamanannya. Tantangannya adalah bagaimana memastikan terjadinya sinergi antar sektor, perumusan kegiatan mengamankan pembiayaan di setiap sektor tersebut. Upaya-upaya perbaikan gizi bukanlah berdiri sendiri, melainkan bersama isu mengenai aksesibilitas pangan, perilaku hidup yang sehat, dan keamanan pangan, membentuk pilar-pilar pembangunan pangan dan gizi ke depan yang pada akhirnya dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (RANPG 2006-2010).

Dari sisi pendekatan program, masalah gizi kurang maupun gizi lebih tidak dapat ditangani hanya dengan kebijakan dan program jangka pendek sektoral yang tidak terintegrasi. Pengalaman negara berkembang yang berhasil mengatasi masalah gizi secara tuntas dan berkelanjutan, seperti Thailand, Cina dan Malaysia, menunjukkan perlunya strategi kebijakan jangka pendek dan jangka panjang. Untuk itu diperlukan adanya kebijakan pembangunan bidang ekonomi, pangan dan gizi, kesehatan, pendidikan, dan keluarga berencana yang saling terkait dan terintegrasi untuk meningkatkan status gizi masyarakat (World Bank, 2006).

Dalam situasi saat ini, maka strategi jangka pendek, harus menjadi fokus utama. Kebijakan ini meliputi kebijakan yang mendorong ketersediaan pelayanan seperti pelayanan gizi dan kesehatan yang berbasis masyarakat; pemberian suplemen zat gizi mikro secara tepat; bantuan pangan kepada anak kurang gizi dari keluarga miskin; dan fortifikasi bahan pangan.

Kebijakan yang meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan, meliputi bantuan langsung tunai (BLT) bersyarat; pemberian makanan, khususnya pada waktu darurat dan kepada keluarga miskin; dan pemberian kartu miskin untuk keperluan berobat dan membeli makanan dengan harga subsidi. Selain itu diperlukan kebijakan yang mendorong perubahan ke arah perilaku hidup sehat dan sadar gizi dilakukan melalui pendidikan gizi dan kesehatan.

Strategi jangka panjang dapat mulai dan terus ditingkatkan dilakukan antara lain meliputi pelayanan kesehatan dasar termasuk keluarga berencana; penyediaan air bersih dan sanitasi; pengaturan pemasaran susu formula; menjamin ketahanan pangan ditingkat keluarga; pengembangan industri pangan sehat; serta memperbanyak fasilitas olah raga bagi masyarakat. Kebijakan lain mendorong terpenuhinya permintaan atau kebutuhan pangan dan gizi, seperti: pembangunan ekonomi yang memberdayakan masyarakat miskin; penciptaan lapangan kerja; dan meningkatkan daya beli masyarakat miskin. Kebijakan yang mendorong perubahan perilaku hidup sehat seperti meningkatkan kesetaraan gender dan meningkatkan pendidikan wanita baik pendidikan sekolah maupun di luar sekolah

Kesehatan Lingkungan

Salah satu faktor penting lainnya yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat adalah kondisi lingkungan yang tercermin antara lain dari akses masyarakat terhadap air bersih dan sanitasi dasar. Pada tahun 2002, persentase rumah tangga yang mempunyai akses terhadap air yang layak untuk dikonsumsi baru mencapai 50 persen, dan akses rumah tangga terhadap sanitasi dasar baru mencapai 63,5 persen. Dari Riskesdas 2007, secara nasional terdapat 16,2 persen rumah tangga yang pemakaian air bersihnya masih rendah. Kesehatan lingkungan yang merupakan kegiatan lintas sektor belum dikelola dalam suatu sistem kesehatan kewilayahan.

Dengan melihat permasalahan di atas, RPJMN 2004-2009 menetapkan program Lingkungan Sehat dengan tujuan untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang lebih sehat melalui pengembangan sistem kesehatan kewilayahan untuk menggerakkan pembangunan lintas-sektor berwawasan kesehatan. Kegiatan pokok yang dilakukan dalam program ini antara lain meliputi penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar, pemeliharaan dan pengawasan kualitas lingkungan; pengendalian dampak resiko pencemaran lingkungan, dan pengembangan wilayah sehat

Capaian program pada tahun 2007 adalah meningkatnya cakupan keluarga yang menghuni rumah yang memenuhi syarat kesehatan sebesar 73 persen persentase keluarga yang menggunakan air bersih 60 persen (berdasarkan Riskesdas 2007 sebesar 57,7 persen) dan jamban yang memenuhi syarat kesehatan 78 persen dan cakupan kabupaten/kota sehat 30 persen.

Upaya penyediaan air bersih dan sanitasi dalam beberapa tahun menunjukkan hasil yang cukup menggembirakan. Selain cakupan air minum dan sanitasi dasar yang meningkat, pendekatan yang dilakukan melalui pembiayaan pemerintah, khususnya di daerah perdesaan, adalah melalui pemberdayaan masyarakat. Dengan pendekatan ini masyarakat terlibat aktif dalam perencanaan, pemilihan opsi teknologi, pengorganisasian, pembangunan, hingga pemeliharaan. Dengan demikian diharapkan sarana yang dibangun dapat terjaga keberlanjutannya.

Pendekatan yang dilakukan juga cukup komprehensif dengan melibatkan seluruh sektor yang terkait, seperti pekerjaan umum, kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan desa, dan lingkungan hidup. Koordinasi yang cukup baik terjadi di seluruh sektor pusat melalui sebuah kelompok kerja yang secara rutin bertukar informasi dan berkoordinasi, termasuk dengan lembaga negara kreditur dan donor.

Kesehatan lingkungan juga menggunakan pendekatan pemberdayaan masyarakat dalam upaya mengubah perilaku hidup bersih dan sehat seperti buang air besar tidak sembarangan dan cuci tangan paka sabun. Dengan pendekatan ini, masyarakat di bangkitkan kesadarannya untuk hidup bersih dan sehat untuk membangun sarana sanitasi mereka sendiri tanpa bantuan pemerintah. Pendekatan yang disebut Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dapat dengan cepat mengubah perilaku masyarakat untuk memiliki jamban dan menggunakannya.

Salah satu tantangan yang dihadapi pada bidang air minum dan sanitasi berbasis masyarakat ini adalah masih tingginya ketergantungan pemerintah daerah kepada pusat dan ketergantungan pemerintah pada pembiayaan yang bersumber PHLN. Pembiayaan sarana air minum dan sanitasi di daerah juga sangat kecil antara lain karena air dan sanitasi belum menjadi prioritas di daerah. Selain itu kapasitas pemerintah daerah dalam menyelenggarakan penyediaan sarana air bersih dan sanitasi berbasis masyarakat belum berkembang dengan baik. Oleh karena itu ke depan mobilisasi dari bersumber APBN, dan peningkatan kapasitas daerah dalam perencanaan dan penyediaan sarana air minum dan sanitasi perlu terus diperkuat.

Upaya yang dirasakan perlu diperkuat adalah pemeliharaan dan pengawasan kualitas lingkungan, termasuk di tempat-tempat umum, pengolahan makanan, dan fasilitas publik. Kepadatan penduduk yang tinggi di perkotaan, tingkat ekonomi dan pendidikan yang belum baik, serta pengetahuan dan kesadaran yang rendah sering menyebabkan timbulnya berbagai masalah lingkungan baik polusi, pencemaran, kontaminasi dan lain sebagainya. Upaya ini jelas tidak mudah karena menyangkut dengan kebiasaan dan penegakan hukum. Pada areal-areal ini pendekatan kerangka regulasi sebenarnya sangat strategis, tetapi harus diikuti dengan penegakan hukumnya. Masalah sampah, emisi karbon dari kendaraan, kebiasaan merokok adalah beberapa contoh yang memerlukan kerangka hukum yang jelas dan penegakan hukum yang tegas.

Pemberantasan Penyakit Menular

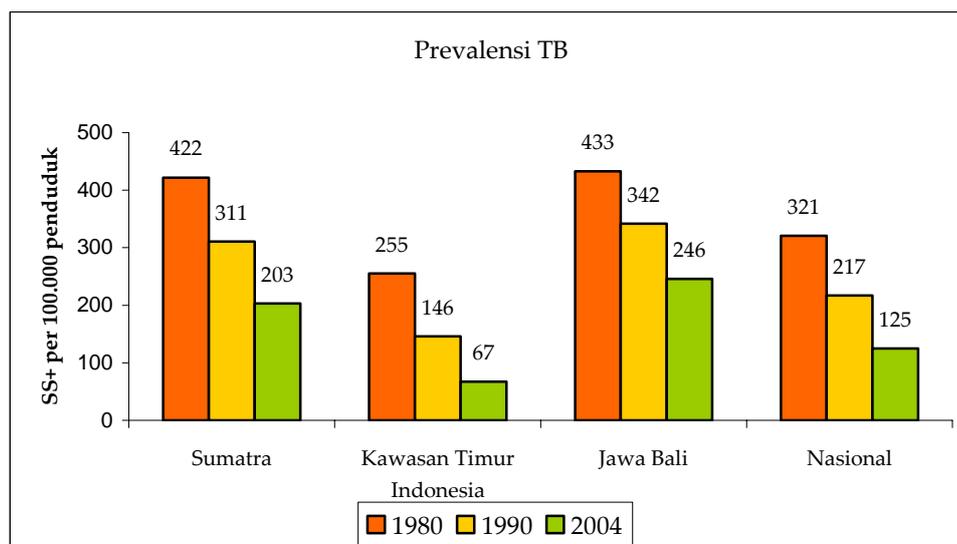
Penyakit infeksi menular masih tetap merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menonjol. Malaria masih menjadi masalah besar dan cenderung muncul kembali di daerah-daerah yang sebelumnya dinyatakan bebas malaria. Tuberkulosis di Indonesia masih merupakan jumlah penderita terbesar di dunia dan perkembangan HIV/AIDS makin mengawatirkan. Selain itu berbagai penyakit muncul secara bergantian seperti demam berdarah dengue (DBD), diare, dan pneumonia. Penyakit-penyakit “kuno” seperti filariasis, dan kusta juga masih banyak terjadi di berbagai wilayah.

Dalam RPJMN 2004-2009, Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat penyakit menular dan penyakit tidak menular. Prioritas penyakit menular yang akan ditanggulangi adalah malaria, demam berdarah dengue, diare, polio, filaria, kusta, tuberkulosis paru, HIV/AIDS, pneumonia, dan penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Kegiatan pokok yang dilakukan dalam program ini antara lain meliputi, pencegahan dan penanggulangan faktor resiko; peningkatan imunisasi; penemuan dan tatalaksana penderita; peningkatan surveilens epidemiologi dan penanggulangan wabah; dan peningkatan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) pencegahan dan pemberantasan penyakit.

Pada tahun 2004 kasus penderita demam berdarah dengue (DBD) yang ditemukan berjumlah sekitar 80.000 kasus, pada tahun 2007 meningkat menjadi sekitar 83.000 kasus. Sedangkan angka kematian menurun dari 1,4 persen pada tahun 2004 menjadi 1 persen pada tahun 2007. Penurunan angka kematian ini menunjukkan semakin baiknya penatalaksanaan kasus demam berdarah di puskesmas maupun di rumah sakit. Hal ini diperkuat dengan hasil riskesdas 2007 yang menyatakan prevalensi DBD sebesar 0,62 persen.

Sementara itu penemuan kasus Tuberkulosis (TB) dapat ditingkatkan dari 54 persen pada tahun 2004 menjadi 75,6 persen pada tahun 2007. Demikian pula angka penyembuhannya (*success rate*) telah dapat mencapai lebih dari 89 persen, yang berarti telah melebihi target internasional sebesar 85 persen. Tuberkulosis ini tersebar diseluruh Indonesia dengan prevalensi 12 bulan terakhir sebesar 1 persen. Walaupun demikian, penemuan kasus yang dilakukan selama ini lebih bersifat pasif, sehingga jika didukung dengan tenaga dan sarana yang memadai, cakupannya dapat ditingkatkan. Kemampuan tenaga kesehatan juga masih perlu ditingkatkan, seperti dalam pemeriksaan dahak dan dalam deteksi mikroskopi²².

Gambar 3. 14. Prevalensi TB di Indonesia

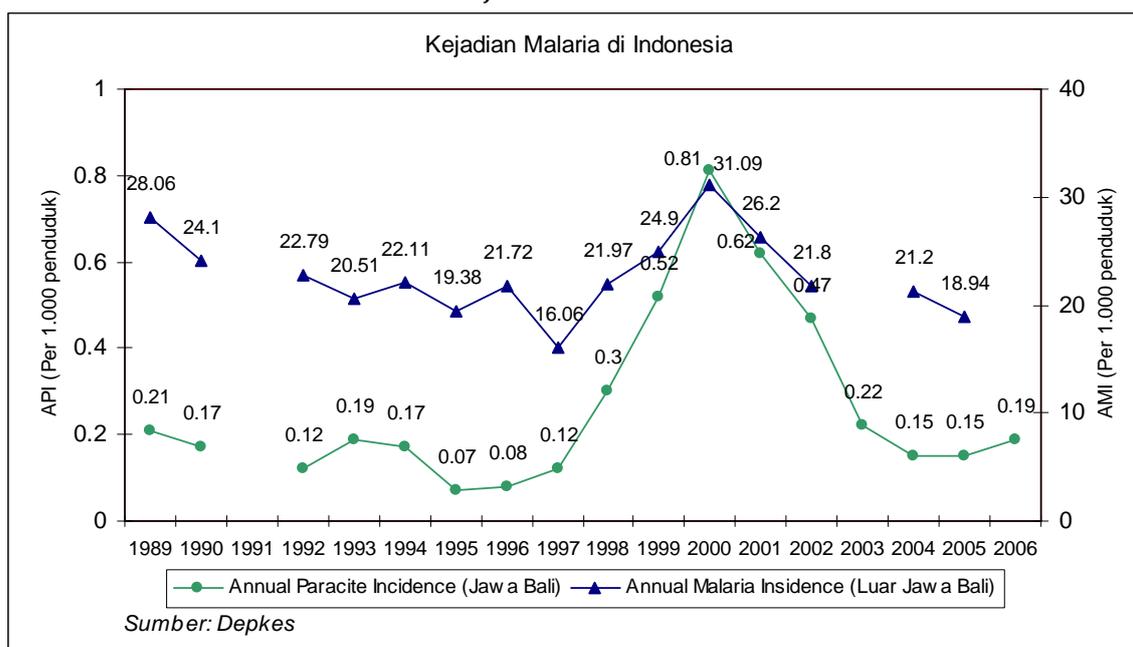


Sumber: Depkes 2004.

²² Ascobat Gani, *Meningkatkan Efektivitas Manajemen dan Infrastruktur Pelayanan Kesehatan Dasar*, disampaikan pada Diskusi Background Study RPJMN Seri 3 pada 17 Juni 2008 di Jakarta

Pada tahun 2001, prevalensi malaria diperkirakan sebesar 850 per 100.000 penduduk. Diperkirakan, dari 15 juta kasus malaria setiap tahunnya, kurang lebih hanya 10 persennya saja yang mendapat pengobatan di fasilitas kesehatan. Beban terbesar dari penyakit malaria ada di bagian timur Indonesia yang merupakan daerah endemik. Sebagian besar daerah perdesaan di luar Jawa-Bali juga merupakan daerah resiko malaria. Bahkan, di beberapa daerah, malaria merupakan penyakit yang muncul kembali (*re-emerging diseases*). Kasus malaria di Indonesia menunjukkan kecenderungan menurun. Berdasarkan provinsi, kasus malaria tertinggi ditemukan di Nusa Tenggara Timur. Sejak tahun 1998, terdapat kecenderungan peningkatan prevalensi kasus malaria mencapai puncaknya pada tahun 2000 dan mulai tahun 2001, angka ini menurun hingga 18,94 pada tahun 2005. Provinsi dengan daerah endemik malaria tertinggi adalah NTT. Berdasarkan riskesdas 2007, prevalesi malaria klinis nasional adalah 2,9 persen, dengan pengobatan menggunakan obat program sebesar 47,7 persen. Beberapa kendala yang dihadapi antara lain adalah kemampuan survei oleh puskesmas masih terbatas, dan pengendalian vektor tidak didukung survei lapangan pemberantasan vektor.

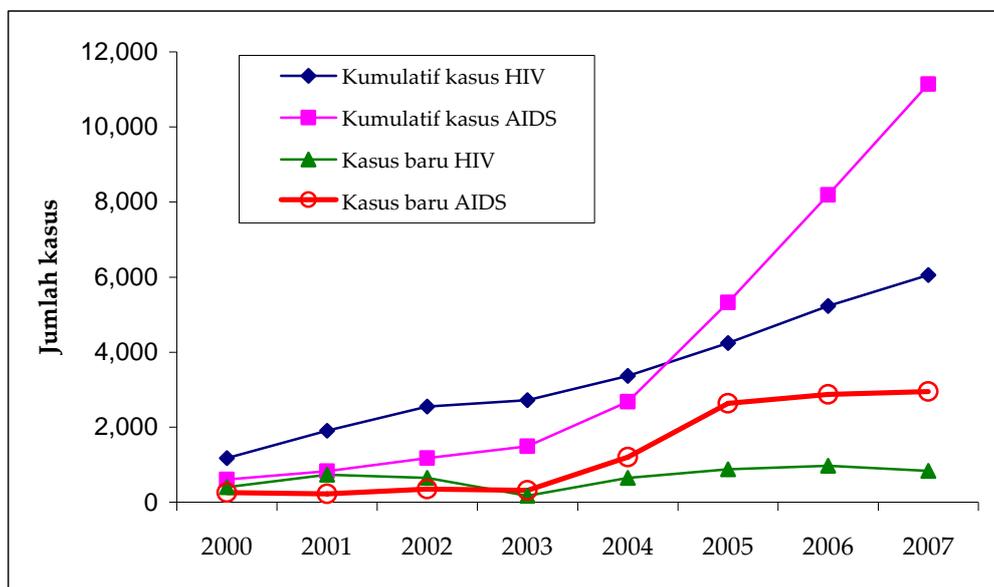
Gambar 3. 15. Kejadian Malaria di Indonesia



Kasus HIV/AIDS terus meningkat dengan cukup bermakna dari tahun ke tahun. Sejak tahun 2004 hingga tahun 2007, peningkatannya relatif cepat dibandingkan dengan periode sebelumnya. Hingga Desember 2007, kasus AIDS telah dilaporkan di 32 provinsi yang meliputi 189 kabupaten/kota dengan kumulatif kasus AIDS Nasional mencapai 4,91 kasus per 100.000 penduduk. Di Papua, epidemi HIV/AIDS telah terjadi pada populasi umum dengan prevalensi 2,4 persen. Sebagian besar kasus AIDS terjadi pada laki-laki dengan rasio 4 kali lebih tinggi dibanding perempuan. Cara penularan kasus AIDS kumulatif yang dilaporkan melalui IDU 49,9 persen, heteroseksual 41,9 persen, dan Homoseksual 3,9 persen. Kasus AIDS

tertinggi dilaporkan terjadi pada kelompok umur 20-29 tahun (54,05 persen) dan disusul kelompok umur 30-39 tahun (27,96 persen).

Gambar 3. 16. Kecenderungan kasus HIV dan AIDS



Sumber: Komisi Penanggulangan AIDS, 2008 (www.aidsindonesia.com)

Beberapa penyakit menular muncul di Indonesia karena adanya penularan dari negara lain seperti polio dan flu burung. Setelah sepuluh tahun, sejak tahun 1996, Indonesia dinyatakan bebas dari polio liar Indonesia, pada tahun 2005 ditemukan virus polio liar di Sukabumi. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan bahwa virus polio liar ini merupakan virus impor dari Afrika. Upaya *mop up* kemudian dilakukan dan diikuti dengan pekan imunisasi nasional pada tahun 2005 dan 2006.

Penyakit flu burung (*avian influenza*) pada unggas pertama kali dilaporkan pada Agustus 2003 di Jawa Tengah. Penyakit tersebut kemudian terus menyebar ke daerah lain di Indonesia. Hingga Mei 2007, flu burung pada hewan telah menyerang ke hampir seluruh wilayah Indonesia kecuali Gorontalo, Maluku dan Maluku Utara. Pada bulan Juni 2005, flu burung dilaporkan pertama kali menyerang manusia di Tangerang. Setelah itu flu burung menyerang 11 provinsi di Indonesia (Jawa Barat, DKI Jakarta, Banten, Sumut, Jatim, Jateng, Lampung, Sulawesi Selatan, Sumatera Barat, Sumatera Selatan dan Riau). Pada tahun 2005 terdapat 20 kasus positif dengan 12 meninggal (CFR 65 persen), tahun 2006 terdapat 55 kasus positif dengan 45 meninggal (CFR 81,8 persen) dan tahun 2007 (sampai dengan 31 Mei) terdapat 24 kasus positif, 22 meninggal (CFR 87persen). Penanganan penyakit flu burung akan optimal jika ditunjang dengan pengetahuan yang baik dari masyarakat mengenai penyakit ini. Secara nasional, 64,7 persen masyarakat pernah mendengar tentang flu burung, di antara mereka 78,7 persen memiliki pengetahuan yang benar dan 87,7 persen memiliki sikap yang benar, yaitu membersihkan kandang, mengubur/membakar unggas yang mati mendadak (Riskesdas 2007).

Indonesia juga masih dihadapkan pada beberapa penyakit yang sangat persistent, dalam arti sebenarnya merupakan penyakit lama (kuno) atau *ancient diseases* atau *neglected diseases* seperti framboesia, filariasis, *schistosomiasis*, kusta dan lain-lain. Penyakit-penyakit ini relatif telah menurun, jika dilihat dari jumlah kasusnya di bandingkan dekade sebelumnya. Namun dalam beberapa tahun terakhir, kasus penyakit ini tetap terjadi dan bahkan beberapa di antaranya cenderung meningkat. Prevalensi framboesia pada tahun 1990 sebesar 9,5 per 10.000 penduduk, kemudian menurun menjadi 4 pada tahun 2000. Namun sejak itu prevalensi cenderung stagnan dan pada tahun 2006 sebesar 0,25 kasus per 10.000 penduduk. Jumlah penderita ksuta dalam kurun waktu tahun 2000 hingga 2006 justru meningkat dari 14.000 menjadi 18.300 kasus (semua tipe) dan 10 persen di antaranya menyerang anak-anak. Jumlah kasus filariasis juga meningkat dari 6.180 kasus pada tahun 2001 menjadi 10.427 kasus pada tahun 2006 (Profil Kesehatan, berbagai tahun).

Pengendalian Penyakit Tidak Menular

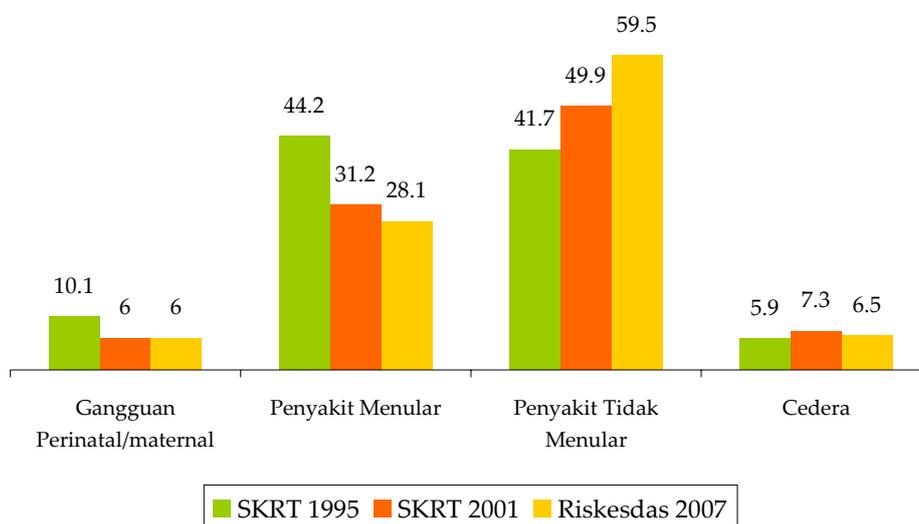
Pola penyakit yang diderita oleh masyarakat sebagian besar adalah penyakit infeksi menular seperti tuberkulosis paru, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), malaria, diare, dan penyakit kulit. Namun demikian, pada waktu yang bersamaan terjadi peningkatan penyakit tidak menular (PTM) seperti penyakit jantung dan pembuluh darah, serta diabetes mellitus dan kanker. Dengan demikian telah terjadi transisi epidemiologi sehingga Indonesia menghadapi beban ganda pada waktu yang bersamaan (*double burdens*). Terjadinya beban ganda yang disertai dengan meningkatnya jumlah penduduk, serta perubahan struktur umur penduduk yang ditandai dengan meningkatnya penduduk usia produktif dan usia lanjut, akan berpengaruh terhadap jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat di masa datang.

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan ancaman bagi negara maju maupun berkembang. WHO memperdiksi bahwa PTM berkontribusi sebesar 56 persen dari semua kematian dan 44 persen dari beban penyakit dalam negara-negara di Asia Tenggara. Total kematian dari penyakit tidak menular (kronik) diprediksi akan meningkat lebih dari 17 persen pada 10 tahun yang akan datang, sementara kematian karena penyakit infeksi, kematian maternal dan perinatal dan kombinasi kekurangan gizi diperkirakan akan menurun. Secara global kematian akibat PTM ini dua kali lipa lebih banyak dibanding kematian infeksi, maternal, perinatal dan defisiensi gizi.

Di Indonesia PTM semakin berkontribusi pada penyebab kematian. Jika penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab kematian ke 11 pada tahun 1972, kemudian menadi penyebab ke-3 pada tahun 1986, maka sejak tahun 1992 meningkat menjadi penyebab utama kematian. Menurut SKRT 2001, 27 persen laki-laki dan 29 persen perempuan usia lebih dari 25 tahun menderita hipertensi, 0,3 persen mengalami penyakit jantung iskemik dan stroke, 1,2 persen menyandang Diabetes, dan 1,3 persen laki-laki dan 4,6 persen wanita mengalami obesitas. Sementara dari

WHO memperkirakan prevalensi diabetes melitus mencapai 1,9 persen (atau 8,4 juta penduduk).

Gambar 3. 17. Kontribusi penyakit terhadap kematian di Indonesia



Prevalensi PTM pada tahun-tahun terakhir, semakin meningkat. Menurut Riskesdas 2007 prevalensi hipertensi pada penduduk usia 18 tahun ke atas mencapai 31,7%, dan hanya 7,2% dari penderita hipertensi yang didiagnosa oleh tenaga kesehatan. Prevalensi penyakit stroke pada usia 15 tahun atau lebih adalah sebesar 8,3 per 1.000 penduduk dan 6 per 1.000 penderita yang berhasil didiagnosa oleh tenaga kesehatan. Prevalensi hipertensi dan stroke ini lebih banyak terjadi pada penduduk dengan tingkat pendidikan rendah dan penduduk di pedesaan serta penduduk yang tidak bekerja, dengan tingkat prevalensi yang relatif seimbang antar golongan pendapatan. Prevalensi beberapa PTM lainnya pada tahun 2007 adalah penyakit sendi 30,3%, diabetes melitus 1,1%, jantung 7,2%, tumor 4,3%, gangguan mental emosional 11,6% (pada penduduk usia 15 tahun atau lebih), katarak 17,3%, dan penduduk dengan permasalahan gigi-mulut 23,4%

Faktor resiko utama yang menyebabkan berbagai penyakit tidak menular tersebut adalah hipertensi, glukosa darah, obesitas, dan lemak darah tidak normal. Perilaku beresiko sangat berpengaruh terhadap faktor resiko tersebut yaitu pola makan yang tidak sehat, fisik yang tidak aktif, dan merokok. Pola makan tinggi lemak, gula, dan garam makin membesar seiring dengan perubahan gaya hidup dan globalisasi sementara konsumsi serat dari buah dan sayur tidak mencukupi. Susenas 2004 menunjukkan bahwa 60 persen penduduk mengkonsumsi sayur dan buah kurang dari porsi yang dianjurkan. Sebagian besar (lebih dari 84 persen) penduduk kelompok umur 15 tahun ke atas kurang aktif melakukan aktivitas fisik, dan lebih dari sepertiga penduduk sepuluh tahun ke atas adalah perokok. Kebiasaan merokok ini telah dimulai sejak remaja. Sebuah survei di Jakarta menunjukkan bahwa sekitar 50 persen anak laki-laki di SMP adalah perokok aktif dan 66 persen hidup serumah dengan perokok.

secara bersama dan merupakan bagian terberat karena memerlukan koordinasi terkait dengan komitmen *stakeholder* yang luas adalah promotif dan preventif. Promosi kesehatan meliputi advokasi kebijakan PTM dan membentuk jejaring promosi kesehatan yang akan mendorong aksi masyarakat yang kuat, meningkatkan lingkungan sosial, memperkuat keterampilan masyarakat dan pengorganisasian dan pemberdayaan masyarakat. Dalam tata laksana kasus harus dilakukan koordinasi program penanggulangan PTM, memperkuat tenaga kesehatan dan reorientasi pelayanan. Survelians yang paripurna meliputi struktur sosial, lingkungan hidup, gaya hidup dan biologi.

Untuk dapat melakukan berbagai upaya tersebut, Departemen Kesehatan telah merespon secara korganisasian dengan membentuk unit kerja eselon 2 yaitu Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular. Usaha yang dilakukan tentu tidaklah mudah, karena lingkup kerja yang harus bergerak sejak dari promosi hingga manajemen pelayanan dan tentu akan banyak memerlukan koordinasi dan kerjasama dengan unit kerja yang lain.

Infrastruktur & Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan

Jumlah rumah sakit juga terus meningkat walaupun dalam jumlah yang relatif lambat dibandingkan dengan peningkatan jumlah penduduk. Pada tahun 1990 jumlah rumah sakit pemerintah (Departemen Kesehatan dan Pemda) sekitar 404 buah dengan 59.000 tempat tidur, pada tahun 2005 meningkat menjadi 452 rumah sakit dengan 66.700 tempat tidur. Di sektor swasta jumlah rumah sakit dan tempat tidur meningkat lebih cepat dibanding milik pemerintah. Pada tahun 1990 terdapat 352 rumah sakit swasta dengan 31.000 tempat tidur, kemudian meningkat menjadi 626 rumah sakit dengan 52.300 tempat tidur pada tahun 2005.

Pada tahun 2006, seluruh rumah sakit di Indonesia berjumlah 1.292 dengan 138.451 tempat tidur. Dari jumlah tersebut 49,4 persen di antaranya adalah milik swasta, dengan tempat tidur 37,2 persen, karena umumnya RS swasta lebih kecil (99 tempat tidur) dari RS pemerintah (146 tempat tidur).

Tabel 3.7 Jumlah Tempat Tidur di Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta²³

	Rumah Sakit		Tempat Tidur	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
RS Swasta	638	49,4	51.475	37,2
Departemen Kesehatan dan Pemda	464	35,9	69.219	50,0
TNI-POLRI	112	8,7	10.877	7,8
Dep. lain & BUMN	78	6,0	6.880	5,0

Sumber Amal Saaf, 2008

²³ Amal Sjaaf, disampaikan pada Diskusi Background Study Seri 3 pada 17 Juni 2008 di Jakarta

Rasio tempat tidur rumah sakit terhadap penduduk secara nasional pada tahun 2006 adalah 1 tempat tidur per 1.590 penduduk. Sasaran tahun 2010 adalah satu tempat tidur untuk 1.333 penduduk (Renstra 2005-2009, Departemen Kesehatan). Dengan demikian rasio ini masih perlu ditingkatkan. Jika dibandingkan dengan negara lain, jumlah tempat tidur per penduduk di Indonesia jug masih cukup kecil. Pada tahun 2001, rata-rata tempat tidur per 100.000 penduduk adalah 330, sedangkan di Indonesia baru mencapai 63,8 (Kosen, 2008) terkecil dibanding dengan Filipina (120/100.00), Malaysia(180/100.000), dan Thailand (220/100.000)(WHO Statistics, 2007). Adanya pertumbuhan diatas membuat rasio ini membaik pada tahun 2005 menjadi 25 per 100.000 penduduk.. Dengan terjadinya transisi demografi dan epidemiologi, ke depan jumlah tempat tidur yang diperlukan akan jauh lebih besar

Tenaga dokter spesialis untuk rumah sakit di banyak rumah sakit juga masih kurang. Pada tahun 2006, Sekitar 30 persen RS Kelas C belum memiliki kelengkapan 4 spesialis dasar (spesialis anak, bedah, kebidanan dan kandungan dan penyakit dalam). Bahkan masih ada RS Kelas C yang sama sekali belum memiliki spesialis dasar.

Tabel 3.8 Rumah Sakit Kelas C dengan kelengkapan 4 dokter spesialis dasar tahun 2006

RSU KELAS C	JUMLAH	persen
Memiliki 4 spesialis dasar	168	71,8
Memiliki 3 spesialis dasar	30	12,8
Memiliki 2 spesialis dasar	18	7,7
Memiliki 1 spesialis dasar	5	2,1
Tidak memiliki 4 dasar	13	5,6

Sumber: Amal Sjaaf, 2008

Jika dilihat dari standar ideal (misalnya rasio terhadap penduduk), kekurangan dokter spesialis terjadi baik di Jawa maupun luar Jawa. Walaupun demikian, kekurangan dokter spesialis terutama terjadi di daerah-daerah luar Jawa Bali dan daerah tertinggal atau daerah pemekaran baru. Pada umumnya dokter spesialis tidak tertarik untuk bekerja di daerah dengan jumlah penduduk yang kecil atau daerah yang secara finansial kurang kuat. Oleh karena itu penyebaran tenaga dokter spesialis tidak bisa mengandalkan pasar (*market failure*), namun menuntut intervensi yang intensif dari pemerintah.

Kecukupan tenaga kesehatan juga dapat dilihat dengan membandingkan dengan jumlah rumah sakit atau jumlah tempat tidur. Standar yang dapat dipakai adalah Permenkes 262 tahun 1979 yang menetapkan rasio tempat tidur terhadap tenaga kesehatan adalah (4-7):1 untuk RSU Kelas A dan Kelas B, 9:1 untuk RSU Kelas C; dan 15:1 untuk RSU Kelas D.

Tabel 3.9 Kecukupan tenaga kesehatan di rumah sakit

	Jumlah			Rasio	
	RSU	Tempat Tidur (TT)	Dokter	Dokter terhadap RSU	Dokter terhadap 100 TT
Menurut kepemilikan					
Depkes RI	13	8.784	8.119	625 : 1	92 : 100
Pemda Provinsi	43	12.834	3.914	91 : 1	30 : 100
Pemda Kab/Kota	334	35.375	6.175	18 : 1	17 : 100
TNI & POLRI	110	10.842	1.345	12 : 1	12 : 100
Dep.lain/BUMN	71	6.880	555	8 : 1	8 : 100
Swasta	441	43.789	4.319	10 : 1	10 : 100
RATA-RATA	1012	118.504	24.427	24 : 1	21 : 100
Menurut Kelas					
Kelas A	6	5.254	6.346	1158 : 1	121 : 100
Kelas B	75	22.635	6.866	92 : 1	30 : 100
Kelas C	234	25.102	4.526	19 : 1	18 : 100
Kelas D	75	4.002	446	6 : 1	11 : 100
RATA-RATA	390	56.993	18.184	47 : 1	32:01:00

Sesuai dengan standar rasio tempat tidur terhadap tenaga medis, secara umum tampak bahwa RS Pemerintah dan TNI/POLRI sudah memenuhi standar tersebut (setara Kelas A, B dan C) sedangkan RS Departemen lain/BUMN dan Swasta hampir memenuhi standar kelas C. Jika dilihat menurut kelas, RS Kelas A, B dan C sudah memenuhi syarat, sedang RS Kelas D belum memenuhi standar.

Manajemen Upaya Kesehatan Perorangan

Menurut SKN 2004, Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dilaksanakan bersama oleh pemerintah, masyarakat dan dunia usaha. Penyelenggaraan UKP yang diharapkan adalah: 1) bersifat menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, terjangkau, bermutu dan berjenjang, 2) mengikuti prinsip profesional, ekonomis, sesuai moral dan etika bangsa, dan 3) didasarkan atas perkembangan mutakhir ilmu dan teknologi kedokteran dan kesehatan.

Dalam SKN UKP dibagi menurut strata, yaitu UKP strata pertama, strata kedua dan strata ketiga. UKP strata pertama di selenggarakan oleh pemerintah dan masyarakat dan swasta. Di tingkat pemerintah penyelenggaranya adalah puskesmas. Dengan adanya penerapan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional, sebenarnya pemerintah tidak lagi menyelenggarakan UKP strata pertama melalui puskesmas karena diserahkan kepada masyarakat dan swasta dengan menerapkan konsep dokter keluarga

UKP strata kedua merupakan sarana rujukan dari UKP strata pertama dalam bentuk pelayanan rujukan medik yaitu berupa pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas kasus penyakit yang dilakukan secara timbal balik baik secara vertikal, maupun horizontal yang terdiri dari tiga aspek yakni, rujukan kasus, rujukan ilmu pengetahuan serta rujukan bahan-bahan pemeriksaan laboratorium. Dalam sistem pelayanan publik, sarana yang

digunakan adalah Rumah Sakit kelas B dan kelas C serta berbagai balai kesehatan. UKP Strata ketiga merupakan sarana rujukan (dilakukan pada rumah sakit tipe B dan A) dari UKP strata kedua yang dituntut mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik. Oleh karena itu, dalam menghadapi persaingan global, UKP strata ketiga perlu dilengkapi dengan beberapa pusat pelayanan unggulan nasional seperti jantung, kanker, dan penanganan stroke.

Upaya kesehatan perorangan dapat berjalan dengan baik apabila sistem rujukan baik vertikal maupun horizontal juga berjalan dengan baik. Menurut data Sjaaf (2008) sistem rujukan vertikal antar strata (ke atas dan ke bawah) untuk *provider* milik publik berjalan cukup baik, kecuali rujukan dari bawah RS provinsi dan rujukan ke atas RS kabupaten/kota yang lebih tinggi 2 kali dari rata-rata. Dilihat dari kelas rumah sakit, secara sistem umum rujukan juga berjalan cukup baik kecuali rujukan dari puskesmas yang langsung ke rumah sakit kelas A cukup tinggi (80 persen). Yang belum berjalan dengan baik adalah dokter keluarga yang kurang berkembang.

Tabel 3.10 Jumlah rujukan antar rumah sakit²⁴

Kelas RSU	Rujukan dari Bawah								Dirujuk Keatas					
	Dari Puskesmas		Dari RS Lain		Dari Fasilitas Kesehatan		persen Rujuk.thd Pengunjung		Pasien Rujukan		Pasien Non Rujukan		persen Rujuk.thd Pengunjung	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Kls A	207.377	80,3	11.329	4,4	39.691	15,4	258.397	28,9						
Kls B	1.378.915	89,6	38.465	2,5	121.751	7,9	1.539.131	31,7	63.646	73,7	22.711	26,3		1,8
Kls C	908.935	89,9	7.166	0,7	94.996	9,4	1.011.097	23,0	14.492	58,2	10.394	41,8		0,6
Kls D	9.980	90,9	157	1,4	848	7,7	10.985	3,3	1.111	48,5	1.179	51,5	2.290	0,7
Total	2.505.207	88,9	57.117	2,0	257.286	9,1	2.819.610	26,9	79.249	69,8	34.284	30,2	113.533	1,1

Jika dilihat dari status kepemilikan, jumlah rumah sakit swasta lebih sedikit yaitu 638 rumah sakit (49,4 persen) di banding RS pemerintah (milik Departemen Kesehatan, BUMN, Pemda dan TNI/POLRI) dengan jumlah tempat tidur sebanyak 51.475 (37,2 persen) tempat tidur. Namun jika dibandingkan dengan RS milik Departemen Kesehatan dan Pemda, jumlah rumah sakit nya lebih banyak walaupun jumlah tempat tidurnya lebih sedikit (artinya ukuran rumah sakitnya secara rata-rata relatif lebih kecil). Provinsi dengan RS swasta paling banyak adalah DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur. Sedangkan di Kalimantan Tengah, Gorontalo dan Maluku Utara tidak ada rumah sakit swasta.

²⁴ Amal Sjaaf, disampaikan pada Diskusi Background Study Seri 3 pada 17 Juni 2008 di Jakarta

Berkaitan dengan peran swasta, RS swasta profit cenderung untuk memberikan layanan kesehatan perorangan (diagnostik dan terapi) kepada penderita dengan kemampuan membayar tinggi. Rujukan penderita dengan kemampuan membayar tinggi dapat juga terjadi dari RS pemerintah ke RS swasta profit dan non profit, terutama terjadi di RS pemerintah dari kelas yang lebih rendah ke yang lebih tinggi baik untuk diagnostik dan terapi. Sementara dalam pelayanan rujukan, RS swasta profit cenderung merujuk penderita dengan kemampuan membayar rendah ke RS swasta non profit dan RS pemerintah. Sementara itu rujukan kebawah dari rumah sakit yang kelasnya lebih tinggi bagi penderita untuk perawatan lanjutan di rumah sakit yang kelasnya lebih rendah, relatif sulit dapat dilakukan dengan baik. Untuk memperbaiki sistem rujukan ini, diperlukan suatu peraturan perundangan tentang sistem rujukan penderita berbasis kebutuhan medik dan harus non-diskriminatif.

Pelayanan Kesehatan Bagi Penduduk Miskin

Kelompok miskin pada umumnya mempunyai status kesehatan yang lebih rendah dibandingkan dengan status kesehatan rata-rata penduduk. Rendahnya status kesehatan penduduk miskin terutama disebabkan oleh terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan karena kendala geografis dan kendala biaya (*cost barrier*). Data SDKI 2002-2003 menunjukkan bahwa sebagian besar (48,7 persen) masalah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan adalah karena kendala biaya, jarak dan transportasi. Utilisasi rumah sakit masih didominasi oleh golongan mampu, sedang masyarakat miskin cenderung memanfaatkan pelayanan di puskesmas. Demikian juga persalinan oleh tenaga kesehatan pada penduduk miskin, hanya 39,1 persen dibanding 82,3 persen pada penduduk kaya. Penduduk miskin belum terjangkau oleh sistem jaminan/asuransi kesehatan. Asuransi kesehatan sebagai suatu bentuk sistem jaminan sosial hanya menjangkau 18,74 persen (2001) penduduk, yang sebagian besar di antaranya adalah pegawai negeri dan penduduk mampu. Walaupun Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) telah ditetapkan, pengalaman *managed care* di berbagai wilayah menunjukkan bahwa keterjangkauan penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan belum cukup terjamin.

Sejak tahun 2005 pemerintah telah melakukan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPK-MM), yaitu pelayanan kesehatan kepada penduduk miskin melalui asuransi kesehatan. Melalui program JPK-MM seluruh penduduk miskin dapat memperoleh pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya serta di rumah sakit di ruang rawat kelas III secara gratis. Upaya pelayanan kesehatan ini terus disempurnakan baik dalam manajemen pengelolaannya, mencakup sistem pemantauan dan *safe guarding*, maupun ketepatan dalam penetapan target sasaran.

Cakupan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin dan kurang mampu melalui program jaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin (JPK-MM)/Askeskin terus meningkat yaitu dari 36,4 juta orang (2005) menjadi 76,4 juta

orang (2007). Indikator pencapaian program JPK-MM dapat dilihat seperti utilisasi (*visit rate*) pelayanan, cakupan pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir. Pada tahun 2006 jumlah kunjungan rawat jalan tingkat pertama di puskesmas mencapai 109.859 kunjungan, kunjungan rawat jalan tingkat lanjut di rumah sakit mencapai 6.918.379 kunjungan, dan pemanfaatan rawat inap tingkat lanjut di rumah sakit kelas III mencapai 1.580.135. Di samping itu, penduduk miskin juga sudah mendapat pelayanan kasus khusus seperti pertolongan persalinan sebanyak 501.622 orang, hemodialisa sebanyak 5.418 orang, operasi jantung sebanyak 2.950 orang, dan operasi *caesar* terhadap 7.141 orang. Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin terus dilanjutkan untuk meningkatkan akses penduduk miskin dan kurang mampu terhadap pelayanan kesehatan dasar di puskesmas maupun di rumah sakit. Sejalan dengan itu, penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dasar terutama di daerah tertinggal, terpencil, daerah perbatasan, dan daerah bencana perlu terus ditingkatkan.

Walaupun pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin telah tersedia, namun belum semua penduduk miskin memanfaatkan pelayanan ini, karena tidak mampu menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan akibat kendala biaya, jarak dan transportasi. Permasalahan lain berkaitan dengan distribusi kartu miskin, penyalahgunaan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) oleh orang yang tidak berhak, ketiadaan obat dalam pelayanan kesehatan, kelancaran pembayaran klaim serta adanya selisih tarif.

Pembiayaan kesehatan keluarga miskin di unit pelayanan kesehatan pemerintah dilaksanakan secara langsung melalui anggaran belanja. Pembiayaan kesehatan perorangan keluarga miskin lebih ditekankan kepada upaya kesehatan strata pertama, sedangkan upaya kesehatan strata 2 dan 3 dilaksanakan berdasarkan mekanisme rujukan. Pembiayaan kesehatan keluarga miskin di unit pelayanan kesehatan perorangan swasta/masyarakat dilaksanakan melalui mekanisme jaminan pelayanan kesehatan terutama sejak tahun 2005 yaitu dengan adanya Askeskin. Di beberapa daerah cakupan, pelayanan kepada penduduk bukan miskin juga di cakup oleh program asuransi kesehatan setempat seperti di Jembrana, dan provinsi DI Yogyakarta.

Akhir-akhir ini juga muncul wacana agar seluruh penduduk mendapatkan pelayanan UKP di ruang rawat kelas III rumah sakit secara gratis baik penduduk miskin ataupun tidak. Upaya ini dimaksudkan untuk memperluas cakupan jaminan pelayanan kesehatan dan memudahkan dalam pengelolaan klaim rumah sakit, karena rumah sakit tidak dituntut untuk membuktikan bahwa klaim yang diajukan adalah untuk penduduk miskin. Namun wacana ini juga mendapat tantangan antara lain karena masyarakat masih mampu untuk membayar premi (termasuk penduduk miskin) untuk pelayanan kesehatan di rumah sakit sehingga penggratisan ini dinilai tidak mendidik masyarakat untuk mau dan mampu hidup sehat.

B.2. Pembiayaan Kesehatan

Anggaran Pembangunan Kesehatan

Sejak tahun 2001, kemampuan pemerintah dalam pembiayaan sektor (*fiscal space*) terus mengalami peningkatan antara lain karena pertumbuhan ekonomi, turunnya beban pembayaran utang dan pengurangan subsidi (terutama BBM). Peningkatan kemampuan ini juga terrefleksi pada meningkatnya anggaran pemerintah untuk berbagai sektor termasuk sektor kesehatan. Ke depan, diperkirakan *fiscal space* terus mengalami peningkatan antara lain karena skema pengurangan subsidi BBM dan meningkatnya PDB.

Kondisi ekonomi makro dan stabilitas politik yang terjaga dengan baik menjadi salah satu sebab meningkatnya ketahanan fiskal. Pendapatan negara dan hibah tahun 2007 mencapai Rp 708,5 trilyun atau naik 11,1 persen dari tahun 2006, sedangkan pengeluaran menjadi Rp 757,2 trilyun atau meningkat 13,5 persen. Pertumbuhan ekonomi pada tahun 2007 mencapai 6,3 persen dan pada tahun 2008 diperkirakan tidak jauh berbeda. Belanja dalam APBN pada tahun 2008 sebesar Rp 989,5 trilyun dan pada tahun 2009 menurut nota keuangan RAPBN menjadi lebih dari Rp 1.000 trilyun. Angka ini merupakan yang tertinggi dari anggaran negara Indonesia yang pernah ada.

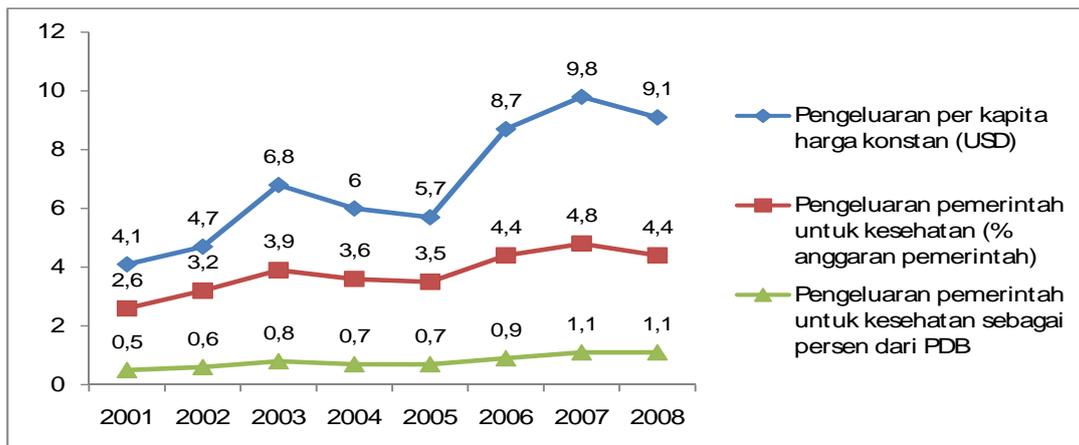
Tabel 3. 11 Tren Produk Domestik Bruto (PDB) dan Anggaran Belanja dalam APBN

	Jumlah (trilyun rupiah)				
	2004	2005	2006	2007	2008
PDB	2.262	2.785	3.338	3.957	4.484
Belanja APBN	427,2	509,6	667,1	757,6	989,5

Pengeluaran kesehatan total di Indonesia meningkat 80 persen antara tahun 2001-2004 yaitu sebesar Rp 9,3 T menjadi Rp 16,7 T. Pada periode 2004-2008 pengeluaran ini mengalami peningkatan lebih tinggi yaitu sebesar 140 persen. Peningkatan ini antara lain didorong oleh pengeluaran pemerintah (*public health expenditure*) yang juga terus meningkat misalnya dilihat dari persentase terhadap APBN. Dibandingkan dengan ukuran ekonomi nasional pengeluaran pemerintah terhadap kesehatan juga relatif meningkat dan mencapai di atas satu persen dari PDB. Dari sisi kementerian/lembaga proporsi anggaran untuk Departemen Kesehatan juga cukup besar, yaitu 6,9 persen dari seluruh anggaran kementerian dan lembaga dan termasuk tinggi bersama sektor pendidikan, infrastruktur dan pertahanan dan keamanan²⁵.

²⁵ Wismana A. Suryabrata, disampaikan pada Diskusi Background Study Seri 2, 29 April 2008, di Jakarta

Gambar 3. 19. Kecenderungan pengeluaran kesehatan total dan pemerintah di Indonesia



Sumber: World Bank 2008a

Rencana pemenuhan anggaran pendidikan sebesar 20 persen dari APBN pada tahun 2009 juga berdampak pada meningkatnya anggaran sektor kesehatan, khususnya untuk program yang terkait dengan sub fungsi pendidikan tinggi. Anggaran ini dimanfaatkan untuk peningkatan mutu pendidikan seperti politeknik kesehatan, pendidikan dokter spesialis dan kebidanan. Ke depan jika penerapan anggaran 20 persen terus dianggarkan diperkirakan anggaran pendidikan tinggi bidang kesehatan juga akan meningkat.

Dari sisi nominal anggaran pemerintah pusat untuk sektor kesehatan meningkat dari Rp 9,3 T (2001) menjadi Rp 14 T (2004) atau meningkat sebesar 50 persen. Pada periode berikutnya peningkatan ini semakin besar yaitu menjadi Rp 23,2 T pada tahun 2007 atau meningkat 66 persen (World Bank 2008a). Secara riil (harga konstan tahun 2000) peningkatan kesehatan secara nasional meningkat hampir dua kali lipat pada periode 2004-2008. Anggaran Departemen Kesehatan sebagai penyumbang terbesar pembiayaan kesehatan pemerintah pusat juga mengalami peningkatan signifikan. Anggaran Departemen Kesehatan meningkat lebih 74 persen antara tahun 2004-2009 dari Rp 11,1 menjadi Rp 19,3 T²⁶.

Tabel 3.12 Kecenderungan pembiayaan publik untuk kesehatan 2001-2008 di Indonesia

Rp triliun

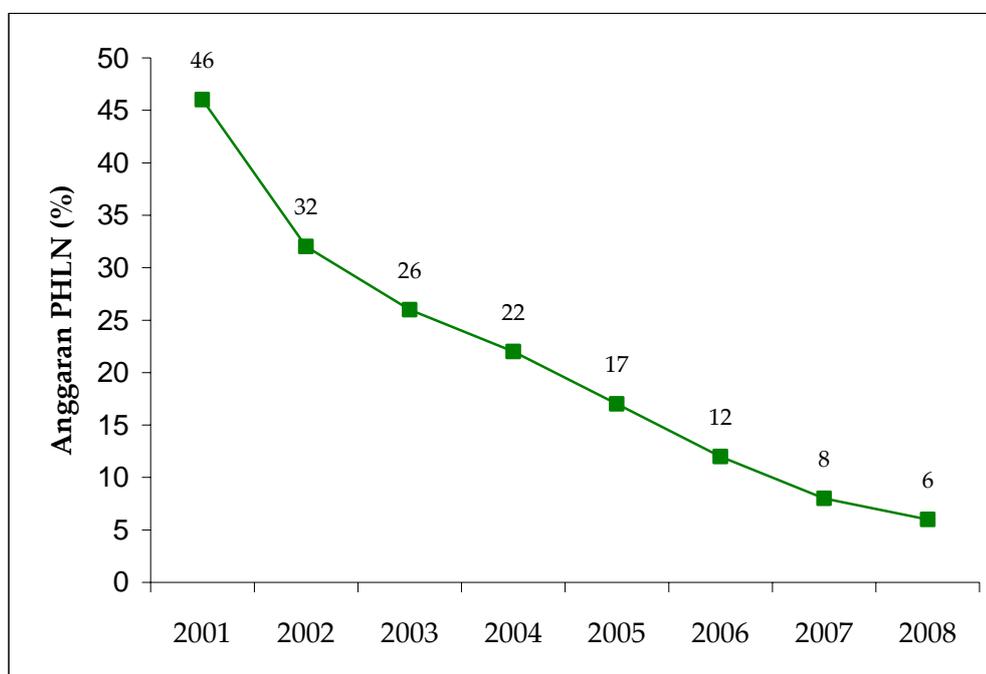
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Pengeluaran kesehatan nasional nominal	9,3	11,0	16,0	16,7	19,1	31,2	39,0	39,7
Pengeluaran kesehatan nasional (harga konstan th 2000)	8,3	8,8	12,1	11,8	12,2	18,0	20,9	20,3
Pengeluaran per kapita harga konstan (USD)	4,1	4,7	6,8	6,0	5,7	8,7	9,8	9,1
Pertumbuhan tahunan pengeluaran kesehatan nasional (persen)	42,8	19,0	45,8	4,1	14,4	63,3	24,9	1,8
Pengeluaran pemerintah untuk kesehatan (persen anggaran pemerintah)	2,6	3,2	3,9	3,6	3,5	4,4	4,8	4,4
Pengeluaran pemerintah untuk kesehatan sebagai persen dari PDB	0,5	0,6	0,8	0,7	0,7	0,9	1,1	1,1

Sumber: World Bank 2008a

²⁶ Anggaran Rp 19,3 T adalah angka RAPBN dan kemungkinan bertambah Rp 1,7 T sebagai dampak pemenuhan anggaran sebesar 20 persen APBN.

Sisi positif dari kenaikan ini tidak diikuti oleh kenaikan porsi pembiayaan yang berasal dari sumber pinjaman dan hibah luar negeri (PHLN), yang justru secara proporsi terus menurun. Jika pada tahun 2000, dana APBN yang dibiayai dari sumber PHLN mencapai 52 persen, maka proporsi ini terus menurun dan pada tahun 2008 menjadi 8 persen. Sebenarnya jumlah nominal PHLN relatif tetap, namun karena dana APBN secara total meningkat, maka kontribusi PHLN pun semakin mengecil. Penurunan ini sesuai sejalan dengan target RPJMN 2004-2009 yang akan terus menurunkan persentasi hutun luar negeri. Yang perlu mendapat perhatian adalah beberapa program prioritas pembangunan kesehatan seperti penanggulangan TB dan HIV/AIDS yang masih sangat tergantung dari PHLN, dan porsi APBN murni yang relatif kecil.

Gambar 3.20. Kontribusi pembiayaan PHLN dalam Anggaran Departemen Kesehatan (persen)



Sumber: Depkes

Walaupun terjadi peningkatan anggaran kesehatan, namun pembiayaan kesehatan tersebut masih belum memadai apabila dibandingkan dengan konteks regional dan permasalahan yang dihadapi. Pengeluaran kesehatan pemerintah masih jauh lebih kecil dari pengeluaran non pemerintah (*swasta, out of pocket, asuransi*), dan pada tahun 2005 baru mencapai 36 persen dari total belanja kesehatan. Angka ini belum beranjak naik dibandingkan dengan tahun 2002 sebesar 38,7 persen dan tahun 2004 sebesar 38,4 persen. Jika dibandingkan dengan kontribusi pemerintah di negara-negara ASEAN yang mencapai 40-78 persen, kontribusi pengeluaran pemerintah ini jelas lebih kecil. (Bappenas, 2008).

Pengeluaran kesehatan total (*total health expenditure*) dan pengeluaran kesehatan oleh pemerintah (*public health expenditure*) relatif terhadap Produk Domestik Bruto (PDB) lebih rendah dibanding dengan Vietnam, Laos, dan Kamboja. Persentase pendapatan pemerintah terhadap PDB lebih besar dari Cina, Kamboja dan Filipina, tetapi persentase pengeluaran pemerintah untuk kesehatan justru lebih kecil (World Bank 2008a). Perbedaan pengeluaran dalam konteks regional ini semakin nyata apabila dilihat dari besaran permasalahan kesehatan seperti kematian ibu, kematian bayi dan kekurangan gizi di Indonesia yang jauh lebih besar dibandingkan dengan negara-negara ASEAN tersebut.

Tabel 3. 13 Gambaran Belanja Kesehatan Indonesia & negara Asean Lainnya

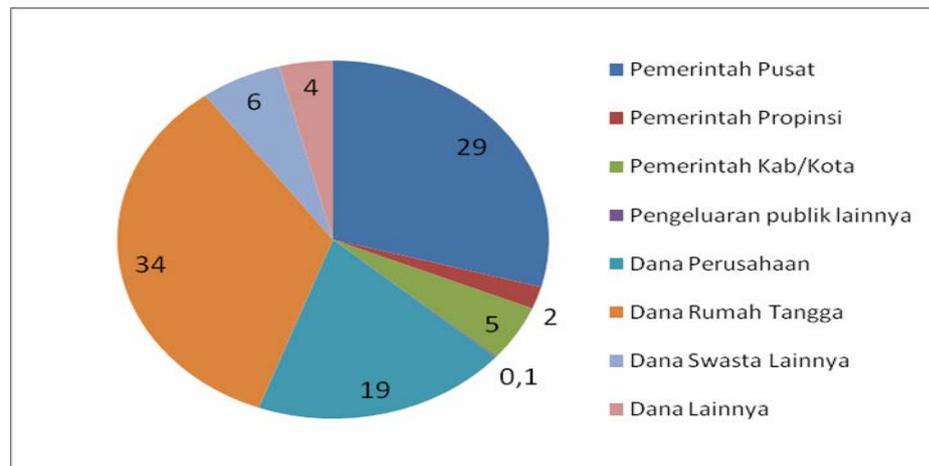
Negara	Belanja Kesehatan per kapita (USD)	Total belanja kesehatan terhadap GDP (USD)	Persentase belanja kesehatan pemerintah	Persentase belanja kesehatan non pemerintah
Brunei Darussalam	430	3,5	78,2	21,8
Kamboja	32	12	17,1	82,9
Indonesia	26	3,2	36	64
Malaysia	149	3,8	53,8	46,2
Myanmar	315	2,2	18,5	81,5
Filipina	28	2,9	39,1	60,9
Singapura	898	4,3	30,9	69,1
Thailand	90	4,4	69,7	30,3
Vietnam	23	5,2	29,3	70,8

Sumber: WHO Report 2005

Pembiayaan Pemerintah Pusat dan Daerah

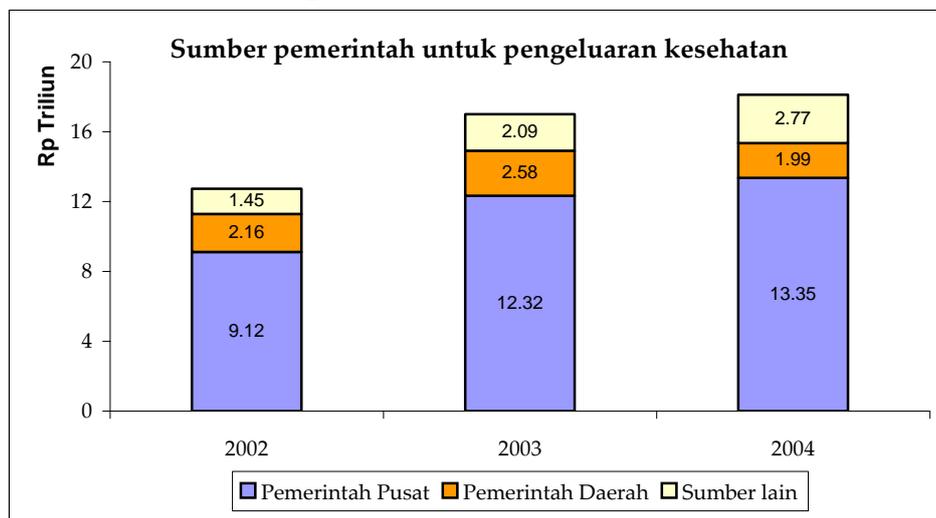
Jika dilihat dari sumber (*agent*) pengeluaran kesehatan, maka pada tahun 2004, sebanyak 34 persen pengeluaran bersumber dari masyarakat (*out of pocket expenditure*), diikuti oleh pengeluaran pemerintah pusat sebesar 29 persen dan dana dari perusahaan sebesar 19 persen. Pada masa 2006-2008 diperkirakan peran pembiayaan pemerintah terus meningkat dengan semakin meningkatnya anggaran pembangunan untuk kesehatan, termasuk meningkatnya secara signifikan pembiayaan pemerintah untuk masyarakat miskin melalui upaya Asuransi Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (Askeskin).

Gambar 3. 21. Sumber Pembiayaan Kesehatan di Indonesia tahun 2004



Selama periode 2002-2004 sumber pengeluaran kesehatan dari pemerintah untuk kesehatan didominasi oleh pengeluaran di level tingkat pusat, bahkan dengan kecenderungan meningkat dari 72 persen menjadi 74 persen, sementara pengeluaran pemerintah provinsi dan kabupaten proporsinya menurun dari 17 menjadi 11 persen²⁷. Setelah periode tersebut, kecenderungan ini diperkirakan masih terus berlangsung. Hal ini diindikasikan dengan terus meningkatnya anggaran di Departemen Kesehatan dan DAK bidang kesehatan.

Gambar 3. 22. Sumber pembiayaan kesehatan pemerintah menurut tingkatan administrasi pemerintahan²⁸

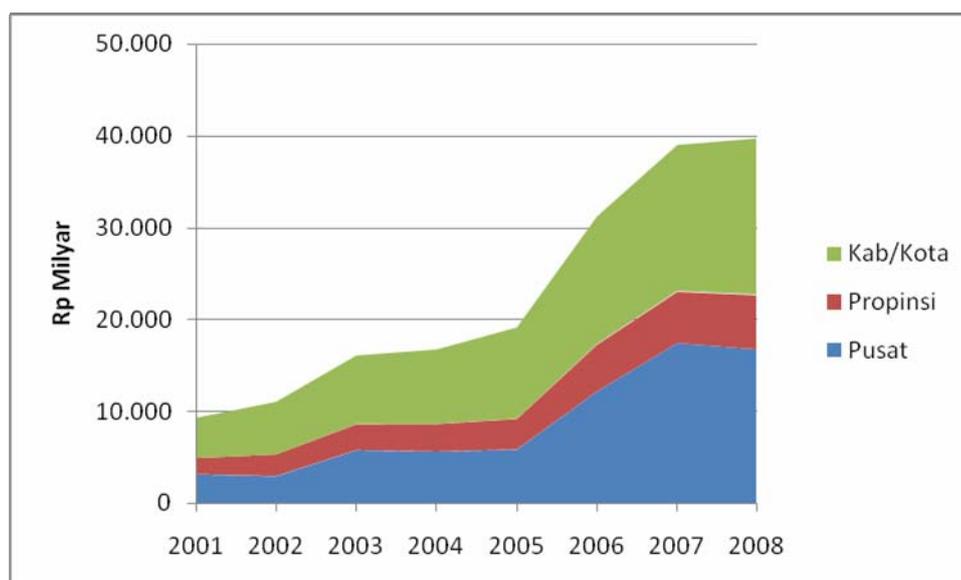


²⁷ Tim NHA FKM UI, dipresentasikan pada Diskusi IAKMI di Jakarta 18 April 2008. Merupakan laporan dari penyusunan National Health Account (NHA) 2002-2004

²⁸ *Ibid*

Jika di lihat dari *agent* yang membelanjakan anggaran kesehatan pemerintah, maka secara konsisten dapat terlihat bahwa sebagian besar dana (dalam kisaran 50 persen) dana dikelola dan dibelanjakan oleh pemerintah kabupaten/kota, sekitar 30 persen oleh pemerintah tingkat provinsi dan sisanya 20 persen oleh pemerintah pusat. Dengan demikian telah terjadi transfer dana yang cukup besar dari pusat ke provinsi dan kabupaten kota untuk pembiayaan kesehatan antara lain melalui mekanisme dana dekonsentrasi, dana pembantuan dan dana alokasi khusus. Walaupun demikian, mulai tahun 2006, terjadi peningkatan proporsi anggaran kesehatan yang dikelola oleh pemerintah pusat, terutama sejak meningkatnya belanja sosial untuk asuransi bagi penduduk miskin yang dikelola sepenuhnya oleh Departemen Kesehatan. Pada tahun 2008 pembelanjaan di tingkat provinsi menurun dari menjadi 14 persen, kabupaten/kota menurun menjadi 43 persen dan pusat meningkat menjadi 42 persen (World Bank 2008a).

Gambar 3. 23. Trend pengeluaran kesehatan menurut tingkat pemerintahan



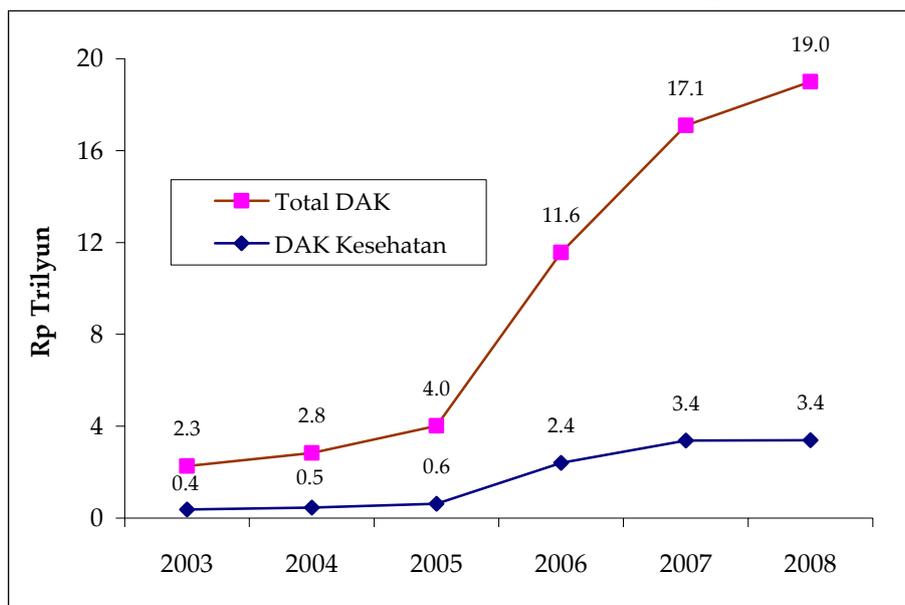
Sumber: World Bank 2008a

Dana Alokasi Khusus

Dana Alokasi Khusus (DAK) merupakan suatu mekanisme transfer dana dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah (kabupaten/kota) sebagai sebuah upaya untuk membantu daerah yang secara fiskal kurang mampu untuk melaksanakan urusannya. Anggaran ini merupakan ditransfer oleh Departemen Keuangan ke daerah, sehingga merupakan tambahan (*on top*) dari dana sektor kesehatan yang sudah ada. DAK bidang kesehatan digunakan terutama untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dasar dan hingga tahun 2009 digunakan

untuk peningkatan sarana dan perlengkapan puskesmas dan jaringannya. Jumlah DAK bidang kesehatan terus meningkat dari Rp 0,38 Trilyun rupiah (2003) menjadi Rp 3,4 Trilyun rupiah (2008). Jumlah ini diperkirakan akan terus meningkat karena menurut Undang-Undang No 17 tahun 2003 tentang Keuangan, anggaran kementerian/lembaga melalui dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan akan dikurangi dan dialihkan ke DAK.

Gambar 3. 24. Alokasi DAK Total dan DAK bidang Kesehatan



Sumber: Bappenas

Menurut Petunjuk Teknis, DAK kesehatan dapat digunakan untuk pengadaan fisik dan peralatan pelayanan kesehatan dasar. Dibandingkan anggaran kesehatan secara keseluruhan, alokasi DAK relatif tidak terlalu besar karena tersebar ke banyak kabupaten/kota. Walaupun demikian DAK cukup membantu penganggaran kesehatan karena pada umumnya anggaran kesehatan yang bersumber dari APBD relatif kecil. Selain itu ketentuan bahwa DAK harus digunakan untuk intervensi yang telah ditetapkan (misalnya tahun 2008 DAK untuk pembangunan dan peralatan puskesmas dan jaringannya, Rumah Sakit kelas III, dan Unit Transfusi Darah), berimplikasi pada meningkatnya dana untuk pelayanan kesehatan dasar secara lebih terencana.

Di sisi lain dengan luasnya cakupan wilayah DAK, aturan penggunaan DAK yang berlaku untuk seluruh daerah, menyebabkan penggunaan DAK tidak cukup fleksibel untuk menjawab permasalahan pelayanan kesehatan dasar sesuai dengan kondisi lokal. Di beberapa daerah dengan fasilitas pelayanan kesehatan dasar yang cukup baik seperti DI Yogyakarta, sesuai dengan aturan DAK tetap harus digunakan untuk pembiayaan sarana dan peralatan yang tidak dibutuhkan. Bupati Bantul

pernah mengusulkan penggunaan DAK untuk promosi kesehatan, karena fasilitas puskesmas dan jaringannya sudah cukup baik. Sementara itu di daerah-daerah dengan fasilitas pelayanan kesehatan dasar yang belum memadai, DAK ini sangat membantu. Dengan terus berjalannya DAK, maka secara bertahap fasilitas puskesmas dan jaringannya akan mencukupi, oleh karena itu perlu di kaji kembali kerangka waktu penggunaan DAK untuk kegiatan lain.

Permasalahan lain yang dijumpai dalam pelaksanaan DAK di lapangan adalah kewajiban menyediakan dana pendamping. Beberapa kabupaten/kota memandang DAK ini sebagai substitusi bagi anggaran kesehatan yang telah dianggarkan oleh kabupaten/kota. Akibatnya, penambahan anggaran DAK, tidak menambah jumlah anggaran kesehatan pemerintah di kabupaten/kota dan pada saat yang sama menyebabkan pilihan untuk alokasi dana kesehatan menjadi terbatas (dana harus di alokasikan untuk dana pendamping DAK). Permasalahan lain adalah seringnya keterlambatan penerbitan petunjuk pelaksanaan penggunaan dana DAK yang mengakibatkan terhambatnya penyerapan dana .

Jaminan Pelayanan Kesehatan

Undang-Undang No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dimaksudkan untuk memberikan payung hukum pengembangan jaminan kesehatan, kecelakaan kerja, hari tua, pensiun, dan jaminan kematian. UU ini membuat *platform* yang sama bagi seluruh lapisan masyarakat baik pegawai negeri, pegawai swasta, maupun pekerja di sektor informal dalam menghadapi risiko sosial ekonomi di masa depan. Jaminan yang diberikan harus berskala nasional, untuk menjamin bahwa seluruh penduduk Indonesia dapat mendapatkan layanan ini di seluruh wilayah Indonesia. UU SJSN menggariskan penyelenggaraan jaminan/asuransi kesehatan bagi seluruh rakyat, atau Asuransi Kesehatan Nasional yang memberikan jaminan kesehatan yang sama antara pegawai swasta, pegawai negeri maupun pekerja sektor informal beserta seluruh anggota keluarganya.

Walaupun demikian, asuransi kesehatan nasional belum dilaksanakan. Untuk itu diperlukan reformasi terhadap sistem jaminan sosial yang ada yaitu Askes, Jamsostek, Taspen dan ASABRI, karena sistem yang ada belum dapat memberikan pelayanan yang maksimal karena rendahnya kepesertaan, keterbatasan pelayanan dan pengelolaan yang belum optimal. Sistem jaminan yang ada baik yang dilakukan oleh masyarakat dan pemerintah daerah, termasuk pemberian kesehatan gratis, masih sangat beragam dalam berbagai segi perlu segera ditata dengan berbagai peraturan-peraturan perundangan.

Secara teoritis, jika semua sistem asuransi yang ada berjalan, maka 48,7 persen atau 102,4 juta penduduk Indonesia tercakup oleh jaminan pelayanan kesehatan yaitu Jamsostek 2,9 juta, Asuransi Swasta 5 juta, Asuransi ABRI 2 juta, dan Jamkesmas 76,4 juta. Namun menurut Susenas tahun 2006, penduduk yang tercakup dalam Jaminan Pelayanan Kesehatan hanya 27 persen. Jamsostek, asuransi swasta komersial, dan jaminan kesehatan oleh masyarakat, relatif tidak meningkat secara signifikan dibanding Jamkesmas dan Askes. Sementara Jamkesmas belum seluruhnya menjangkau penduduk miskin karena lemahnya distribusi kartu asuransi. Jamsostek diperkirakan baru mencakup 14 persen target pekerja. Permasalahan pada Jamsostek adalah keterbatasan pelayanan kesehatan (tidak mencakup masalah kesehatan yang bersifat katastrofik), keterbatasan *provider*, dan sifatnya yang tidak wajib. Jaminan pembiayaan kesehatan oleh masyarakat relatif kecil kontribusinya secara nasional. Beberapa skema seperti Dana Sehat dan Tabulin (tabungan bagi ibu bersalin) tidak berkembang dengan baik karena *coverage* pelayanannya yang sangat terbatas serta kepesertaan yang sangat sedikit sehingga prinsip *risk pooling* tidak terpenuhi dengan baik.

Di tingkat kabupaten/kota pengembangan sistem pembiayaan kesehatan oleh Pemda terbagi menjadi dua yaitu jaminan atau asuransi kesehatan dan pelayanan kesehatan gratis. Hingga saat ini terdapat 16 kabupaten/kota yang sudah menerapkan sistem jaminan kesehatan dan 10 kabupaten/kota yang menerapkan sistem pelayanan gratis (Gani, et. al 2007). Sistem ini sebenarnya mampu meningkatkan *contact rate* penduduk ke fasilitas kesehatan terutama puskesmas dan meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan. Akan tetapi sebagian besar dari sistem ini belum mempunyai status hukum yang cukup kuat dan pengelolaan yang belum memadai seperti pada penghitungan premi, klaim, verifikasi serta belum adanya standar pelayanan atau *clinical pathway*. Di beberapa daerah, pelayanan kesehatan gratis telah berjalan, namun kajian terhadap belanja rumah tangga menunjukkan bahwa masyarakat mampu untuk membayar premi dalam sistem asuransi kesehatan.

Beberapa jaminan pelayanan kesehatan oleh masyarakat di tingkat kabupaten/kota dapat berkembang dengan baik dan dapat bersinergi dengan skema asuransi yang telah ada, terutama Askes dan Jamkesmas. Beberapa daerah yang dinilai cukup berhasil dalam pengembangan sistem ini antara lain adalah Kabupaten Jembrana dengan sistem yang disebut Jaminan Kesehatan Jembrana, Jaminan Kesehatan Daerah di Provinsi DI Yogyakarta dan daerah lain seperti Toba Samosir dan Kabupaten Bontang.

Box 2. Best Practice Program Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) di Kabupaten Jembrana

Kabupaten Jembrana terletak diujung barat Pulau Bali, mengandalkan pertanian, peternakan dan perikanan sebagai sumber pendapatan daerah. Kabupaten Jembrana mempunyai luas wilayah 841,80 km² dengan wilayah administratif terdiri dari 5 Kecamatan, 41 Desa, 10 Kelurahan, 209 Dusun, 35 Lingkungan, 64 Desa Adat/Desa Pekraman, 261 Banjar Adat. Jumlah penduduk tahun 2007 sebanyak 263.791 jiwa dengan kepadatan 309 jiwa/km².

Pelaksanaan pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Jembrana didasarkan pada visi Kabupaten Jembrana yaitu mewujudkan masyarakat jembrana yang sejahtera, berkeadilan, beriman dan berbudaya. Visi ini dijabarkan dalam konsep dasar pembangunan kesehatan, yaitu kesehatan merupakan kebutuhan dasar masyarakat yang menjadi tanggung jawab pemerintah meningkatkan kualitas hidup manusia. Kondisi Kabupaten Jembrana sampai tahun 2001 menunjukkan utilitas fasilitas kesehatan yang belum optimal. Di tahun 2007, setiap dokter melayani 3.300 penduduk dan setiap bidang melayani 2.519 penduduk. Rata-rata BOR kurang dari 60 persen dan kunjungan Puskesmas perhari berkisar 30-40 orang. Kartu miskin baru dimanfaatkan oleh 15-20 persen keluarga miskin.

Otonomi daerah dimanfaatkan dengan baik oleh Kabupaten Jembrana. Subsidi pemerintah di bidang kesehatan yang semula untuk obat-obatan RSUD dan puskesmas (obat-obatan khusus akan tetap dibantu pemerintah seperti untuk imunisasi, malaria, TB, DBD, Diare, Kusta, program gizi) dialihkan dan diberikan kepada masyarakat melalui lembaga asuransi yaitu Lembaga Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ). Subsidi ini diberikan kepada seluruh masyarakat dalam bentuk premi untuk biaya rawat jalan tingkat pertama (program JKJ tahap 1) di badan penyelenggara (Bapel) JKJ. Dengan subsidi premi ini, masyarakat berhak memiliki kartu keanggotaan JKJ yang dapat dimanfaatkan untuk berobat rawat jalan disemua Bapel JKJ baik milik pemerintah maupun swasta tanpa dipungut bayaran. Tahun 2006, Kabupaten Jembrana menganggarkan Rp 18.2 milyar untuk subsidi premi atau Rp 2.500 per kapita per bulan. Khusus untuk keluarga miskin dibebaskan dari seluruh biaya pengobatan dan perawatan. Khusus untuk pelayanan di bidan hanya berlaku pelayanan ANC dan KB sesuai kewenangan bidan, sedangkan untuk keluarga miskin yang melakukan persalinan di bidan swasta, akan ditanggung Rp 50 ribu sama dengan tarif pelayanan dokter/dokter gigi swasta dan puskesmas. Besarnya tarif dan obat-obatan ditentukan bersama dengan dinas kesehatan dan organisasi profesi.

Program pelaksanaan JKJ ini berdampak pada peningkatan kunjungan di Puskesmas yang juga meningkatkan penghasilan Puskesmas; kemudahan kendali dalam pendistribusian obat-obatan; peningkatan jumlah dokter swasta (tersedia di setiap desa) dan bidan swasta yang menutupi kekurangan kebutuhan dokter dan bidan; kemudahan dalam mengumpulkan data-data penyakit (baik dari fasilitas pemerintah maupun swasta); dan yang terpenting adalah terjadi penurunan kasus rawat inap di rumah sakit karena masyarakat sudah berobat sebelum sakitnya parah.

Pengembangan program JKJ berikutnya (tahap dua) adalah agar rawat inap bagi masyarakat Jembrana yang akan menjadi asuransi murni dari masyarakat. Namun demikian, kemampuan masyarakat dalam membayar premi masih menjadi pertimbangan. Replikasi program ini di daerah lain terutama dalam penyediaan dokter swasta di setiap desa masih mendapat kesulitan. Hal yang terpenting dalam pengembangan program JKJ ini adalah komitmen pemerintah daerah yang kuat agar program JKJ ini dapat tetap terlaksana.

Sebagian besar masyarakat yang mempunyai jaminan pembiayaan kesehatan adalah masyarakat miskin melalui skema Jamkesmas Departemen Kesehatan, yang dimulai tahun 2005. Jamkesmas mampu meningkatkan secara signifikan peserta jaminan pelayanan kesehatan. Pada tahun 2008 misalnya, diharapkan 76,4 juta penduduk miskin dan hampir miskin tercakup dalam skema ini, walaupun pada kenyataannya pesertanya masih lebih rendah dari target. Kepesertaan asuransi Akses juga mengalami peningkatan terutama ketika PT Askes memperluas cakupan kepada masyarakat umum (komersil), selain skema yang telah ada bagi PNS.

Keberadaan Jamkesmas, mampu mendorong peningkatan cakupan masyarakat yang mempunyai jaminan pembiayaan kesehatan menjadi 27 persen (menurut Susenas). Sebenarnya cakupan ini dapat lebih ditingkatkan secara signifikan jika melihat sasaran Jamkesmas sebesar 76,4 juta jiwa (35 persen dari jumlah penduduk). Program Jamkesmas menghadapi kendala dalam identifikasi sasaran dan pembagian kartu asuransi kepada penduduk yang, sehingga cakupannya lebih kecil dari yang diharapkan. Sebagai contoh penelitian WB menunjukkan bahwa dari target cakupan 60 juta jiwa pada tahun 2005, yang mempunyai akses terhadap kartu berobat (Askes atau SKTM) adalah 40,7 juta jiwa (Aram, 2007). Laporan Askes semester I tahun 2006²⁹ menunjukkan bahwa dari 60 juta target peserta, sampai akhir tahun 2006 baru didistribusikan 39,5 juta kartu peserta Askeskin atau 65 persen target.

Banyak pihak yang mengharapkan bahwa Jamkesmas dapat menjadi cikal bakal asuransi kesehatan nasional. Namun begitu, banyak hal dalam sistem dan pengelolaan Jamkesmas yang perlu disempurnakan. Salah satu isu yang sering dikemukakan dalam konteks efisiensi alokatif pembiayaan jaminan kesehatan adalah tingginya alokasi Jamkesmas untuk pembiayaan yang bersifat kuratif, yaitu melalui program Upaya Kesehatan Perorangan. Melalui program ini, anggaran digunakan untuk biaya rawat inap (tindakan medis dan obat) bagi pasien pemegang kartu Jamkesmas di rumah sakit. Klaim rumah sakit terhadap dana ini cenderung terus meningkat. Penyebab membengkaknya klaim ini antara lain adalah meningkatnya jumlah kunjungan dari pemegang kartu Jamkesmas, tingginya pasien dengan surat keterangan tidak mampu (SKTM), dan lemahnya verifikasi terhadap klaim rumah sakit. Pada tahun 2008 proses verifikasi klaim mulai dilakukan secara lebih independen, namun penggunaan SKTM masih marak dan jumlah pasien yang dirujuk ke rumah sakit dari puskesmas cukup tinggi.

²⁹ Laporan Penyelenggaraan Program Askeskin 2006 PT Askes, seperti dikutip oleh Hasbullah Tabrani pada Makalah Diskusi Background Study RPJM Seri 29 April 2008 di Jakarta

Tabel 3. 14 Alokasi anggaran Departemen Kesehatan untuk Askeskin

Program RPJM	Alokasi Anggaran (Rp trilyun)			
	2005	2006	2007	2008
Upaya Kesehatan Masyarakat	1,00	0,78	1,05	1,00
Upaya Kesehatan Perorangan	1,26	1,63	3,40	3,60
Total	2,26	2,42	4,45	4,60
Sasaran (jiwa)	60 juta	60 juta	76,4 juta	76,4 juta

Sementara itu, anggaran melalui program Upaya Kesehatan Masyarakat yang ditujukan bagi rawat jalan dan rawat inap tingkat I, cenderung stabil dari tahun ke tahun. Pada bagian ini permasalahan cenderung terjadi pada pemanfaatan dana. Di beberapa daerah, penggunaan dana di Puskesmas sering tidak optimal karena terkait dengan Peraturan Daerah yang menjadikan dana ini sebagai bagian dari Pendapatan Asli Daerah (PAD). Hal ini dimungkinkan dengan adanya peraturan Menteri Dalam negeri yang mengharuskan setiap dana yang masuk ke daerah menjadi bagian dari PAD. Dengan ketentuan ini, dana yang disalurkan dari pusat ke Puskesmas tidak dapat langsung digunakan, tetapi harus ditransfer ke Dinas Kesehatan untuk kemudian dimasukkan ke Dinas Pendapatan Daerah sebelum disalurkan kembali ke Puskesmas. Mekanisme ini menyebabkan keterlambatan pemanfaatan dana dan Puskesmas mengalami kesulitan dalam penyediaan dana operasional Puskesmas.

Efisiensi Penggunaan Dana

Pada umumnya realisasi penggunaan dana APBN maupun APBD lebih rendah dari alokasi anggaran. Kecenderungan ini terjadi di seluruh sektor pembangunan termasuk kesehatan. Kesenjangan antara alokasi dana pada APBN-Perubahan (APBN-P) dan realisasi seluruh sektor menunjukkan peningkatan dari 1,0 persen menjadi 2,2 persen dari PDB antara tahun 2001-2005. (World Bank, 2008a). Di tingkat lokal, tidak digunakannya alokasi untuk dana pembangunan dapat dilihat dari peningkatan DAU (Dana Alokasi Umum) yang disimpan di bank sebagai deposit. Pada Agustus 2006, total deposit dari Pemda tersebut mencapai Rp 97 trilyun, atau sebesar 2,9 persen dari PDB (World Bank, 2008a)

Tabel 3.15 Alokasi Departemen Kesehatan menurut fungsi Kuratif, Preventif dan Penunjang tahun 2006³⁰

Program	Kuratif	Preventif	Penunjang
Upaya Kesehatan Perorangan (termasuk program Askeskin di Puskesmas)	Rp 3,6 T (27 persen)		
Promkes, Lingkungan sehat, Kesehatan Masyarakat, Pencegahan dan pemberantasan penyakit, gizi		Rp 5,9 T (44 persen)	
SDK, Obat dan perbekalan, Kebijakan & menegement, Litbang, Apartur, Kepemimpinan, kedinasan			Rp 3,9 T (29 persen)

Sumber: Depkes 2006, di olah

Anggaran di sektor kesehatan yang tidak terealisasi juga cukup besar. Sebagai contoh anggaran untuk Departemen Kesehatan dalam APBN yang dapat direalisasikan hingga akhir tahun pada tahun 2007 sebesar 82,1 persen. Artinya sekitar seperlima anggaran yang telah dialokasikan tidak dapat dibelanjakan sesuai dengan perencanaan. (lihat tabel). Lebih-lebih lagi sebageaian besar anggaran yang tidak diserap adalah anggaran belanja tidak mengikat (atau dana pembangunan) yang digunakan untuk proyek-proyek pembangunan di luar pengeluaran gaji dan operasional.

Tabel 3. 16 Alokasi dan realisasi anggaran Departemen Kesehatan dalam APBN

Program	2005			2006			2007		
	Alokasi	Realisasi	%	Alokasi	Realisasi	%	Alokasi	Realisasi	%
Peningkatan pengawasan dan akuntabilitas aparatur negara	20	18	91,1	43	36	83,5	32	26	80,0
Pengelolaan sumber daya manusia aparatur	12	10	89,9	27	21	79,2	21	20	95,6
Lingkungan sehat	283	243	86,0	433	382	88,1	401	192	48,0
Obat dan perbekalanan kesehatan	151	133	88,4	643	632	98,4	966	633	65,5
Upaya kesehatan perorangan	3.866	2.393	61,9	4.626	4.273	92,4	9.072	7.684	84,7
Promosi kesehatan dan	29	26	91,5	142	112	79,0	190	145	76,3

³⁰ Asumsi penggolongan fungsi adalah berdasarkan nama program, dan tidak menurut kegiatan dalam program tersebut, sehingga penggolongan fungsi kuratif dan preventif belum tentu tepat. Misalnya dalam program obat dan perbekalan juga terdapat kegiatan yang bersifat promotif, dan pada program pemberantasan penyakit juga meliputi pengobatan (kuratif)

Program	2005			2006			2007		
	Alokasi	Realisasi	%	Alokasi	Realisasi	%	Alokasi	Realisasi	%
pemberdayaan masyarakat									
Upaya kesehatan masyarakat	3.359	2.647	78,8	2.515	2.125	84,5	2.431	1.872	78,0
Pencegahan dan pemberantasan penyakit	853	573	67,2	1.649	1.418	86,0	1.081	885	81,9
Perbaikan gizi masyarakat	179	156	87,5	590	493	83,6	478	358	75,0
Penelitian dan pengembangan kesehatan	74	65	87,5	174	143	82,3	226	198	87,3
Sumber daya kesehatan	157	126	80,2	930	763	82,0	771	622	80,7
Kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan	1.098	900	82,0	1.156	1.005	86,9	643	614	95,5
Pendidikan kedinasan	250	225	90,1	15	12	80,7	15	13	90,9
Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan	814	745	91,5	1.041	858	82,5	2.426	1.954	80,6
Total	11.144	8.262	74,1	13.983	12.273	87,8	18.754	15.217	81,1

Sumber: Bappenas

Tidak terserapnya anggaran ini merupakan permasalahan kronis yang terus terjadi walaupun telah dilakukan berbagai reformasi dibidang keuangan negara. Beberapa penyebabnya adalah keterlambatan ditetapkannya DIPA yang menyebabkan dana yang terealisasi pada umumnya dilaksanakan pada semester kedua atau bahkan triwulan ke empat tahun anggaran. Hal ini mengakibatkan kualitas dari program dan kegiatan yang telah dilaksanakan menurun.

Tabel 3.17. Penyerapan Anggaran beberapa program pembangunan kesehatan di Departemen Kesehatan

Fungsi	Realisasi (persen)	Kontribusi terhadap realisasi total (persen)
Obat dan Perbekalan	91	5,4
Kesehatan perorangan	75	35,7
Kesehatan masyarakat	71	34,9
Penelitian	82	1,3

Sumber: Depkes dalam World Bank, 2008a

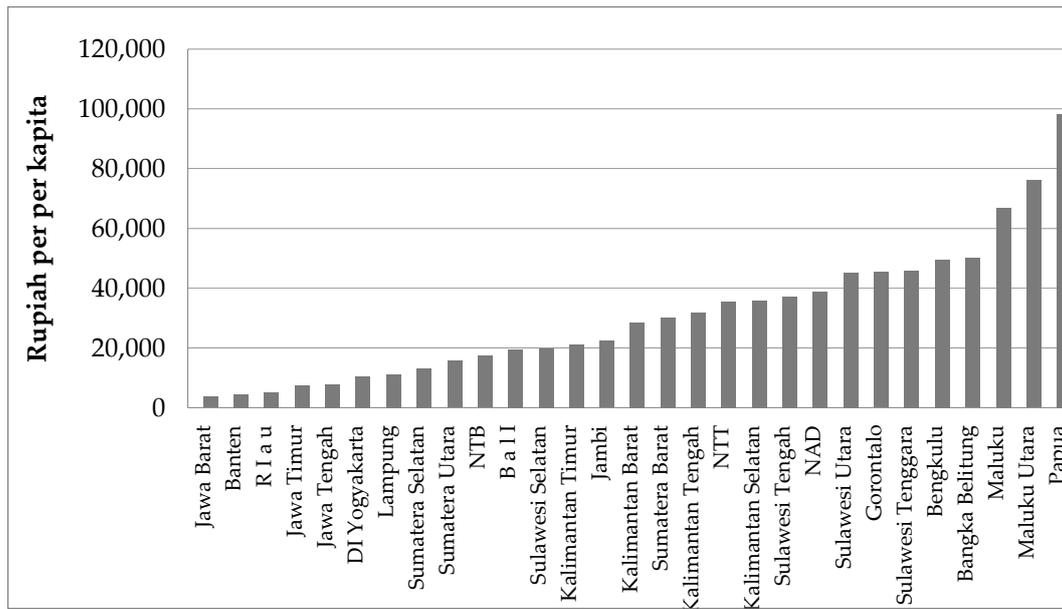
Penyebab lain adalah tidak lancarnya pelaksanaan kegiatan pembangunan terutama yang dibiayai dari pinjaman luar negeri. Pada umumnya, proyek-proyek sektor kesehatan yang dibiayai oleh pinjaman luar negeri tidak mampu menyerap dana sesuai dengan perencanaan, akibat hambatan teknis maupun manajemen. Selain berdampak pada terhambatnya pencapaian sasaran proyek, rendahnya penyerapan menyebabkan biaya kegiatan (*project cost*) menjadi tinggi.

Pada kegiatan yang dilakukan melalui dana dekonsentrasi, dana pembantuan dan DAK, penyerapan yang rendah juga sering terjadi antara lain karena masalah manajemen program/proyek yang kurang optimal. Sebagai contoh, DAK yang digunakan untuk peningkatan sarana dan peralatan puskesmas dan jaringannya tidak dapat digunakan secara penuh karena petunjuk pelaksanaan (juklak) yang mengatur tentang aturan penggunaan dana secara rinci terlambat sampai ke pengelola di daerah, yaitu setelah tahun berjalan. Padahal perencanaan penggunaan DAK di daerah harus masuk ke dalam APBD yang pembahasannya telah dilakukan.

Anggaran untuk kesehatan dari APBD secara umumnya juga meningkat. Studi Bappenas tahun 2004 menunjukkan bahwa APBD untuk kesehatan di tingkat kabupaten/kota di 4 provinsi (Kaltim, NTT, Bengkulu, dan Jatim) terus mengalami kenaikan secara nominal, walaupun masih kecil. Dengan keterbatasan anggaran, maka prioritas utama dalam alokasi adalah anggaran rutin, terutama gaji. Dari anggaran kesehatan di APBD diperkirakan sekitar 60 persen digunakan untuk membayar gaji, (Bappenas, 2004). Sedangkan World Bank mengemukakan bahwa 48 persen dana kesehatan digunakan untuk biaya rutin/administrasi (World Bank, 2008a). Dengan demikian sehingga hanya tersedia ruang yang sempit untuk program pembangunan. Adapun pembiayaan program pembangunan lebih diutamakan untuk pembangunan fisik yaitu alat, bangunan dan kendaraan.

Menurut data Departemen Kesehatan, pada tahun 2006, 85,40 persen anggaran Departemen Kesehatan dialokasikan untuk kegiatan pembangunan di daerah. Kontribusi anggaran Departemen Kesehatan melalui mekanisme pembantuan dan dekonsentrasi pada pengeluaran kesehatan adalah Rp 22.000 per kapita. Dengan pengeluaran rata-rata per kapita dari anggaran kabupaten sebesar Rp 44.000 maka total pengeluaran pemerintah per kapita rata-rata di tingkat kabupaten menjadi Rp 66.000 per kapita (World Bank, 2008a). Jika dilihat persebaran antar provinsi, daerah yang mendapatkan alokasi per kapita cukup besar dari pusat adalah di daerah Indonesia Bagian Timur. Hal ini telah sesuai dengan permasalahan kesehatan yang umumnya lebih besar di Indonesia bagian Timur serta kapasitas fiskal daerah yang relatif rendah. Dana alokasi khusus bidang kesehatan per kapita juga lebih banyak di alokasikan ke daerah Indonesia bagian timur.

Gambar 3. 25 Alokasi DAK perkapita Tahun 2007



Sumber: Depkes, 2007

Kenyataan bahwa peningkatan pengeluaran kesehatan baik secara total maupun pengeluaran pemerintah dalam beberapa tahun terakhir ternyata tidak serta merta sebanding dengan peningkatan status kesehatan masyarakat. Hal ini ditunjukkan dengan adanya beberapa indikator kesehatan yang membaik, namun banyak pula yang relatif stagnan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat korelasi positif antara peningkatan anggaran dan peningkatan status kesehatan, namun dipengaruhi oleh kualitas penyusunan kebijakan dan kualitas institusi kesehatan. Watsgaff (2004) menunjukkan bahwa peningkatan 10 persen anggaran kesehatan dapat menurunkan AKI sebesar 7 persen. Selain dipengaruhi oleh berbagai determinan, upaya untuk meningkatkan efektifitas anggaran kesehatan dapat dilakukan dengan peningkatan sistem alokasi, pemilihan sasaran, dan akuntabilitas.

Menurut Worldbank (2008a), dalam jangka pendek pengeluaran kesehatan tidak berkorelasi dengan peningkatan indikator proksi kematian ibu dan anak yaitu pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan cakupan imunisasi DPT. Peningkatan anggaran baru akan berdampak secara signifikan jika fasilitas kesehatan lebih terjangkau secara geografis serta penggunaan fasilitas tersebut tinggi. Penggunaan ini tentu terkait dengan permintaan masyarakat (*demand*) dan ketersediaan sarana dan tenaga (*supply*). Namun dalam jangka panjang peningkatan anggaran sangat mempengaruhi kedua indikator *outcome* tersebut di atas.

Kenyataan ini menunjukkan bahwa peningkatan anggaran kesehatan perlu dilakukan secara konsisten dan berkesinambungan serta diikuti dengan upaya-upaya untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas pengelolaan anggaran ini. Dalam

hal alokasi, intervensi perlu difokuskan pada prioritas-prioritas kegiatan yang dapat meningkatkan kinerja sistem kesehatan. Dalam peningkatan akuntabilitas misalnya, setiap pengeluaran kesehatan harus disertai dengan indikator-indikator capaian yang dapat terukur. Penyerapan anggaran juga perlu dilaksanakan dalam *time frame* yang cukup dan tidak terakumulasi pada akhir tahun anggaran untuk meningkatkan kualitas anggaran (*quality of spending*).

Dalam hal anggaran untuk Jamkesmas, pengeluaran aktual justru melebihi dari anggaran yang disediakan, terutama alokasi untuk Upaya Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit. Pada tahun 2007, misalnya, terdapat kekurangan Rp 1,1 triliun dari alokasi untuk membayar klaim rumah sakit. Realisasi yang melebihi perencanaan ini terjadi antara lain karena tidak ada mekanisme verifikasi yang sah terhadap klaim rumah sakit, penerbitan kartu berobat SKTM berlebihan, besarnya kasus yang dirujuk ke RS padahal dapat ditangani di tingkat puskesmas dan lain-lain. Penghitungan *unit cost* juga belum didasarkan pada angka aktual (aktuarial), namun berdasarkan kapitasi kasar.

Tabel 3.18. Klasifikasi ekonomi pengeluaran kesehatan pusat

	Jumlah (Rp milyar)	Persentase
Gaji	1.528	14
Barang dan konsultan	3.069	28
Investasi	3.076	28
Bantuan Sosial	3.344	30
Total	11.017	100

Sumber: World Bank, 2008a

Dari seluruh pembiayaan pusat, 14 persen diantaranya digunakan untuk gaji. Jumlah untuk kegiatan rutin (termasuk gaji) cenderung tidak berubah, terutama karena jumlah personil dan tenaga kesehatan yang tidak banyak berubah relatif terhadap keseluruhan anggaran kesehatan. Dengan demikian, terjadinya kenaikan anggaran kesehatan yang cukup tinggi sejak tahun 2001, terutama digunakan untuk pembiayaan pembangunan. Trend seperti ini kemungkinan besar akan tetap terjadi dalam beberapa tahun ke depan.

Kebutuhan ke depan

Pada tahun 2008 diperkirakan total anggaran pemerintah pusat untuk kesehatan Rp 28 triliun termasuk DAK, sebagian besar dianggarkan melalui Departemen Kesehatan. Dengan asumsi anggaran rata-rata dari APBD untuk kesehatan sebesar 6 persen (Bappenas, 2008), maka anggaran pemerintah (pusat dan daerah) total untuk kesehatan menjadi Rp 52 triliun rupiah. Jika dibandingkan

dengan rekomendasi WHO, bahwa anggaran pemerintah untuk kesehatan sebesar US\$ 35-40/kapita/tahun (sekitar Rp 74,2 triliun untuk tahun 2008), maka anggaran pemerintah ini telah mencapai 70 persen dari rekomendasi WHO tersebut, atau terdapat kesenjangan sebesar Rp 21,8 triliun.

Untuk membiayai upaya percepatan pencapaian MDGs bidang kesehatan (tujuan 4, 5 dan 6) sehingga dapat mencapai tujuan MDGs pada tahun 2015, pada tahun 2008 diperkirakan diperlukan biaya Rp 18,9 triliun (belum termasuk gaji tenaga kesehatan). Adapun alokasi anggaran untuk kegiatan yang mengarah pada pencapaian MDGs di Departemen Kesehatan dan BKKBN pada tahun 2008 diperkirakan baru mencapai Rp 3,6 triliun atau 19 persen dari kebutuhan (Bappenas, 2008). Dengan kenyataan ini, tampak jelas bahwa alokasi anggaran untuk pencapaian MDGs masih sangat kurang. Tentu saja anggaran yang diperlukan lebih dari itu seandainya keterkaitan antar tujuan dalam MDGs diperhitungkan, misalnya akses terhadap air minum dan sanitasi dan status gizi balita juga diperbaiki.

Kebutuhan anggaran untuk pembangunan kesehatan juga akan sangat dipengaruhi oleh perubahan struktur demografi dan transisi epidemiologi (dibahas lebih lanjut pada bab lain dalam laporan ini). Dengan pertumbuhan penduduk sekitar 1,3 persen per tahun, maka kebutuhan akan pembiayaan kesehatan juga akan meningkat. Misalnya, jumlah kelahiran dan anak balita yang relatif tetap pada lima tahun mendatang, menyebabkan pembiayaan untuk kesehatan ibu dan bayi akan tetap tinggi. Sementara itu peningkatan proporsi penduduk usia dewasa dan lansia dapat menyebabkan peningkatan biaya yang cukup signifikan terutama untuk perawatan penyakit kronis seperti diabetes, kanker dan hipertensi. Peningkatan kasus dan kematian akibat penyakit kronis juga dipicu oleh pola hidup yang tidak sehat, seperti makanan tinggi lemak, gula dan garam, rendah konsumsi serat, merokok dan terbatasnya aktifitas fisik. Dengan demikian upaya promosi peningkatan hidup bersih dan sehat juga perlu untuk terus ditingkatkan yang berimplikasi pada peningkatan kebutuhan dana.

Saat ini berbagai kalangan melihat bahwa dukungan dana untuk upaya promotif dan preventif masih relatif kecil. Sesuai dengan arah kebijakan pembangunan kesehatan jangka panjang sebagaimana diamanatkan oleh UU no 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2025, pembangunan ke depan mendepankan upaya yang mendorong masyarakat agar tahu, mau, dan mampu untuk hidup sehat dengan mendepankan upaya promotif dan preventif. Investasi untuk hal ini tentu akan memerlukan biaya yang tidak sedikit.

Pertambahan jumlah penduduk dan perubahan struktur penduduk (jenis kelamin dan usia) di Indonesia ke depan menyebabkan peningkatan pengeluaran kesehatan yang cukup signifikan, yaitu diperkirakan meningkat sebesar 37 persen antara tahun 2000-2020. Jika diurai peningkatan ini disebabkan oleh pertambahan jumlah penduduk yang meningkatkan pembiayaan sebesar 23 persen dan perubahan struktur umur dan jenis kelamin sebesar 14 persen, dengan asumsi biaya kesehatan per kapita tidak berubah (Gottret dan Scieber, 2006). Untuk Jawa Tengah, peningkatan jumlah dan perubahan struktur penduduk menyebabkan meningkatkan permintaan *bed-days* sebesar 153 persen pada tahun 2025. (Friedman et al 2006). Sedangkan peningkatan biaya kesehatan untuk penyakit tidak menular meningkat dari Rp 0,97 T menjadi Rp 1,33 T untuk rawat inap dan dari Rp 2,56 T menjadi Rp 4,50 T untuk rawat jalan dalam kurun 2005-2020³¹

Transisi demografi yang menyebabkan meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular bukan berarti bahwa kontribusi penyakit menular bagi beban pembiayaan kesehatan di Indonesia menurun, karena masih besarnya permasalahan ini. Penyakit TB di Indonesia masih memberikan kontribusi ketiga dalam penderita TB dunia. Penyakit malaria masih sulit diatasi, bahkan terjadi kecenderungan munculnya kembali malaria di daerah non endemis yang sebelumnya telah bebas dari penyakit ini. Prevalensi HIV dan AIDS yang cenderung meningkat akan membutuhkan banyak sumber daya finansial untuk menanggulangnya. Beberapa jenis penyakit lama juga yang sering terlupakan (*neglected diseases*) seperti filariasis, kusta, *leptospirosis* masih sering terjadi. Penyakit-pekaakit ini jelas memerlukan biaya jika ingin ditanggulangi secara optimal.

Pembiayaan kesehatan juga akan banyak diperlukan untuk pembiayaan tenaga kesehatan, baik tenaga di pemerintahan maupun di lapangan. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh penambahan tenaga kesehatan baru. Sebagai contoh, saat ini data 32 kabupaten/kota menunjukkan adanya kesenjangan antara kebutuhan dan tenaga yang tersedia sebesar 33,2 persen, dengan kekurangan terbesar berturut-turut untuk tenaga epidemiolog, penyuluh kesehatan masyarakat, dan dokter spesialis dengan kesenjangan lebih dari 50 persen (Bappenas, 2005). Biaya yang diperlukan meliputi biaya *training* (*pre* dan *in-service training*), penempatan, gaji dan tunjangan. UN *Millenium Project* memperkirakan bahwa gaji untuk tenaga kesehatan perlu ditingkatkan menjadi dua kali lipatnya, jika ingin mencapai tujuan MDGs. (WHO, 2006).

Dalam konteks Indonesia, pembiayaan kesehatan ke depan akan terus meningkat karena meningkatnya permintaan akan pelayanan kesehatan. Dengan

³¹ Soewarta Koesen, disampaikan pada Diskusi Background Study RPJMN Seri 4 tanggal 21 Juli 2008 di Jakarta

terus meningkatnya pendapatan per kapita penduduk Indonesia yang rata-rata naik sekitar 4-5 persen per tahun, maka akan terjadi peningkatan permintaan pelayanan kesehatan yang secara ekonomi bersifat sangat elastis terhadap perubahan pendapatan. Pada saat yang sama tingkat pendidikan yang semakin meningkat juga akan meningkatkan permintaan ini di tambah dengan peningkatan standar pelayanan. Meningkatnya pendidikan menyebabkan penduduk semakin ter-*ekspose* terhadap pentingnya kesehatan dan meningkatkan kesadaran perlunya pelayanan kesehatan modern.

Program-program pemerintah saat ini yang berpotensi meningkatkan permintaan pelayanan kesehatan antara lain adalah bantuan tunai bersyarat (*conditional cash transfer*) yang mensyaratkan penerima bantuan untuk memeriksakan kehamilan secara rutin ketika hamil, bersalin oleh tenaga kesehatan dan pemeriksaan kesehatan dan gizi bagi balita. Hasil penelitian di berbagai negara menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan karena program serupa. Undang-Undang SJSN yang mendorong adanya sistem asuransi kesehatan nasional, jelas akan meningkatkan kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang pada akhirnya meningkatkan pembiayaan kesehatan, terutama oleh pemerintah.

B.3. Sumber Daya Manusia Kesehatan

Saat ini di Indonesia di perkirakan terdapat 70.000 dokter – terdiri dari 55.000 dokter umum dan 15.000 spesialis³² – 300.000 perawat (Departemen Kesehatan 2007) dan sekitar 80.000 bidan (PODES 2006). Dengan profil seperti ini, maka rasio tenaga kesehatan untuk dokter, spesialis, perawat, dan bidan masing-masing adalah sekitar 20; 5,5; 138; dan 35 per 100.000 penduduk. Dengan mengacu pada jumlah dan rasio yang diharapkan tahun 2010 dalam Indonesia Sehat, maka terjadi kekurangan di semua jenis tenaga kesehatan yang ada. Jumlah yang cukup besar secara nominal diperlukan terutama adalah dokter spesialis, perawat, bidan dan tenaga gizi.

³² Data dari Konsil Kedokteran Indonesia, dikutip dari laporan Ban Dunia, 2008. Indonesia's Doctors, Midwives and Nurses: Current Stock, Increasing Needs, Future Challenges and Options . A review of the Health Work Force in Indonesia. Laporan belum dipublikasikan

Tabel 3. 19 Jumlah beberapa jenis tenaga kesehatan di Indonesia

Jenis Tenaga	Kondisi tahun 2006		Sasaran tahun 2010	
	Jumlah	Rasio per 100.000 penduduk	Jumlah	Rasio per 100.000 penduduk
Dokter umum	44.564	19,93	70.782	30
Dokter Spesialis	12.374	5,53	21.234	9
Dokter gigi	11.289	5,05	25.954	11
Perawat	308.396	137,87	372.308	158
Bidan	79.152	35,40	176.954	75
Apoteker	10.207	4,56	21.234	9
Asisten Apoteker	39.106	17,49	42.469	18
Kesehatan Masyarakat	9.739	4,36	18.875	8
Sanitarian	10.094	8,09	23.549	10
Tenaga Gizi	15.342	6,89	42.469	18
Terapi Fisik	5.290	2,37	9.438	4
Teknis Medis	10.318	4,61	14.156	8

Sumber: Giatno, 2008³³.

Jika dibandingkan dengan dengan negara-negara lain di regional Asia Tenggara, jumlah dan rasio tenaga kesehatan Indonesia relatif rendah. Dibandingkan dengan negara dengan tingkat pendapatan yang sama, rasio dokter per 100.000 penduduk di Indonesia jauh lebih rendah dibandingkan dengan Filipina (58) dan Malaysia (70), bahkan dibandingkan dengan negara dengan tingkat pendapatan yang lebih rendah yaitu Vietnam dan Kamboja, rasio ini juga masih lebih rendah. Walaupun demikian, untuk jumlah dan rasio bidan dan perawat, di Indonesia lebih baik dari rata-rata di wilayah Asia Tenggara yaitu perawat 62 dan bidan 50 per 100.000 penduduk.

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia, sampai dengan Juli 2007, terdaftar sebanyak 72.249 dokter termasuk 15.499 dokter spesialis. Sementara itu data PODES menunjukkan jumlah dokter tahun 2006 sebanyak 40.000. Dengan angka PODES ini maka terdapat 19 dokter untuk setiap 100.000 penduduk, atau meningkat 6,36 persen dari jumlah dokter tahun 1996.

Dalam hal penyebaran tenaga kesehatan, terutama dokter, maka lebih banyak dokter di Pulau Jawa Bali (23.944) di bandingkan dengan luar Pulau Jawa Bali (15.740), Banyaknya dokter di Jawa Bali terjadi karena lebih banyak penduduk yang dilayani dibandingkan di luar Jawa Bali. Jika jumlah ini di disesuaikan dengan jumlah penduduk yang dilayani, maka proporsi dokter relatif seimbang, yaitu di Jawa Bali sebesar 18,5 dan Luar Jawa Bali 18,1 dokter per 100.000 penduduk. Namun rasio dengan rasio per penduduk yang relatif sama tidak menggambarkan bahwa akses masyarakat di kedua wilayah ini sama, karena belum menggambarkan keterpencilan dan daerah-daerah yang sulit di jangkau.

³³ Kepala Badan PPSDMK Depkes, dipresentasikan pada Diskusi Backgorund Study Seri 3 tanggal 17 Juni 2008 di Jakarta

Kesenjangan lebih jelas terlihat antara perkotaan dan perdesaan baik dari segi jumlah maupun rasio per 100.000 penduduk. Jumlah dokter juga lebih banyak di daerah perkotaan (32.083) di dibandingkan dengan perdesaan (6.189) dan rasio per 100.000 penduduk di perkotaan juga lebih tinggi (34,1 di Jawa Bali dan 40,9 di luar Jawa Bali) dari pada di perdesaan (4,5 di Jawa Bali dan 8,3 di luar Jawa Bali). Jika di pertimbangkan dengan persebaran penduduk yang relatif tersebar di wilayah perdesaan, maka jelas akses penduduk ke dokter di perdesaan jauh tertinggal dibandingkan dengan masyarakat perkotaan.

Menurut Badan PPSDMK Departemen Kesehatan, pada tahun 2006 terdapat 12.374 dokter spesialis di seluruh Indonesia, atau 5,52 per 100.000 penduduk. Sementara itu, Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) mencatat 15.082 dokter spesialis pada tahun 2007, atau 7 per 100.000 penduduk. Kesenjangan ketersediaan dokter spesialis terlihat cukup besar, karena sebagian besar (lebih dari 10.000 di antaranya) berada di Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan DI Yogyakarta. Provinsi dengan rasio jumlah spesialis per 100.000 penduduk paling kecil adalah NTT (1 per 100.000 penduduk) diikuti oleh Bengkulu, Lampung, Kalimantan Tengah, NTB, Sulawesi Tengah dan Sulawesi Tenggara, yaitu 2 per 100.000 penduduk.

Menurut data BPPSDMK, Depkes, pada tahun 2006 terdapat 79.152 bidan dan 308.396 perawat atau masing-masing sekitar 35 bidan dan 138 perawat per 100.000 per penduduk, sedangkan menurut PODES 2006, terdapat 80.000 bidan atau jika di rata-rata sekitar 1 bidan per desa. Angka ini relatif lebih tinggi di banding negara-negara tetangga. Dari sisi distribusi, jumlah bidan di Jawa Bali lebih banyak dibandingkan dengan di Luar Jawa Bali baik dari segi jumlah maupun rasio per 100.000 penduduk. Data ini menunjukkan bahwa secara umum persebaran bidan dan perawat Jawa dan Luar Jawa serta perkotaan dan perdesaan yang lebih merata di dibandingkan dengan dokter dan dokter spesialis.

Tabel 3. 20 Jumlah Bidan di Indonesia

	1996		2006	
	Jumlah	Per 100.000 penduduk	Jumlah	Per 100.000 penduduk
Jawa Bali	33.436	27,5	33.755	26,1
Perkotaan	9.874	23,8	15.388	25,1
Perdesaan	23.562	29,5	18.367	27,1
Luar Jawa Bali	37.579	46,8	45.906	52,8
Perkotaan	8.084	45,1	12.906	45,4
Perdesaan	23.487	46,0	20.957	55,1

Sumber: PODES

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa jumlah dan rasio bidan di perdesaan dan di luar Jawa Bali lebih besar. Jumlah bidan di perdesaan luar Jawa Bali terlihat menurun dari tahun 1996 ke 2006. Hal ini kemungkinan menunjukkan berkurangnya jumlah bidan yang tinggal di perdesaan sebagaimana sering di sinyalir belakangan

ini. Walaupun demikian rasio per 100.000 penduduk di perdesaan luar Jawa bali masih meningkat. Hal ini kemungkinan terjadi karena adanya urbanisasi dan perubahan status daerah dari perdesaan dan perkotaan, sehingga penurunan jumlah bidan di desa diimbangi dengan tingginya peningkatan penduduk yang tinggal di perkotaan.

Penelitian Bappenas (2005) di 32 Kab/Kota di 7 provinsi tahun 2005 menunjukkan bahwa kekurangan tenaga kesehatan dirasakan oleh Dinas Kesehatan dan petugas di Puskesmas. Dari seluruh 13.793 tenaga kesehatan (17 jenis tenaga) yang dibutuhkan pada tingkat Kabupaten/kota di lokasi penelitian, hanya 9.216 tenaga atau 66,1 persen yang tersedia. Dari tenaga kesehatan tersebut yang paling banyak dibutuhkan adalah bidan (4.565) dan perawat (4.492) dan yang mengalami persentase kekurangan paling besar diantaranya adalah SKM, perawat, sanitarian dan laboran.

Tabel 3.21 Kebutuhan dan ketersediaan tenaga kesehatan di kabupaten lokasi Kajian

Jenis Tenaga	Kebutuhan	Ketersediaan	Kesenjangan (persen)
Dokter	987	593	39,9
Dokter Spesialis	64	30	53,1
Dokter Gigi	497	294	40,8
Bidan	4565	2951	35,4
Perawat	4492	3295	26,6
Apoteker	89	47	47,2
Asistem Apoteker	606	319	47,4
Ahli Gizi	652	404	38,0
Sarjana Kes. Masy	415	312	24,8
Sanitarian	737	530	28,1
Terapi Fisik	108	72	33,2
Teknis Medis	203	68	66,5
Rontgen	4	1	75,0
Perawat Gigi	62	36	41,9
Penyuluh Kes. Masy.	182	82	54,9
Epidemiolog	21	0	100,0
Laboran	109	79	27,5
Total	13.793	9.216	33,2

Sumber data: Bappenas 2005

Survei Governance and Desentralization Survey-2 (WB), juga menunjukkan bahwa sekitar 50 persen kepala dinas kesehatan yang disurvei mengindikasikan adanya kekurangan tenaga kesehatan di tingkat kabupaten/kota baik di Jawa Bali maupun di luar Jawa dan Bali.

PNS-Swasta

Sekitar 44 persen dari jumlah dokter di Jawa dan Bali adalah PNS, sedangkan di luar Jawa dan Bali mencapai dua pertiganya. Dengan demikian

di luar Jawa Bali, masyarakat lebih tergantung pada *provider* pemerintah di bandingkan dengan di Jawa. Data ini juga menunjukkan bahwa dokter swasta lebih tertarik untuk berpraktek di Jawa dan Bali. Studi Bappenas (2005) juga menunjukkan bahwa sarana Puskesmas di daerah tertinggal mempunyai tenaga PNS yang kecil dan tenaga Pegawai Tidak Tetap (PTT) dan tenaga honorer daerah yang lebih tinggi di bandingkan dengan daerah yang tidak tertinggal. Tenaga-tenaga di daerah terpencil juga mempunyai potensi untuk pindah yang lebih besar. Sebanyak 4 dari 10 tenaga kesehatan di kecamatan terpencil menyatakan mempunyai rencana untuk pindah ke wilayah lain dengan alasan utama untuk lebih dekat dengan keluarga dan pengembangan karir.

Tenaga Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Publik

Pada tahun 2007 di Indonesia terdapat 8.114 Puskesmas di seluruh Indonesia. Secara ideal di setiap Puskesmas minimal tersedia dua dokter umum. Menurut data PPSDMK Departemen Kesehatan, jumlah tenaga dokter yang bekerja di puskesmas pada tahun 2007 adalah 10.759 orang, atau rata-rata 1,32 dokter per puskesmas. Dengan demikian terdapat kekurangan 4.531 dokter, dengan asumsi dokter tersebar secara merata ke setiap puskesmas. Selain dokter, untuk memenuhi standar jumlah tenaga kesehatan di puskesmas, masih diperlukan tambahan dokter gigi, perawat, dan lain-lain

Dalam SKN 2004 dinyatakan sekurang-kurangnya puskesmas melaksanakan enam jenis pelayanan kesehatan tingkat dasar, yaitu promosi kesehatan, kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, perbaikan gizi, kesehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular, dan pengobatan dasar. Jika dilihat dari tugas pelayanan kesehatan yang harus dilaksanakan maka tenaga kesehatan yang minimal dimiliki oleh setiap puskesmas adalah dokter umum, bidan, perawat, ahli gizi, sanitarian, dan asisten apoteker.

Dengan menggunakan salah satu metode perencanaan kebutuhan tenaga seperti tercantum dalam SK Menkes No.81/2004, yaitu metode Daftar Susunan Pegawai (DSP), khususnya Model DSP puskesmas perdesaan, maka diperoleh gambaran kebutuhan minimal tenaga di setiap puskesmas

Tabel 3.22 Kebutuhan tenaga kesehatan minimal di Puskesmas

Jenis Tenaga	Jumlah tenaga yang tersedia	Jumlah		
		minimal per Puskesmas	Jumlah minimal yang dibutuhkan	Kekurangan
Dokter Umum	10.759	2	16.228	4.531
Dokter Gigi	4.629	1	8114	3.485
Perawat	52.737	7	56.798	4.061
Bidan	52.156	7	56.798	4.642

Jenis Tenaga	Jumlah tenaga yang tersedia	Jumlah		Kekurangan
		minimal per Puskesmas	Jumlah minimal yang dibutuhkan	
SKM	2.430	1	8114	5.684
Asisten Apoteker	2.425	1	8114	5.689
Sanitarian	7.543	1	8114	571
Nutrisionis	6.414	1	8114	1.700
Apoteker	87	1	8114	2.397
Jumlah	139.093	-	170.394	31.077

Sumber: Giatno, 2008³⁴, di olah

Pada tahun 2007, jumlah dokter spesialis yang bekerja di rumah sakit pemerintah (RS Pusat, dan RS Pemda kelas B, C, dan D) sebesar 5.946 spesialis, dan masih diperlukan tambahan sebanyak 5.060 spesialis lagi, dengan kebutuhan paling besar pada rumah sakit Pemda kelas B. Dari seluruh tenaga spesialisasi yang diperlukan paling banyak adalah spesialis anak, spesialis obstetrik gynekolog, spesialis penyakit dalam dan spesialis bedah.

Tabel 3.23 Keadaan dan kebutuhan tenaga dokter spesialis RS Pemerintah

	Tersedia	Kekurangan
RS Pusat Departemen Kesehatan	2.604	1.044
RSU Pemda Kelas B	1.435	1.918
RSU Pemda Kelas C	2.010	1.216
RSU Pemda Kelas D	92	117
Kebutuhan Kenaikan Kelas RS	-	360
Program PONEK dan PKKP RSUD Kelas C	-	365
Total	5.946	5.060

Tenaga Kesehatan “langka”

Dari analisis perencanaan kebutuhan tenaga, secara umum dapat dikatakan tenaga kesehatan di Indonesia baik dari segi jumlah, jenis, kualifikasi, dan mutu dan penyebarannya masih belum memadai. Beberapa jenis tenaga kesehatan yang baru masih diperlukan pengaturannya. Beberapa jenis tenaga kesehatan masih tergolong langka, dalam arti kebutuhannya besar tetapi jumlah tenaganya kurang karena jumlah institusi pendidikannya terbatas dan kurang diminati. Tenaga “langka” terjadi karena: jumlah tenaga kurang, kebutuhannya besar; lulusannya sedikit dan bidangnya tidak diminati; jumlah institusi pendidikannya kurang; kualifikasi pendidikannya terbatas (D3 atau kurang); dan jumlah, jenis dan kualifikasi tenaga yang ditempatkan di wilayah tertentu kurang/tidak tersedia akibat mal distribusi (misalnya dokter spesialis di daerah terpencil). Contoh beberapa tenaga “langka”

³⁴ Giatno, ibid

adalah analis kesehatan, terapis wicara, refraksionis optisien, fisioterapis, radiographer, epidemiolog, ahli human resource management, dan lainnya.

Beberapa penyebab kelangkaan tenaga ini adalah insentif yang tidak menarik, jenjang karir tidak jelas, pasar tidak siap, non competence based, dan sistem informasi yang terfragmentasi. Disamping tenaga langka tersebut, terdapat beberapa jenis tenaga baru yang belum ditentukan kategorinya pada PP 32/1996, antara lain kesehatan dan keselamatan kerja, hukum kesehatan, pengobatan traditional, sarjana farmasi traditional, administrasi medik, dan audiologis.

Perencanaan Kebutuhan Tenaga Kesehatan

Permasalahan lain adalah kapasitas dalam perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan. Yang dimaksud dengan perencanaan tenaga kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah, dan kualifikasi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. (Departemen Kesehatan, 2004).

Perencanaan tenaga kesehatan diatur melalui PP No.32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Dalam Peraturan Pemerintah ini dinyatakan antar lain bahwa pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang merata bagi masyarakat. Perencanaan nasional tenaga kesehatan disusun dengan memperhatikan jenis pelayanan yang dibutuhkan, sarana kesehatan, serta jenis dan jumlah yang sesuai. Perencanaan nasional tenaga kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Sebagai turunan dari PP tersebut, telah diterbitkan Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes No. 81 tahun 2004) yang berisi pedoman penyusunan perencanaan sumberdaya kesehatan di tingkat provinsi, kabupaten/kota, serta rumah sakit. Pada Kepmenkes tersebut disediakan pula menu tentang metode perencanaan tenaga kesehatan untuk dipilih sesuai dengan kemauan dan kemampuan.

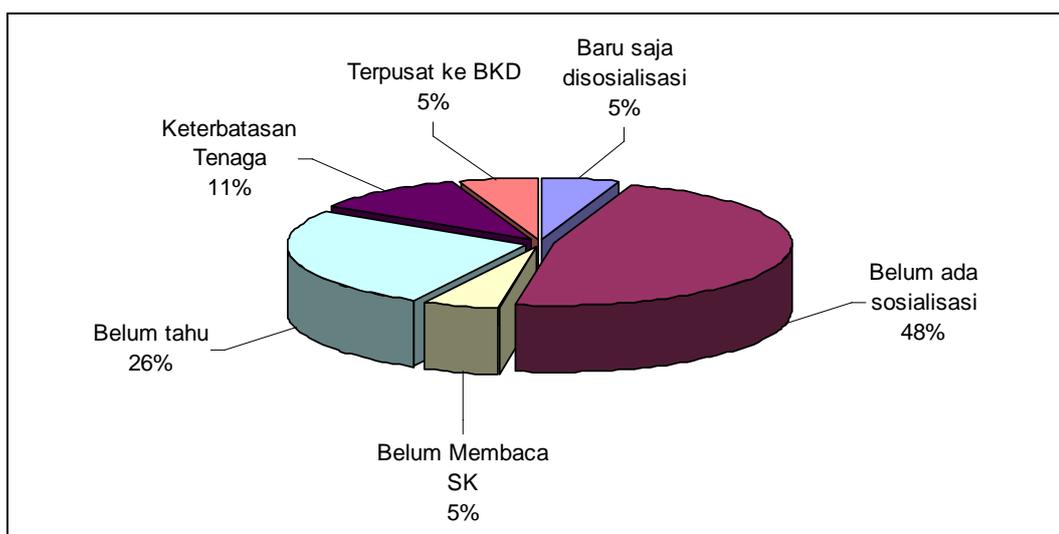
Dalam hal perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan terdapat empat metoda penyusunan yang dapat digunakan yaitu *Health Need Method*, *Health Service Demand*, *Health Service Target Method*, dan *Ratios Method*. Dalam prakteknya di Departemen Kesehatan lebih banyak menggunakan *Ratios Method* yaitu perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang didasarkan pada standar/rasio terhadap nilai tertentu. Misalnya rasio tenaga kesehatan: tempat tidur di RS, di Indonesia, misalnya 1:5000, di India 1: 2000, di Amerika 1:500 (Susenas, 2005).

Metode lain yang merupakan pengembangan dari ke-4 model tersebut, adalah *Authorized Staffing List* (Daftar Susunan Pegawai atau DSP); WISN (*Work Load Indicator Staff Need*) atau Indikator Kebutuhan tenaga berdasarkan Beban Kerja; Skenario/Proyeksi dari WHO; dan penyusunan kebutuhan tenaga untuk bencana. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan di tingkat

institusi bisa dihitung dengan menggunakan metode *Authorized Staffing List* (Daftar Susunan Pegawai – DSP). Metode ini bisa digunakan di berbagai unit kerja seperti rumah sakit, puskesmas dan lain-lain.

Hasil studi Bappenas (2005) di 32 kabupaten/kota menunjukkan bahwa perencanaan kebutuhan sudah cukup lengkap karena meliputi hampir semua jenis tenaga kesehatan yang diperlukan di daerah. Namun dalam menyusun rencana kebutuhan tenaga, lebih dari separuhnya (52,6 persen) tidak menerapkan Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan seperti tercantum dalam Surat Keputusan Menkes No.81 Tahun 2004 dan hanya 47,4 persen yang melaksanakan pedoman. Alasan utama tidak digunakannya pedoman tersebut berturut-turut adalah belum adanya sosialisasi, keterbatasan tenaga, menyerahkan ke Badan Kepegawaian daerah, belum tahu dan belum membaca surat keputusan (SK).

Gambar 3. 26 Alasan tidak dilaksanakannya SK Menkes No. 81 Tahun 2004 pada daerah kajian



Sumber: Bappenas, 2005

Walaupun telah digunakan di 47,4 persen kabupaten/kota lokasi penelitian, penerapan pedoman SK Menkes tersebut masih menghadapi kendala, yaitu belum ada sosialisasi tentang pedoman (47 persen kab/kota); kemudian berturut-turut diikuti oleh terbatasnya data dan informasi (39 persen kab/kota); terbatasnya kapasitas tenaga perencana (37 persen kab/kota); terbatasnya dana (32 persen); dan masalah lainnya seperti pembagian antar unit yang tidak jelas, keterbatasan tenaga dan lain-lain

Pertimbangan dalam penghitungan kebutuhan tenaga kesehatan

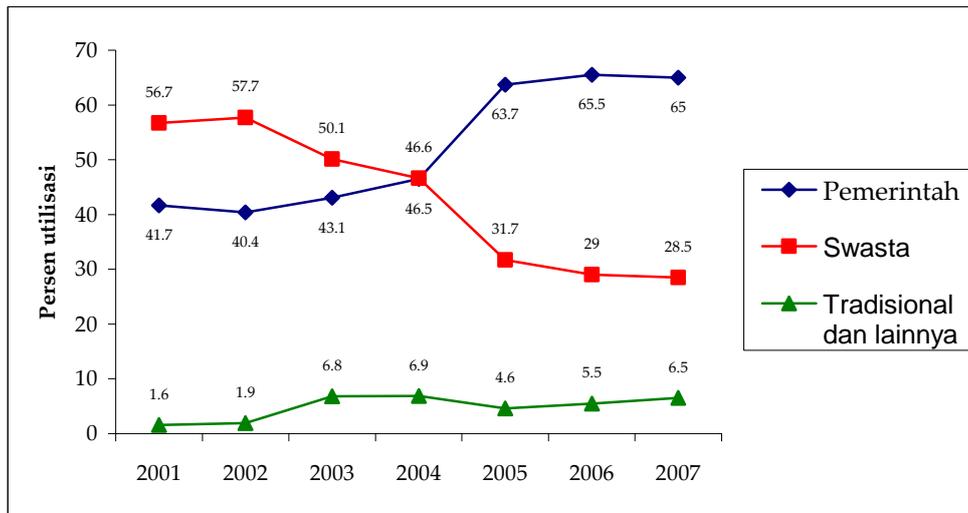
Selain mempertimbangkan kecukupan tenaga berdasarkan rasio dan kebutuhan menurut standar pelayanan fasilitas, kebutuhan tenaga kesehatan juga ditentukan oleh kecenderungan epidemiologi, penggunaan fasilitas kesehatan, dan faktor-faktor determinan lainnya seperti tingkat pendidikan, ekonomi, dan lain-lain. Walaupun demikian korelasi faktor tersebut sulit untuk dihitung secara kuantitatif.

Jika dilihat dari *trend* angka kesakitan, dengan asumsi bahwa angka kesakitan akan meningkatkan permintaan terhadap tenaga kesehatan, maka dapat dilihat bahwa tingkat kesakitan (*morbidity rate*) nasional meningkat dari 25,5 persen (1996) menjadi 28,5 persen (2006) dengan kecenderungan lebih besar di perdesaan (29 persen) di banding perkotaan (27,5 persen). Sementara itu angka kesakitan di pulau Jawa Bali dan di luar Jawa Bali relatif sama di kisaran 28 persen.

Tingkat penggunaan fasilitas kesehatan dapat dilihat dari proporsi penduduk yang mencari pengobatan di fasilitas kesehatan. Secara umum tingkat utilisasi fasilitas kesehatan meningkat cukup cepat dari 15,1 persen (1996) menjadi 33,7 persen (2006) atau meningkat 18,6 persen selama 10 tahun. Dalam kurun waktu tersebut utilisasi di Jawa Bali meningkat lebih cepat (25,3 persen) di bandingkan luar Jawa Bali (14,8 persen) dengan tingkat kenaikan yang relatif sama antara perkotaan dan perdesaan di seluruh Indonesia. Walaupun demikian perlu dicatat bahwa sekitar 45 persen penduduk yang sakit melakukan pengobatan sendiri, dan 13 persen tidak mencari pengobatan.

Kenaikan utilisasi fasilitas (dilihat dari *contact rate*) kesehatan tersebut terjadi lebih cepat pada fasilitas kesehatan milik pemerintah, yang naik 50 persen sejak 2004, persentasi sementara utilisasi fasilitas swasta justru menurun. Kecenderungan masyarakat untuk menggunakan fasilitas kesehatan pemerintah juga meningkat, misalnya pada tahun 2007, penyediaan pelayanan kesehatan pemerintah berkontribusi bagi 65 persen total pelayanan, sementara pelayanan swasta menurun kontribusinya menjadi 30 persen.

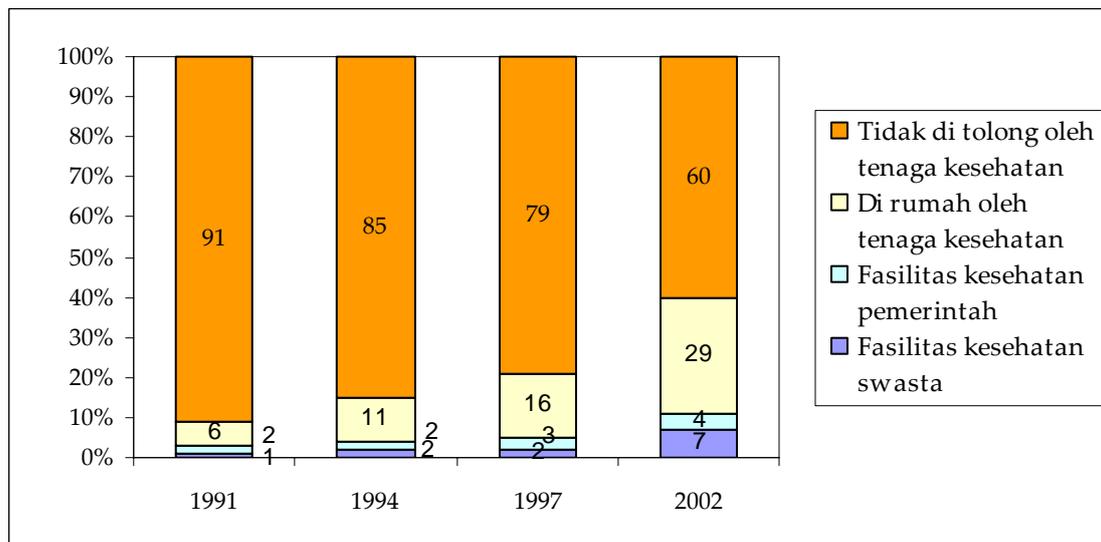
Gambar 3.27. Pilihan fasilitas pelayanan kesehatan



Sumber: Wordbank, 2008b

Persentase ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan meningkat dari 20,3 persen (1997) menjadi 46 persen (2007), dengan sebagian besar melahirkan di sarana milik swasta. Sebagian besar persalinan di fasilitas ini dilakukan oleh kelompok yang mampu. Kelompok miskin yang melahirkan di fasilitas kesehatan terus meningkat. Jika pada tahun 1991 sekitar 91 persen kelahiran pada kelompok miskin tidak di tolong oleh tenaga kesehatan, maka pada tahun 2002 jumlah ini menurun menjadi 60 persen. Kelahiran yang dilakukan di rumah tetapi di bantu oleh tenaga kesehatan meningkat cepat, sedangkan yang melahirkan di fasilitas kesehatan meningkat walaupun relatif lambat, dan pada tahun 2002 hanya 11 persen di antaranya yang memanfaatkan fasilitas kesehatan (swasta dan pemerintah) untuk proses kelahiran.

Gambar 3. 28 Persentase kelahiran menurut tempat pada kelompok miskin



Sumber: World Bank, 2008b

Produksi tenaga kesehatan

Untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan, maka peran produksi tenaga kesehatan sangat diperlukan. Akhir-akhir ini pertumbuhan berbagai sekolah kedokteran, keperawatan dan kebidanan tumbuh dengan pesat. Saat ini terdapat 52 sekolah kedokteran yang menghasilkan sekitar 5.500 lulusan bidang medis per tahun. Jumlah ini meningkat 40 persen dari kondisi tahun 2001. Sekitar 77 persen dari sekolah ini dimiliki oleh swasta. Sebagai lahan praktek digunakan 70 rumah sakit, walaupun hanya 37 rumah sakit saja yang mempunyai status legal sebagai rumah sakit pendidikan.

Dalam masalah pendidikan tenaga kesehatan ini, masih terjadi berbagai overlap antara Depdiknas dan Departemen Kesehatan. Sebagai contoh, beberapa rumah sakit mempunyai akreditasi terhadap pelayanan yang diberikan dari Departemen Kesehatan, namun belum tentu memenuhi kriteria Diknas sebagai RS pendidikan. Beberapa isu lain menyangkut masalah penggajian para pengajar yang sebagian besar adalah pegawai Departemen Kesehatan. Permasalahan lain menyangkut ketidaksiapan sekolah kedokteran dalam mengadopsi kurikulum berbasis kompetensi sesuai rekomendasi *The World Federation of Medical Education* agar mendapat pengakuan internasional.

Dari 52 sekolah kedokteran yang ada hanya 14 di antaranya (semuanya milik pemerintah) yang mempunyai program pendidikan untuk dokter spesialis. Pada kapasitas ini, maka jumlah dokter spesialis yang bisa diproduksi adalah 1.200 orang, atau sekitar 50 persen dari yang perlukan oleh Departemen Kesehatan. Dengan demikian kebutuhan untuk dokter spesialis sulit dipenuhi dalam waktu dekat. Menurut kajian Universitas Gajah Mada dan Departemen Kesehatan, pada tahun 2005, dari 229 rumah sakit kelas C, 29 persen diantaranya tidak memenuhi persyaratan untuk memilik 4 tenaga dokter spesialis dasar (penyakit dalam, anak, kandungan dan bedah).

Di Indonesia terdapat 456 sekolah yang menawarkan pendidikan kebidanan dan 683 sekolah dengan jurusan keperawatan. Dari jumlah tersebut 84 persen sekolah kebidanan dan 52 persen sekolah keperawatan adalah milik swasta, dan 50 persen terdapat di Jawa. Sebesar 13 persen sekolah kebidanan dan 3,1 persen sekolah keperawatan milik pemerintah daerah. Sebagian besar sekolah ini adalah akademi (level D3), walaupun semakin banyak sekolah yang menawarkan gelar S1 untuk keperawatan (25,5 persen). Jumlah lulusan yang dihasilkan setiap tahun adalah 10.000 bidan dan 34.000 perawat. Dari jumlah ini tidak diketahui berapa yang direkrut sebagai PNS. Namun dengan tingkat produksi seperti itu, maka kebutuhan perawat (kekurangan 64.000 sampai dengan tahun 2010) dan bidan (kekurangan 100.000 sampai dengan tahun 2010) akan lebih mudah dipenuhi. Namun

pengangkatan pegawai bukan semata-mata masalah ketersediaan lulusan aja, melainkan juga mengenai ketersediaan dana dan formasi.

Tabel 3.24 Kekurangan tenaga produksi per tahun dan estimasi pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan

Jenis Tenaga	Kekurangan 2007-2010	Produksi per tahun	Waktu pemenuhan (tahun)*
Dokter umum	26.218	5.500	5
Dokter Spesialis	8.860	1.200	7
Dokter gigi	14.665	550	27
Perawat	63.912	24.000	3
Bidan	97.802	9.000	11
Apoteker	11.027	1.200	9
Asisten Apoteker	3.363	4.400	1
Kesehatan Masyarakat	9.136	3.000	3
Sanitarian	13.455	2.000	7
Tenaga Gizi	27.127	1.800	15
Terapi Fisik	4.148	800	5
Teknis Medis	3.838	3.900	1
TOTAL	283.551		

Keterangan: *) Terhitung mulai tahun 2007, dengan asumsi semua peserta didik lulus tepat waktu dan seluruhnya dapat terserap sebagai tenaga kesehatan

Kerangka hukum dalam pendidikan tenaga kesehatan di Indonesia, terutama dalam hal sertifikasi dan akreditasi di Indonesia perlu diperkuat. Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional (UU 20/2003) dan Undang-Undang Praktek Kedokteran (UU 29/2004) mengatur masalah pendidikan medis. Walaupun demikian payung hukum mengenai pendidikan medis belum bersifat komprehensif, termasuk pembagian peran antara fakultas kedokteran, KKI, Departemen Kesehatan, dan Depdiknas masih belum jelas seperti regulasi mengenai fakultas kedokteran dan pendirian rumah sakit pendidikan. Saat banyak pemerintah daerah yang berkeinginan untuk mendirikan fakultas kedokteran, untuk mengisi kekurangan tenaga dokter di daerah, namun kapasitas untuk menilai kelayakan kebutuhan dan kemampuan perguruan tinggi masih kurang.

Menurut UU Sisdiknas, seluruh pendidikan di atas tingkat sekolah menengah atas merupakan kewenangan dari Depdiknas. Pada kenyataannya hingga saat ini, Departemen Kesehatan tetap mengelola 33 politeknik kesehatan (Poltekkes) setingkat D3 di berbagai daerah di Indonesia. Selain itu banyak politeknik swasta yang berdiri dengan ijin Bupati. Hal menyebabkan kesulitan dalam menjaga konsistensi kualitas tingkat pendidikan. Permasalahan lain adalah perbedaan penggunaan instrumen dalam akreditasi pendidikan setingkat D3. Poltekkes Negeri di akreditasi oleh Pusediknaskes Departemen Kesehatan, sedangkan akreditasi sekolah kebidanan, keperawatan dan pendidikan milik swasta di lakukan oleh BAN-PT bekerjasama dengan organisasi profesi.

Untuk meningkatkan kualitas lulusan dokter, kurikulum baru pendidikan kedokteran telah diterapkan. Selain itu lulusan juga diharuskan mengikuti tes kompetensi yang diselenggarakan oleh Kolegium Kedokteran Indonesia (KKI) sebagai salah satu syarat untuk mendaftar di KKI dan mendapat ijin praktek dari pemerintah daerah. Selain itu saat ini Departemen Kesehatan tengah mengembangkan standar kompetensi bagi 10 tenaga kesehatan termasuk bidan dan perawat. Dengan demikian diharapkan ke depan, profesionalitas tenaga kesehatan dapat ditingkatkan. Yang menjadi tantangan tentunya adalah implementasi dari standar kompetensi itu di lapangan.

Kebijakan penempatan tenaga kesehatan

Pada tahun 1980-an, pemerintah mengeluarkan kebijakan, bahwa setiap dokter yang baru lulus harus bekerja pada pemerintah terutama di puskesmas sebagai PNS untuk periode minimal 5 tahun Di Jawa dan 3 tahun di luar Jawa. Untuk daerah terpencil kewajibanya adalah 1-2 tahun. Setelah menyelesaikan masa bakti, dokter dapat meneruskan menjadi spesialis, terus bekerja di puskesmas sebagai PNS, atau menjadi staf di Dinas kesehatan provinsi atau kabupaten. Dengan mekanisme semacam ini maka sebagian besar tenaga kesehatan adalah PNS.

Kebijakan di atas diikuti dengan diijinkannya tenaga kesehatan PNS untuk membuka praktek swasta karena kesadaran akan masih rendahnya gaji pegawai negeri sipil waktu itu. Namun kebijakan ini juga menimbulkan efek samping dengan semakin tertariknya tenaga kesehatan untuk bekerja di daerah perkotaan karena peluang pasar yang lebih besar. Kebijakan ini masih terus diterapkan sampai saat ini, sehingga perlu mekanisme pengawasan yang lebih ketat untuk menjaga kinerja tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan milik pemerintah.

Pada tahun 1992, pemerintah menetapkan kebijakan Pegawai Tidak tetap (PTT), karena di dorong oleh kebijakan *zero growth* PNS. Melalui kebijakan ini, dokter tidak lagi wajib mejadi PNS, namun tetap berkewajiban bekerja pada sarana kesehatan pemerintah selama 3 tahun sebagai pegawai tidak tetap. Setelah masa bakti PTT selesai, dokter dapat memilih untuk mengambil pendidikan spesialis, menjadi PNS dengan mengikuti seleksi, atau membuka praktek swasta. Kebijakan ini dimaksudkan untuk menghindari penurunan tenaga kesehatan sekaligus meningkatkan akses masyarakat terhadap tenaga kesehatan. Walaupun tidak ada evaluasi resmi mengenai dampak program PTT, program ini disinyalir mampu menurunkan kekurangan tenaga kesehatan, walaupun belum mampu menjawab pemerataan tenaga kesehatan dengan baik.

Pada tahun 1994, kebijakan serupa juga diterapkan bagi bidan (Kepres 23) yang mewajibkan lulusan bidan menjadi PTT di desa (Bidan di Desa)

selama 3 tahun. Program Bidan di desa ini mampu berkontribusi pada penurunan kematian bayi dan kematian ibu serta meningkatkan cakupan program kesehatan dasar lainnya³⁵. Setelah berhentinya program ini, Departemen Dalam Negeri mengeluarkan instruksi bagi Gubernur, Bupati dan Walikota untuk meneruskan program ini dengan dana APBD. Namun efektifitas dari instruksi program ini belum diketahui.

Dengan semakin banyaknya lulusan dokter, sementara ketersediaan formasi dan dana bagi penyelenggaraan PTT menyebabkan antrian calon peserta PTT yang cukup panjang dan lama. Selain itu gaji dan insentif bagi pegawai PTT yang dianggap kurang memadai dan tidak adanya pilihan bagi lulusan dokter dianggap melanggar hak asasi manusia. Pada tahun 2002, Departemen Kesehatan mengubah alternatif PTT dengan memberikan pilihan untuk magang di klinik milik pemerintah/BUMN, klinik yang tidak mengambil keuntungan, menjadi pengajar, PNS, atau menunda magang dengan mengambil pendidikan spesialis.

Pada tahun 2007, dengan Permenkes 512/2007, Departemen Kesehatan menghapuskan program PTT. Dengan demikian dokter lulusan baru dapat langsung membuka praktek swasta atau mengambil pendidikan spesialis atau menjadi PNS. Dengan demikian informasi mengenai lulusan baru tidak terpantau lagi di Departemen Kesehatan, termasuk mengenai informasi tenaga kesehatan yang direkrut di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

Kewenangan daerah untuk merekrut tenaga kesehatan di tingkat daerah belum dapat dimanfaatkan dengan baik. Pemerintah provinsi dan kabupaten/kota yang mempunyai kewenangan untuk mengangkat pegawai tidak banyak merekrut tenaga kesehatan karena berbagai kendala. Penelitian Bappenas tahun 2005 menunjukkan bahwa masalah utama yang dihadapi oleh kabupaten/kota dalam pengangkatan pegawai baru adalah keterbatasan formasi dan keterbatasan dana kemudian disusul berturut-turut oleh masalah regulasi, peminat yang terbatas, lulusan yang terbatas dan lain-lain. Ketiga masalah terakhir relatif hanya terjadi pada 15 persen kab/kota.

Dengan keterbatasan formasi dan dana, sebagian besar daerah masih berharap pada alokasi perekrutan tenaga kesehatan yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan. Namun informasi mengenai alokasi yang tidak tersebar dengan baik dan keterbatasan formasi menyebabkan jumlah yang bisa direkrut juga masih sangat terbatas.

Studi Bappenas (2005) menunjukkan bahwa masalah utama pengadaan tenaga kesehatan baik yang di kabupaten tertinggal maupun tak tertinggal adalah terbatasnya formasi. Sebagai ilustrasi, pada tahun 2004, dari 12 jenis

³⁵ Penelitian oleh tentang Analisa Ekonomi Program Bidan PTT tahun 2001 oleh *Center for Health Research*, Universitas Indonesia

tenaga kesehatan di puskesmas, seluruh kabupaten/kota lokasi penelitian mengajukan usulan pengangkatan tenaga kesehatan yang terdiri dari 1.701 PNS dan 1.439 PTT. Namun dengan keterbatasan formasi yang ada, yang berhasil direalisasikan hanya 1.085 PNS dan 1.196 PTT atau masing-masing sebesar 63,8 persen dan 83,1 persen dari yang diusulkan. Sementara itu pada tahun yang sama 11 PNS dan 95 PTT memasuki masa pensiun atau menyelesaikan masa baktinya. Hal semakin memperburuk keadaan tenaga kesehatan di daerah, apabila tidak diimbangi dengan realisasi pengangkatan tenaga kesehatan yang lebih besar.

Berbagai upaya dilakukan oleh daerah untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan. Karena sebagian besar kabupaten/kota dihadapkan pada jumlah formasi yang terbatas, pemerintah daerah kemudian mengajukan tambahan formasi berupa tenaga PTT ke Pemerintah Pusat. Sebanyak 63 persen kab/kota mengusulkan kebutuhan tenaga kesehatan PTT (dokter umum, dokter gigi dan bidan) ke pusat. Pengajuan PTT ke pemerintah pusat merupakan salah satu strategi dari pemerintah daerah untuk meningkatkan jumlah tenaga kesehatan di daerahnya. Karenanya upaya ini dilanjutkan dengan perekrutan tenaga PTT Pusat tersebut menjadi PNS daerah.

Kebijakan mengenai penempatan tenaga dokter spesialis, merupakan area yang untuk jangka waktu lama tidak digali lebih mendalam relatif dibandingkan dengan dokter dan bidan. Dalam beberapa tahun terakhir kebijakan mengenai dokter spesialis semakin meningkat terutama dengan tingginya disparitas ketersediaan dokter spesialis antar daerah dan antar perkotaan dan perdesaan. Salah satunya adalah dengan pemberian insentif tambahan bagi dokter spesialis yang ditempatkan di daerah yang terpencil dan kerjasama program pendidikan spesialis untuk mengirim residen senior ke rumah sakit kabupaten/kota dalam periode waktu tertentu. Pemberian insentif di pandang perlu karena perbedaan penghasilan antara spesialis yang praktek di perkotaan dan perdesaan. Survei UGM di 8 provinsi tahun 2005 menunjukkan bahwa dokter spesialis rata-rata menerima penghasilan Rp 30-35 juta per bulan, di bandingkan dengan insentif Departemen Kesehatan untuk spesialis di daerah terpencil sebesar Rp 7 juta.

Sebagai salah satu respon Departemen Kesehatan untuk mencukupi kebutuhan dokter spesialis adalah melalui pemberian beasiswa kepada 7.000 calon tenaga dokter spesialis dalam periode 2008-2010. Melalui program ini, Departemen Kesehatan menyediakan pendanaan program sementara pemerintah daerah menyeleksi kandidat. Kandidat yang terpilih mengikuti pendidikan wajib kembali ke daerah asalnya. Dengan program ini diharapkan terjadi percepatan pemenuhan kebutuhan tenaga dokter spesialis di daerah.

Profesionalisme Tenaga Kesehatan

Salah satu tantangan yang dihadapi dalam peningkatan profesionalisme dokter adalah *job description*- yang kurang jelas (World Bank, 2008), walaupun daftar kompetensi yang diperlukan telah tersedia. Deskripsi kerja dokter dalam perannya sebagai dokter umum (*general practitioner*), dokter kesehatan masyarakat (*primary care physicians*), dan dokter keluarga (*family physician*). Dalam kegiatan sehari-hari di puskesmas misalnya, dokter dapat menghabiskan separuh dari waktunya untuk mengerjakan tugas-tugas administratif

Dari data mengenai jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan dapat terlihat bahwa perawat dan bidan adalah pemberi pelayanan utama di sebagian besar daerah perdesaan dan daerah terpencil karena tidak adanya dokter. Perawat dan bidan sering dituntut untuk melakukan pelayanan rawat jalan dan pelayanan medis. Hal ini menimbulkan permasalahan baik bagi tenaga kesehatan tersebut maupun pasiennya. Bidan dan perawat tidak di latih dan secara legal tidak diperbolehkan untuk mendiagnosa dan mengobati pasien. Dengan demikian tantangan yang dihadapi adalah dalam penyediaan tenaga kesehatan sekaligus pengaturan atau regulasi sehingga memberi manfaat bagi pasien dan melindungi tenaga kesehatan itu sendiri.

Permasalahan moral dan etik tenaga kesehatan perlu mendapat perhatian serius karena tenaga kesehatan ini langsung berhubungan dengan masyarakat yang rentan terhadap pengaruh sikap moral dan etik tenaga kesehatan. Untuk itu meningkatkan sikap mental tenaga kesehatan, khususnya moral dan etik, perlu dikenalkan sejak di tingkat pendidikan (*pre service training*) dan melalui perijinan. Pengembangan kurikulum dan penerapan standar kompetensi tenaga kesehatan perlu dikembangkan dengan menambah penekanan pada peningkatan moral dan etik.

Permasalahan lain dengan profesionalisme adalah terkait dengan tingkat kehadiran tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Sebuah studi lintas negara (Chaudhury, 2005) menunjukkan bahwa sekitar 40 persen dokter Puskesmas di Indonesia tidak berada di Puskesmas pada jam kerja (absen). Studi tersebut juga menunjukkan bahwa besarnya tingkat absensi dokter terkait dengan gaji yang relatif tidak besar dan pada saat yang sama mempunyai peluang untuk membuka praktek swasta. *Dual practice* (praktek di fasilitas publik dan praktek swasta) pada satu sisi dapat membantu tenaga kesehatan dalam meningkatkan pendapatan, namun pada sisi lain dapat menyebabkan menurunnya kinerja tenaga kesehatan tersebut pada fasilitas publik. Oleh karena itu, kebijakan praktek ganda ini perlu dikaji lebih lanjut untuk mendapatkan dampak yang optimal

Sistem Perencanaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia

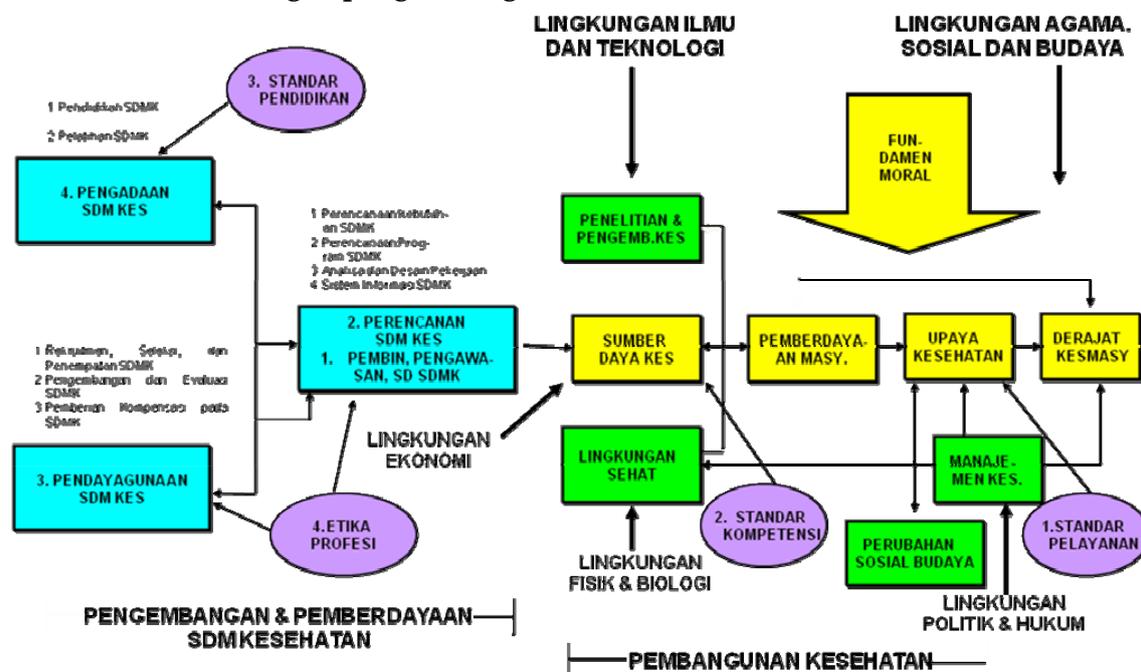
Sejak tahun 2001, kebijakan pengembangan sumber daya kesehatan dalam Indonesia sehat 2010 dan pada tahun 2001 telah dibentuk BADAN

PPSDM Kesehatan. Setelah itu, Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional, dan Undang-Undang Praktek Kedokteran ditetapkan yang berpengaruh terhadap pengembangan sumber daya manusia kesehatan. Dalam kurun waktu ini, peran organisasi profesi semakin meningkat, misalnya dalam penyusunan standar kompetensi tenaga kesehatan.

Di bidang pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan dihadapkan pada permasalahan belum memadainya peraturan perundangan dan regulasi untuk mendukung SDM Kesehatan, termasuk dalam kaitannya dengan desentralisasi dan globalisasi.

Di bidang Pengadaan SDM Kesehatan, hubungan antara kebutuhan dan pengadaan berbagai jenis SDM Kesehatan serta mutu hasil pendidikan dan diklat secara umum masih rendah. Dengan kata lain, kaitan antara standar pelayanan dan standar pendidikan. Standar pelayanan minimal bidang kesehatan seharusnya menjadi acuan dalam menghitung jumlah dan jenis tenaga kesehatan dan standar kompetensi yang diperlukan. Dari sini dapat dibuat perencanaan SDM Kesehatan dan Pembinaan, pengawasan SDM Kesehatan yang kemudian menjadi acuan bagi penyusunan standar pendidikan dan standar etika. Jika ini terjadi maka terdapat kesinambungan dari seluruh proses pengembangan sumber manusia kesehatan sehingga dari mulai pendidikan, hingga pendayagunaan SDM Kesehatan dapat berjalan dengan serasi.

Gambar 3. 29 Pengembangan sumber daya manusia kesehatan dan kaitannya dengan pengembangan standar



Sumber: Hapsara, 2008³⁶

³⁶ Hapsara Habib, dipaparkan pada Diskusi Background Study Seri 3, 17 Juni 2008 di Jakarta

Jika pengembangan sumber daya manusia kesehatan terbentuk sebagai suatu sistem, maka akan terjadi sinergisme dari tahap produksi hingga tahap pendayagunaan termasuk sinergisme antar standar pelayanan, kompetensi, etika profesi dan standar pendidikan. Untuk itu diperlukan kesepakatan mengenai arah pembangunan kesehatan yang akan memerlukan dukungan tenaga kesehatan, yang dalam hal ini secara legal dapat mengacu pada SPM bidang kesehatan, beserta kompetensi yang diperlukan. Dari kebutuhan jumlah dan kompetensi, maka standar etika dan standar pendidikan dapat dibangun.

B.4. Obat dan Perbekalan Kesehatan

Pasar dan Industri Obat

Hingga saat ini terdapat sekitar 16.000 jenis obat yang terdaftar di Indonesia (atau sekitar 13.000 menurut Departemen Kesehatan pada tahun 2006). Sekitar 400 jenis obat tercantum dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) dan 220 di antaranya merupakan dalam bentuk obat generik esensial. Konsumsi obat per kapita per tahun sekitar USD 12 dengan total nilai pasar mencapai USD 2,7 milyar dollar. Nilai konsumsi obat ini masih lebih rendah dibandingkan dengan beberapa negara tetangga seperti Malaysia dan Thailand karena didukung oleh kebijakan guna meningkatkan ketersediaan obat generik dengan harga relatif rendah. Walaupun demikian pasar obat diperkirakan tumbuh 10 persen setiap tahun dalam sejak tahun 2004. Ke depan nilai konsumsi obat diperkirakan tumbuh 9 persen per tahun. *International Pharmaceuticals Manufacturer Groups (IPMG)* memperkirakan 10 persen obat di Indonesia (terutama obat bermerek) adalah obat palsu atau produk yang tidak terdaftar (World Bank 2008c).

Pasar obat masih didominasi oleh produksi domestik, walaupun ekspor dan impor secara perlahan mulai meningkat. Bahan baku impor masih cukup, yaitu mencapai 85 persen dari total kebutuhan bahan baku. Selain itu bea masuk obat impor cukup rendah yaitu hanya 0-5 persen. Walaupun demikian, produk dalam negeri mendapat kemudahan pasar, dengan adanya ketentuan Departemen Kesehatan bahwa untuk pengadaan obat pemerintah, peserta tender diutamakan kepada perusahaan obat domestik.

Saat ini terdapat 204 perusahaan farmasi berlisensi di Indonesia, dengan 15-20 persen di antaranya adalah perusahaan multinasional yang beroperasi di pasar lokal. Sebanyak 67 industri di antaranya telah memproduksi obat generik esensial. Dari jenis perusahaan lokal, hanya terdapat beberapa industri yang cukup besar, yang pada umumnya mempunyai hubungan kepemilikan. Selain itu terdapat 4 industri farmasi BUMN yang cukup besar yang memproduksi vaksin (Biofarma) dan obat (Kimia Farma, Indo Farma dan Phapros) yang juga memiliki agen distribusi serta lebih 300 outlet retail. Perusahaan swasta terbesar adalah Kalbe Farma, Dankos, Darya Varia, dan Sanbe Farma yang berkonsentrasi pada produk generik bermerek, sementara perusahaan milik BUMN mendominasi generik tidak bermerek.

Indonesia juga memiliki sektor pengobatan tradisional, yang cukup beragam dan substansial. Obat-obat tradisional secara luas masih digunakan terutama di daerah perdesaan. Dalam beberapa dekade terakhir obat tradisional produksi rumah tangga berkembang mejadi industri dengan lebih dari 900 industri kecil dan 130 industri menengah – 69 di antaranya telah mendapat sertifikat *Good Traditional Medicine Manufacturing Practise*. Perkembangan industri obat tradisional ini didukung dengan potensi 9.600 jenis tanaman yang berpotensi mempunyai efek pengobatan, dengan 300 di antaranya telah digunakan sebagai bahan baku industri. Dalam rangka mendukung industri obat tradisional, Departemen Kesehatan telah mengeluarkan Kebijakan Nasional Obat Tradisional tahun 2007.

Dalam hal distribusi, terdapat sekitar 2.600 *wholesaler* (agen) yang beroperasi di tingkat kabupaten kota, walaupun kesemuanya terafiliasi pada 10 distributor nasional. Dari jumlah tersebut hanya sepertiganya yang beroperasi dengan efektif. Perusahaan obat juga sering mempunyai anak perusahaan sendiri untuk distribusi. Selain itu terdapat toko-toko obat yang menjual secara grosir. Di Jakarta pasar obat gelap menjual obat *over the counter* (OTC) dan obat resep pada toko obat, dokter praktek dan masyarakat.

Obat-obatan dapat diakses oleh masyarakat melalui berbagai outlet. Di Indonesia terdapat sekitar 8.300 apotik dan 6.600 toko obat. Jumlah ini relatif kecil jika dibandingkan dengan jumlah penduduk. Selain itu terdapat banyak toko obat tak berijin (sekitar 5.000 pada tahun 2005) dan 90.000 penjual kecil dan pedagang kaki lima. Obat-obat esensial untuk pelayanan kesehatan dasar juga tersedia di seluruh puskesmas (sekitar 8.100 puskesmas) dan rumah sakit pemerintah maupun swasta (World Bank 2008c).

Obat juga diperoleh langsung dari dokter dan bidan atau perawat yang jumlahnya terus bertambah. Menurut Asosiasi Farmasi Indonesia, terdapat sekitar 30 persen obat resep yang dijual oleh dokter, bidan atau perawat. Sebenarnya penjualan obat secara langsung oleh dokter tidak diperbolehkan kecuali untuk dokter di daerah terpencil. Namun penerapan kriteria pengecualian ini tidak jelas dan sulit untuk dipantau.

Dari sisi ketenagaan, jumlah tenaga farmasi terus meningkat. Saat ini diperkirakan terdapat sekitar 22.000 apoteker³⁷ dengan 3.000-4.000 lulusan apoteker baru setiap tahun dari sekitar 60 institusi pendidikan. API Indonesia memperkirakan kebutuhan apoteker ideal adalah 60.000.

Kerangka Regulasi

Beberapa regulasi terkait dengan obat dan perbekalan kesehatan antara lain adalah undang-undang tentang obat etik tahun 1949, dan Undang-Undang No 23 tentang Kesehatan. Peraturan lain yang tidak terkait langsung tapi mempunyai pengaruh pada kebijakan obat adalah Undang-Undang tentang Pemerintahan Daerah, Undang-Undang Keuangan Negara, Undang-undang Sistem Jaminan Sosial

³⁷ Menurut data BPPSDK Depkes pada tahun 2006 terdapat 10.207 apoteker

Nasional, Keputusan Presiden tentang pengadaan barang dan jasa dan peraturan menteri. Pada tahun 2006, Departemen Kesehatan telah menetapkan Kebijakan Obat Nasional (KONAS) tahun 2006 yang memuat tujuan dan sasaran nasional di bidang obat serta strategi dan peran untuk mencapainya. Tujuan dari KONAS adalah menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan terutama obat esensial dan jaminan keamanan, khasiat, dan mutu obat beredar, serta penggunaan obat yang rasional.

KONAS berkomitmen adanya pemilihan obat berdasarkan bukti-bukti ilmiah dan pedoman kebutuhan terapeutik serta konsultasi dengan tenaga kesehatan profesional. Dalam hal ini Departemen Kesehatan telah menerbitkan daftar obat esensial sejak tahun 1980 dan direvisi secara berkala pada tahun 1983, 1987, 1990, 1994, 1998, dan 2002.

Renstra Departemen Kesehatan 2004-2009 juga merupakan salah satu acuan dalam pembangunan bidang obat dan perbekalan kesehatan. Renstra Departemen Kesehatan 2004-2009 menetapkan strategi yang ditempuh untuk menjamin adalah menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan harga; menjamin keamanan, khasiat & mutu serta perlindungan terhadap kesalahan dan penyalahgunaan; meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian; dan meningkatkan penggunaan obat rasional

Badan Pengawas Obat dan Makanan bertanggung jawab pada pendaftaran produk, lisensi produksi, dan distribusi. Dengan upaya untuk meningkatkan standar dan kualitas atau keamanan produk, BPOM juga mendorong peningkatan ekspor. BPOM juga telah mengatur iklan dan promosi obat dengan peraturan yang mengharuskan informasi tentang obat harus obyektif, lengkap dan tidak *misleading*.

Ketersediaan dan Keterjangkauan Obat

Indonesia dinilai cukup berhasil dalam menjaga ketersediaan obat esensial sebelum dan sesudah desentralisasi di tingkat puskesmas dan rumah sakit. Selama periode 1999-2003, ketersediaan obat esensial di puskesmas mencapai 80 persen dengan ketersediaan obat yang termasuk dalam daftar inti 90 persen di hampir seluruh puskesmas³⁸. Selain itu studi menunjukkan kesesuaian antara obat yang tersedia dengan profil penyakit di daerah tersebut meningkat dari 74 persen menjadi 81 persen setelah desentralisasi.

Sebelum desentralisasi, obat esensial di sektor publik dijamin ketersediaannya oleh pemerintah melalui sistem suplai dengan keberadaan Sarana Penyediaan Sediaan Farmasi Pemerintah. Sejak desentralisasi, kewenangan penyediaan obat berada di pemerintah kabupaten/kota, dan pemerintah pusat hanya berkewajiban untuk menyediakan obat program, menyediakan *buffer stock* serta menjamin keamanan, khasiat dan mutu obat.

³⁸ Survei tahun 1999-2003 oleh *Centre for Clinical Pharmacology and Medicine Policy Studies*, Universitas Gajah Mada.

Pengadaan obat untuk *buffer stock* dilakukan dengan terpusat. Pengadaan obat yang terpusat memang memiliki keuntungan tersendiri, yaitu dengan adanya efisiensi pengadaan, sehingga biaya satuannya lebih murah. Walaupun demikian, upaya ini harus memperhatikan peraturan dan ketentuan yang berlaku, di mana kewajiban pengadaan obat (kecuali untuk *buffer stock* dan keadaan darurat) telah menjadi kewenangan pemerintah kabupaten/kota

Saat ini pengalokasikan obat ke kab/kota hanya berdasarkan jumlah penduduk miskin, namun belum melihat kebutuhan obat yang sebenarnya. Oleh karena itu pengalokasian obat ke depan harus disempurnakan berdasarkan daftar obat esensial, informasi harga obat Indonesia, dan kuantifikasi berdasarkan data kesakitan (morbiditas) dan standar perawatan. Pengadaan obat harus memperhatikan ketersediaan stok untuk menangani keadaan darurat seperti bencana alam, kejadian luar biasa dan kegawatdaruratan lain.

Rumah sakit umum biasanya menyediakan obat dan menerapkan tarif/harga obat menurut kelas tempat tidurnya. Kebijakan mengenai obat ini bervariasi di setiap kabupaten/kota. Pasien di tempat tidur kelas 3, biasanya menerima obat tanpa merek dengan harga murah atau bebas biaya atau ditanggung oleh asuransi (termasuk Jamkesmas/Askeskin). Pada umumnya rumah sakit umum melakukan pembelian dan pengadaan obat sendiri, dan terpisah dari Dinas Kesehatan. Dengan demikian sistem pengadaan obat relatif lebih fleksibel, dan berkelanjutan menggunakan dana dari pendapatan rumah sakit.

Dalam hal peresepan obat, survei pada tahun 2002 menunjukkan bahwa 90 persen dari obat yang diresepkan di puskesmas adalah obat esensial, sedangkan di rumah sakit umum baru mencapai 76 persen. Di tingkat rumah sakit swasta dan apotik penggunaan obat esensial baru mencapai 49 persen

Walaupun harga OGB relatif rendah dan puskesmas menyediakan obat ini secara gratis, pangsa pasar obat ini relatif kecil dan penggunaannya di puskesmas relatif rendah. Sementara sebagian besar obat yang dibeli merupakan obat yang bermerek. Dengan tingginya ketersediaan obat generik berlogo di apotik-apotik swasta dan rumah sakit, seharusnya akses masyarakat miskin terhadap obat ini cukup tinggi, Namun, pada kenyataannya asimetri informasi dan praktek-praktek pemasaran dapat menghambat akses ini. Dalam hal ini akses terhadap obat merupakan fungsi dari pengetahuan konsumen dan akses terhadap informasi.

Harga Obat

Laporan berbagai lembaga internasional menunjukkan bahwa harga sebagian besar obat di Indonesia berada dalam rata-rata harga internasional, walaupun beberapa pihak menyatakan bahwa harga di Indonesia masih terlalu tinggi, misalnya dibandingkan dengan produk-produk obat generik di India. Departemen Kesehatan dalam KONAS juga mengenali masalah ini dengan menyatakan "harga obat di Indonesia umumnya dinilai mahal dan struktur obat tidak transparan". Perbandingan harga antara satu nama dagang dengan nama dagang lain untuk jenis obat yang sama antar 2 hingga 5 kali lipat.

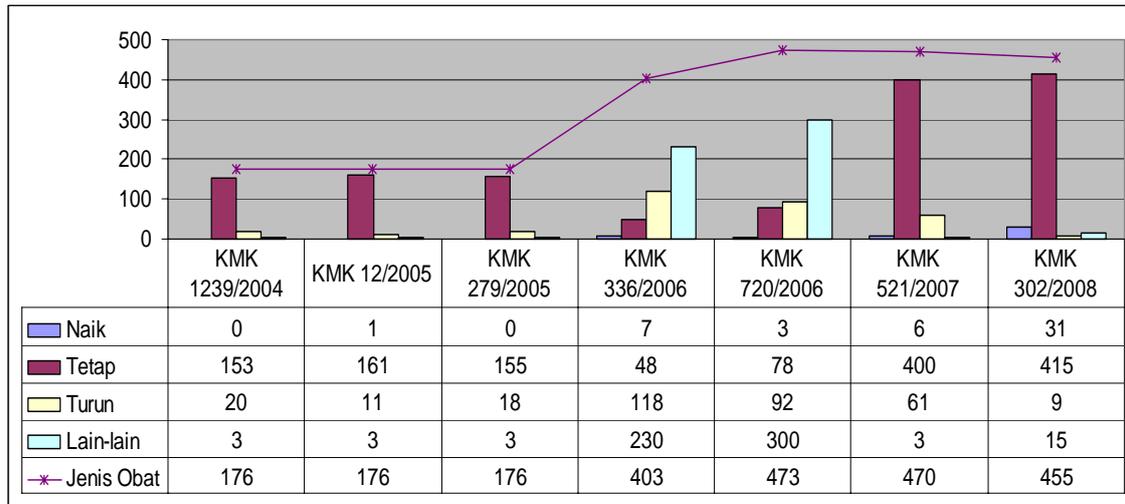
Selain itu masih terdapat beberapa produk tertentu yang harga pasarnya jauh di atas indeks harga internasional. Tingginya harga tersebut salah satunya disebabkan oleh tingginya biaya distribusi karena infrastruktur jalan, biaya perijinan yang tinggi, dan pungutan tidak resmi. Biaya logistik berkontribusi bagi 14 persen dari total biaya logistik. Biaya angkutan truk per kilometer 50 persen lebih tinggi di bandingkan dengan Vietnam, Thailand, Malaysia dan Cina. Walaupun demikian harga-harga produk generik secara umum telah menurun dibanding tahun-tahun sebelumnya.

Mekanisme penetapan harga obat sektor swasta saat ini diserahkan kepada pasar karena merupakan komoditi perdagangan. Namun pemerintah dapat mengeluarkan kebijakan tentang pengaturan harga obat esensial karena merupakan kebutuhan dasar yang mempengaruhi kehidupan manusia. Banyak pasien membayar harga yang lebih tinggi karena keterbatasan ketersediaan produk generik tak bermerek di pasar sektor swasta dan rumah sakit. Harga farmasi di sektor swasta dan margin distributor tidak diatur di Indonesia kecuali untuk 455 produk generik tanpa merek. Margin eceran apotek di batasi maksimum 50 persen (25 persen untuk produk generik tak bermerek). Walaupun demikian perusahaan diwajibkan untuk mencetak harga maksimum yang direkomendasikan pada kemasan.

Pada tahun 1990-an Departemen Kesehatan mengembangkan program obat generik (Obat Generik Berlogo atau OGB) untuk mempromosikan obat generik tanpa merek yang terjangkau. Dalam program ini, obat generik diberi logo sebagai tanda kualitas obat. Hampir setengah dari daftar obat esensial masuk pada daftar OGB ini. Dokter di rumah sakit umum dan puskesmas diwajibkan untuk memberikan resep obat tanpa merek. Sebagai akibatnya, kepatuhan di puskesmas terhadap kebijakan ini cukup tinggi (90 persen), namun kebijakan ini kurang berjalan dengan baik di tingkat rumah sakit umum dan rumah sakit swasta. Sebuah studi tahun 2006 menunjukkan rumah sakit umum tingkat kabupaten kota hanya meresepkan 66 persen obat generik.

Harga OGB diatur oleh keputusan menteri berdasarkan rumus biaya rata-rata harga barang, bahan baku, keuntungan produksi, keuntungan distribusi, pajak penghasilan, dengan maksimum keuntungan retail 25 persen. Pada era 1990-an harga OGB dinegosiasikan setiap tahun dengan BUMN sebagai *supplier* utama. Namun setelah reformasi, penentuan harga dilakukan dalam tender. Penentuan harga obat dilakukan melalui pembahasan yang melibatkan staf Departemen Kesehatan, akademisi, konsumen, perwakilan asosiasi dan perwakilan dari BUMN. Dengan adanya penetapan harga ini, maka harga 455 obat generik tersebut turun secara bervariasi antara 3-70 persen. Harga ini direvisi pada tahun 2006, 2007 dan 2008. Revisi meliputi kenaikan harga beberapa item dan menurunkan beberapa harga yang lain. Harga ini ditetapkan secara seragam di seluruh wilayah Indonesia dengan maksimum keuntungan di eceran sebesar 25 persen. Yang dimaksud dengan kategori lain-lain adalah penambahan jenis obat baru; pengurangan jenis obat; dan perubahan bentuk kemasan

Gambar 3.30. Perubahan harga obat 2004-2008³⁹



Pembiayaan Publik

Dalam rencana strategisnya, Departemen Kesehatan mengharapkan bahwa dalam kurun waktu tahun 2010-2014 pembiayaan obat untuk pelayanan publik dapat mencapai USD 2 per kapita per tahun sesuai rekomendasi WHO dan 95 persen obat esensial generik tersedia di sarana pelayanan kesehatan. Untuk itu, unit pengelola obat (instalasi farmasi) di provinsi dan kabupaten/kota diharapkan mampu menjadi sentra pengelolaan obat sektor publik dengan pelayanan kefarmasian di sarana pelayanan kesehatan yang memenuhi standar. Selain itu Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) dapat menjadi acuan pengobatan di seluruh unit pelayanan kesehatan. Mutu produksi dan distribusi alat kesehatan diharapkan juga dapat meningkat dalam mengantisipasi pemberlakuan harmonisasi global.

Obat-obat untuk pelayanan kesehatan dasar dibiayai dari beberapa sumber melalui beberapa saluran. Biaya pengadaan obat di kabupaten/kota berasal dari anggaran Departemen Kesehatan, DAU, retribusi puskesmas serta – yang terbesar - dari skema jaminan sosial (Askeskin/Jamkesmas). Pada tahun 2007, keseluruhan kontribusi pemerintah adalah sebesar 12.000 rupiah (USD 1,32) per kapita. Dari jumlah ini Departemen Kesehatan mengalokasikan Rp 5.000 per kapita untuk 76,4 juta jiwa melalui Jamkesmas terutama untuk pembiayaan 59 item obat sangat sangat esensial. Pengadaan Departemen Kesehatan ini dimaksudkan sebagai *buffer stock*, yaitu sebesar 5 persen dari obat sangat-sangat esensial di gudang pusat dan 10 persen obat sangat esensial di tingkat provinsi.

Karena pembiayaan utama pengadaan obat esensial di pemerintah daerah terutama dibiayai melalui DAU, sementara kemampuan fiskal dari sangat beragam, alokasi obat oleh setiap kabupate/kota cukup bervariasi. Sebanyak 247 dari 440 kab/kota mengalokasikan kurang dari Rp 5.000 per kapita, 144 kab/kota

³⁹ Dirjen Bina Yanfar dan Alkes Depkes, disampaikan pada Diskusi Background Study Seri 3 pada 17 Juni 2008 di Jakarta

mengalokasikan Rp 5.000-9.000 per kapita dan 49 kab/kota mengalokasikan 9.000 rupiah (World Bank, 2008c).

Menilai apakah pembiayaan untuk obat disuatu daerah sudah mencukupi atau belum sulit dilakukan. Namun dengan jelas dapat dilihat ada daerah-daerah yang mengalokasikan dana terlalu sedikit. Alokasi normatif sebesar USD 2 per kapita per tahun menurut WHO perlu disesuaikan dengan kondisi setempat termasuk profil epidemiologinya.

Obat untuk Asuransi

Secara umum, penduduk yang mengikuti asuransi kesehatan sosial maupun komersial mempunyai akses dan dapat menjangkau obat-obatan esensial. Peserta Asuransi Kesehatan (ASKES) yaitu 14 juta pegawai negeri sipil, anggota keluarganya dan pensiunan mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan rumah sakit. Selain itu ASKES juga bekerja sama menangani asuransi kesehatan sosial di 16 Kabupaten/Kota dan sejak 2005-2007 menangani ASKESKIN. Di tingkat rumah sakit, askes juga me-*reimburse* klaim obat yang termasuk dalam daftar dan plafon harga obat dari rumah sakit. Asuransi kesehatan sosial lain yang lebih kecil adalah yang dikelola oleh TNI dan POLRI (dengan cakupan 2 juta) dan Jamsostek (dengan cakupan 5 juta jiwa pekerja sektor formal).

Pada tahun 2006, Departemen Kesehatan menetapkan daftar obat (formularium) yang dapat digunakan untuk Askeskin dengan daftar obat tertentu dan dibatasi pada obat generik tanpa merek dengan harga *reimbursement* sesuai dengan Keputusan Menkes tentang harga OGB. Namun pada periode 2006-2007 ini Akses membolehkan adanya pemberian resep kepada pasien, obat yang tidak termasuk dalam daftar asalkan disertai dengan justifikasi tertulis dari dokter, tanpa adanya persyaratan atau kontrol yang ketat. Hal berkontribusi cukup besar pada lonjakan pengeluaran obat program Askeskin dari 1 triyun rupiah tahun 2006 menjadi 1,8 trilyun pada tahun 2007 dan berkontribusi sebesar 40 persen dari seluruh pengeluaran Askeskin.

Pada tahun 2008, formularium obat Jamkesmas ini lebih ketat, antara lain dengan tidak adanya *reimbursement* dari Departemen Kesehatan bagi obat yang tidak masuk dalam daftar. Selain itu Departemen Kesehatan menyiapkan tenaga verifikasi di tingkat rumah sakit yang akan memeriksa secara administrasi terhadap klaim termasuk resep obat. Dengan demikian diharapkan, bahwa *moral hazard* penggunaan dana dan klaim dari rumah sakit dapat di minimalisir.

Pasar Bebas

Pada tahun 1994 Indonesia telah meratifikasi perjanjian *World Trade Organization* (WTO) dan lima perjanjian di dalamnya terkait dengan bidang kesehatan yaitu *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPs), *the Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures* (SPS);

the Agreement on Technical barriers to Trade (TBT), the General Agreement on Tariffs and Trade (GATT); dan the General Agreement on Trade in Services (GATS).

Perjanjian ini berimplikasi pada pengetatan perlindungan paten, penghapusan hambatan tarif dan non-tarif, perampingan proses registrasi dan harmonisasi persyaratan teknis. Bagi industri farmasi perjanjian memaksa untuk meningkatkan daya saingnya jika ingin berekspansi ke luar negeri, dan di dalam negeri harus bersaing dengan produk-produk impor. Bagi pemerintah, implikasinya adalah perkuatan kerangka regulasi untuk pengendalian dan pengawasan obat. Selain itu paten dapat berimplikasi pada berlangsungnya hak monopoli produksi obat oleh industri inovator yang dapat menyebabkan harga obat yang lebih mahal. Makin bebasnya perdagangan obat juga dapat masuknya berbagai obat yang tidak memenuhi standar, terutama jika perangkat regulasi dan pengawasan lemah.

Di tingkat regional. pada tahun 2010, *Asean Economic Community (AEC)* akan dilaksanakan dimana akan terjadi arus barang, orang dan jasa di bidang kesehatan yang bebas antar negara ASEAN. Pelayanan kesehatan dan farmasi, termasuk salah satu bagian yang disepakati pada beberapa bagian. Implikasinya adalah terbukanya pasar bagi seluruh industri farmasi regional. Dengan demikian industri farmasi harus bersaing dengan industri farmasi internasional, dan bagi penduduk akan mendapat serbuan obat-obat yang lebih banyak. AEC sebenarnya menyediakan kesempatan yang baik bagi pengembangan bisnis di sektor kesehatan dengan total target pasar potensial di ASEAN seberap 600 juta jiwa dan kapitasi sekitar USD 10 milyar. Namun hingga saat ini strategi, pedoman dan pelayanan kesehatan dan farmasi bagi sektor swasta masih belum dikembangkan oleh pemerintah.

B.5. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan masyarakat

Sistem kesehatan tidak dapat terlepas dari pengaruh dari lingkungannya atau sering di sebut sebagai determinan sosial kesehatan (*social determinant of health*) antara lain meliputi lingkungan hidup, ekologi, ekonomi dan politik serta budaya. Menurut Teori Blum⁴⁰, determinan utama kesehatan masyarakat adalah lingkungan (fisik, sosial, budaya, ekonomi, dan sebagainya) dan perilaku. Perilaku merupakan determinan terbesar kedua yang mempengaruhi derajat kesehatan, baik kesehatan individu, kelompok maupun masyarakat, setelah lingkungan.

Perilaku sehat atau kesehatan mempunyai 2 dimensi utama, yakni preventif-promotif yaitu pencegahan dan peningkatan dan kuratif-rehabilitatif yaitu penyembuhan dan pemulihan⁴¹. Oleh sebab itu perilaku kesehatan atau perilaku hidup sehat mencakup 2 hal utama, yakni:

⁴⁰ Henrik L. Blum dalam buku *Public Administration: A Public Health Viewpoint, Planning for Health* (1974),

⁴¹ Prof. Soekidjo, disajikan dalam *Pertemuan Pra Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi di Bappenas, Jakarta: 5-6 Juni 2008. Guru Besar Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia*

1. Perilaku yang sehat (*healthy behavior*), yakni perilaku orang yang sehat dan yang berisiko agar tercegah (preventif) dari penyakit dan bahkan meningkat derajat kesehatannya (promotif), misalnya menjaga kebersihan perorangan (*personal hygiene*) dan ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya
2. Perilaku pencarian penyembuhan (*health seeking behavior*), yakni perilaku orang yang sakit agar sembuh dari sakitnya (kuratif) dan pulih kesehatannya (rehabilitatif), misalnya mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan

Pentingnya faktor perilaku dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat ini juga telah tertuang dalam “Indonesia Sehat 2010” sebagai kebijakan pembangunan kesehatan di Indonesia. Visi Indonesia Sehat 2010 adalah terwujudnya masyarakat atau penduduk Indonesia hidup dalam: 1) lingkungan yang sehat; 2) perilaku sehat, serta; 3) dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang berkualitas dan merata.

Dalam arah Rencana Pembangunan Jangka Panjang (UU No 17/2005) dinyatakan bahwa “pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Penekanan diberikan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif. Pembangunan nasional harus berwawasan kesehatan, yaitu setiap kebijakan publik selalu memerhatikan dampaknya terhadap kesehatan”.

Dengan Visi Indonesia Sehat 2010 dan arah pembangunan kesehatan RPJP 2005-2025 tersebut jelaslah bahwa promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat merupakan pilar utama pembangunan kesehatan.

RPJMN 2004-2009 sebagai penjabaran dari RPJP menetapkan program promosi dan pemberdayaan masyarakat dengan tujuan untuk memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat agar mampu mengembangkan upaya kesehatan bersumber masyarakat. Secara spesifik, sasaran yang ingin dicapai dengan program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat ini adalah

1. Meningkatnya proporsi keluarga yang berperilaku hidup bersih dan sehat;
2. Meningkatnya upaya kesehatan yang bersumber dari masyarakat dan gerakan generasi muda pembangunan kesehatan; dan
3. Terbangunnya jalinan kemitraan dan peran serta dalam promosi kesehatan.

Untuk mencapai sasaran tersebut, kegiatan pokok yang dilakukan adalah 1) Pengembangan media promosi kesehatan dan teknologi komunikasi, informasi dan edukasi (KIE); 2) Pengembangan upaya kesehatan bersumber masyarakat dan generasi muda; dan 3) Peningkatan pendidikan kesehatan kepada masyarakat

Sejalan dengan RPJM 2004-2009, Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009 menggariskan bahwa tujuan program promosi kesehatan adalah memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat agar mampu menumbuhkan perilaku hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan bersumber masyarakat. Kegiatan pokoknya adalah Pengembangan media promosi kesehatan dan teknologi

komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) mencakup pengembangan media promosi kesehatan, dan melaksanakan dukungan administrasi dan operasional pelaksanaan program promosi kesehatan.

Promosi Kesehatan

Departemen kesehatan kemudian mengembangkan mengembangkan konsep “Perilaku Hidup Sehat dan Bersih” atau PHBS, lengkap dengan indikator-indikator PHBS tersebut. Indikator ini di bagi ke dalam 5 tatanan yaitu: tatanan rumah tangga atau keluarga, tatanan sekolah, tatanan tempat kerja, tatanan institusi kesehatan, dan tatanan tempat-tempat umum. Khusus untuk tatanan rumah tangga indikator yang digunakan adalah:

1. Persalinan ibu melahirkan oleh tenaga kesehatan
2. Memberikan ASI eksklusif anak umur 0-6 bulan
3. Tidak merokok
4. Beraktivitas fisik cukup
5. Mengonsumsi sayur dan buah
6. Menggunakan jamban sehat
7. Akses terhadap air bersih
8. Kesesuaian luas lantai dengan penghuni
9. Lantai rumah bukan tanah (kedap air)
10. Kepemilikan jaminan kesehatan

Indikator-indikator PHBS di tingkat rumah tangga ini, dapat berubah sesuai dengan kondisi yang dianggap paling berpengaruh secara aktual. Misalnya kesesuaian luas lantai dan lantai bukan dari tanah dapat disesuaikan menjadi aktifitas memberantas jentik nyamuk dan cuci tangan pakai sabun.

Pada tabel berikut dapat dilihat pencapaian beberapa indikator yang terkait dengan PHBS dalam dua kurun waktu yang berbeda. Secara umum dapat dilihat bahwa dari beberapa indikator tersebut terdapat kecenderungan peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat pada masyarakat, walupun beberapa di antaranya mengalami perkembangan yang cukup lambat seperti persalinan oleh tenaga kesehatan. Beberapa indikator lain justru menunjukkan penurunan PHBS seperti menurunnya proporsi bayi 0-6 bulan yang mendapat ASI eksklusif dan meningkatnya penduduk yang merokok.

Tabel 3. 25 Pencapaian beberapa indikator terkait PHBS di Indonesia

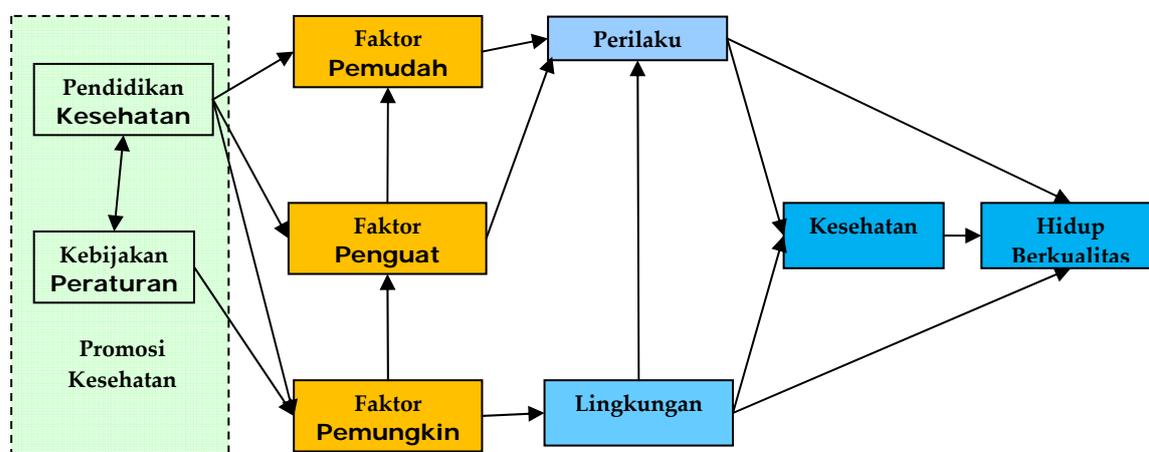
Indikator	Capaian		Sumber data
Persalinan di bantu oleh tenaga kesehatan	71,52 (2004)	71,9 (2007)	Susenas
Pemberian ASI eksklusif anak 0-6 bulan	39,5% (2003)	32% (2007)	SDKI
Penduduk usia di atas 25 tahun yang merokok	31,5% (2001)	34,3% (2004)	Susenas
Penduduk > 15 tahun yang kurang aktif		84,9% (2004)	Susenas
Mengonsumsi sayur dan buah	65% (2005)	79% (2007)	Aswatini (2007)
Menggunakan jamban sehat	52,3% (2000)	60% (2006)	Susenas
Penduduk dengan akses terhadap air bersih	53,4% (2004)		Susenas
Kebiasaan cuci tangan sebelum makan	-	14% (2006)	Survei STBM Depkes
Kepemilikan jaminan kesehatan	20% (2000)	27% (2007)	Depkes

Selain indikator yang bersifat individual (masing-masing perilaku), Departemen Kesehatan juga menetapkan indikator komposit yang dapat digunakan untuk menggambarkan secara umum perilaku hidup bersih dan sehat. Dengan indikator ini, Departemen Kesehatan menetapkan bahwa pada tahun 2009, diharapkan sebanyak 60 persen rumah tangga mempraktekkan PHBS. Sementara itu capaian PHBS pada tahun 2005 adalah 27 persen yang kemudian meningkat menjadi 36,3 persen pada tahun 2007. Bila mengacu pada PHBS rumah tangga ini, maka kesenjangan antara capaian dan target yang ingin di capai masih cukup besar.

Dalam tataran yang lebih luas, berbagai perkembangan lingkungan determinan sosial kesehatan menunjukkan bahwa perilaku masyarakat yang tidak bersih dan sehat merupakan penyebab dari berbagai permasalahan kesehatan. Saat ini perilaku masyarakat tersebut bahkan dalam fase yang disebut sebagai “*self destruct mode*”⁴² di mana masyarakat bersikap dan berperilaku mengabaikan kesehatan mereka sendiri dan masyarakat sekitarnya. Hal ini antara lain dapat dilihat dari berbagai degradasi lingkungan, meningkatnya pencemaran, kebiasaan merokok serta peningkatan perilaku yang beresiko meningkatkan penyakit kronis.

Seperti telah dijelaskan sebelumnya, termasuk perilaku kesehatan dipengaruhi atau ditentukan oleh banyak faktor. Salah satu teori yang saat ini banyak dianut dalam menganalisis atau mendiagnosis perilaku adalah teori Precede-Proceed (Green 1991).

Gambar 3. 31 Skema analisa pencapaian status kesehatan



Modifikasi dari Green, 1980

Dalam teori *Precede-Proceed* ini, Green mengatakan bahwa perilaku kesehatan ditentukan oleh 3 faktor utama, yaitu:

1. *Predisposing factors* (faktor-faktor pemudah) yang meliputi pengetahuan dan sikap terhadap kesehatan; dan tradisi, kepercayaan dan nilai-nilai terkait dengan kesehatan dan penyakit
2. *Enabling factors* (faktor-faktor pemungkin) yang meliputi ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas untuk mewujudkan perilakunya, misalnya adanya

⁴² Hayono Suyono. Makalah Pengembangan Budaya Hidup Sehat melalui Pemberdayaan Masyarakat, melalui Pemberdayaan dan Promosi Kesehatan. Disampaikan pada Diskusi Background Study RPJM Seri 3 pada 17 Juni 2008 di Jakarta.

- air bersih, jamban, tempat sampah, dan sebagainya; dan ekonomi, dana atau uang untuk mengadakan sarana mewujudkan perilakunya. Uang untuk membeli makanan bergizi, biaya untuk berobat ke dokter, dan sebagainya.
3. *Reinforcing factors* (faktor-faktor penguat): meliputi perilaku contoh dari para tokoh panutan; aturan legal dari pejabat formal; dan dukungan dari tokoh informal, dan sebagainya.

Dengan ikut menangani 3 faktor yang berpengaruh tersebut, maka upaya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat akan menjadi lebih terarah. Secara umum, berbagai informasi tentang kesehatan yang disampaikan oleh para petugas kesehatan, para kader, para tokoh masyarakat baik secara formal sudah cukup sering dan sudah berlangsung lama dengan berbagai jenis informasi

Dari hasil berbagai penelitian dari berbagai lokasi oleh berbagai kalangan dan dari berbagai area masalah kesehatan, terungkap bahwa pengetahuan responden telah tinggi, misalnya bahwa 89,0 persen responden ibu tahu manfaat ASI, 97,0 persen responden ibu tahu mengapa anaknya harus ditimbang tiap bulan dan 91,8 persen tahu gunanya imunisasi bagi anak balitanya⁴³. Walaupun demikian, perilaku memberikan ASI eksklusif, membawa anak balitanya untuk ditimbang, cakupan imunisasi, kepesertaan KB, melakukan aktifitas 3 M, dan sebagainya masih rendah. Hal ini menunjukkan bahwa dengan peningkatan pengetahuan masyarakat saja tidak cukup, tapi perlu didukung dengan faktor-faktor pemungkin dan faktor pendorong.

Dalam bidang sarana dan prasarana pendukung untuk mewujudkan perilaku hidup sehat, dalam bentuk fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia sebenarnya sudah cukup banyak. Pada tahun 2006 jumlah puskesmas 8,015 unit, hampir di setiap kecamatan ada puskesmas (atau sekitar 3,61 puskesmas untuk setiap 100.000 penduduk), yang didukung oleh 22.171 unit puskesmas, dan 1.292 rumah sakit dan 269.202 posyandu (Profil Kesehatan, 2005). Permasalahannya adalah ketersediaan fasilitas kesehatan tersebut belum dimanfaatkan secara optimal oleh masyarakat antara lain karena hambatan biaya dan transportasi menuju fasilitas kesehatan.

Pengetahuan dan ketersediaan sarana tidak serta merta mampu meningkatkan perilaku masyarakat, karena mungkin belum adanya motivasi yang kuat. Oleh karena itu dorongan dan contoh dari tokoh atau figur dalam masyarakat sebagai acuan dalam berperilaku diperlukan. Masyarakat juga memerlukan dukungan secara legal dalam bentuk peraturan yang mempunyai daya paksa sehingga masyarakat berperilaku hidup sehat, misalnya pengaturan larangan penayangan iklan susu formula dan iklan rokok di televisi, keharusan melakukan dampak kesehatan pada proyek-proyek pembangunan dan lain sebagainya.

Dilihat dari acuan pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2004-2009 dan Visi Indonesia Sehat 2010, terlihat bahwa dalam peningkatan PHBS, penekanan yang dilakukan oleh sistem kesehatan selama ini adalah pada peningkatan pengetahuan melalui pendidikan dan peningkatan sarana dan prasarana. Yang masih terlihat

⁴³ Prof. Soekidjo, disajikan dalam Pertemuan Pra Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi di Bappenas, Jakarta: 5-6 Juni 2008. Guru Besar Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

sangat kurang adalah pada upaya-upaya penciptaan peraturan yang dapat mendorong dan memaksa masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Keterbatasan di sini mempunyai dua pengertian yaitu peraturan yang tidak ada atau penegakan hukum (*law enforcement*) yang lemah. Salah satu contoh yang sangat nyata adalah belum diratifikasinya *Framework Convention on Tobacco Control* (FTCT) oleh pemerintah Indonesia. Dengan belum diratifikasi protokol ini, maka upaya untuk mengurangi kebiasaan merokok menjadi tidak optimal. Beberapa daerah yang telah mempunyai aturan mengenai pembatasan merokok di tempat umum, seperti di DKI Jakarta, namun penegakan hukum-nya hampir tidak dilakukan.

Promosi kesehatan bisa berjalan dengan efektif apabila didukung oleh beberapa kegiatan kesehatan masyarakat lainnya, seperti pendidikan kesehatan masyarakat yang bertujuan memberikan pengetahuan tentang kesehatan dan upaya kesehatan lingkungan untuk mendukung dan menjalankan tugas penyehatan lingkungan dan pengawasan sanitasi dasar pada masyarakat. Kebijakan publik juga harus sehat (*healththy public policy*), dalam arti mendukung program kesehatan masyarakat bukan hanya kebijakan kesehatan yang bersifat kuratif. Organisasi sosial kemasyarakatan harus diberi ruang dalam intervensi kesehatan masyarakat dan terlibat pada setiap kegiatan promosi kesehatan. Penghargaan kepada masyarakat dan keluarga juga perlu diberikan dan diberi kesempatan membagi pengalamannya membangun budaya hidup sehat dan bermartabat.

Pemberdayaan masyarakat

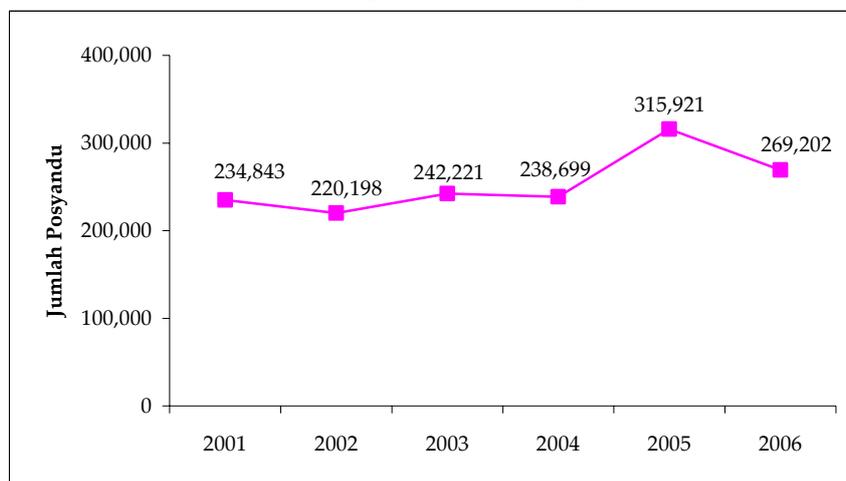
Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitasi guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi dan fasilitas yang ada. Tujuan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, meliputi : a) meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya sendiri (*self-care*), b) memperbaiki pengambilan keputusan pencarian pengobatan (*treatment decision*), c) meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan (*health literacy*), dan d) meningkatkan reaksi tanggap masyarakat atas pelayanan kesehatan dan masalah kesehatan di lingkungannya (*responsiveness*).

Kegiatan pemberdayaan masyarakat yang sebetulnya sangat strategis telah cukup berhasil dengan dirintisnya partisipasi masyarakat sejak tahun 1983 melalui pengembangan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Posyandu merupakan pelembagaan dari upaya “dari, oleh, dan untuk masyarakat di bidang KB dan kesehatan”. Posyandu dianggap cukup berhasil dalam memobilisir masyarakat, khususnya ibu hamil dan anak balita untuk memeriksakan kehamilan dan berat-badannya. posyandu dianggap telah membantu dalam mendeteksi gejala kekurangan gizi, sehingga secara nasional prevalensi kekurangan gizi terus menurun hingga tahun 2000.

Tetapi akhir-akhir ini posyandu difungsikan sebagai kepanjangan tangan pemerintah di masyarakat. Anggapan ini menghambat perkembangan posyandu sebagai pusat partisipasi masyarakat dalam bidang Keluarga Berencana (KB) dan

kesehatan (Haryono Suyono, 2007). Peran posyandu semakin melemah, terutama dengan adanya desentralisasi. Walaupun data Departemen Kesehatan menunjukkan adanya peningkatan jumlah posyandu, diperkirakan hanya sebagian saja yang aktif. Posyandu yang dianggap cukup aktif di Jawa Barat sekitar sekitar 80 persen, di Sulawesi Barat sekitar 60 persen dan di Aceh sekitar 30 persen.

Gambar 3. 32 Perkembangan Jumlah Posyandu di Indonesia



Sumber: Profil Kesehatan 2006

Peran posyandu dirasa banyak pihak mulai menurun setelah adanya krisis ekonomi 1997, dimana banyak kader sukarela yang kemudian lepas dari kegiatan posyandu. Peran PKK mulai menurun sehingga menjadi salah satu faktor menurunnya aktifitas posyandu. Pada umumnya kelembagaan PKK saat ini masih dan telah aktif sampai di tingkat desa. Tetapi komponen di bawahnya, terutama Dasa Wisma, aktifitas masih minimal⁴⁴.

Sebetulnya masalah Kelompok Kerja Operasional (Pokjanal) Posyandu telah terjadi sebelum krisis, yaitu kurang aktifnya pokjanal oleh karena tidak mempunyai dukungan dana operasional yang cukup dan kesulitan dalam melakukan koordinasi. Kualitas posyandu yang menurun antar lain karena makin tergantung datang atau tidaknya petugas dari puskesmas, kemampuan dan motivasi kader yang makin rendah, kurangnya kegiatan pendukung seperti kesulitan penyediaan makanan tambahan, kurangnya fasilitas dan administrasi, kurangnya dukungan tokoh masyarakat atau kejenuhan dari warga.

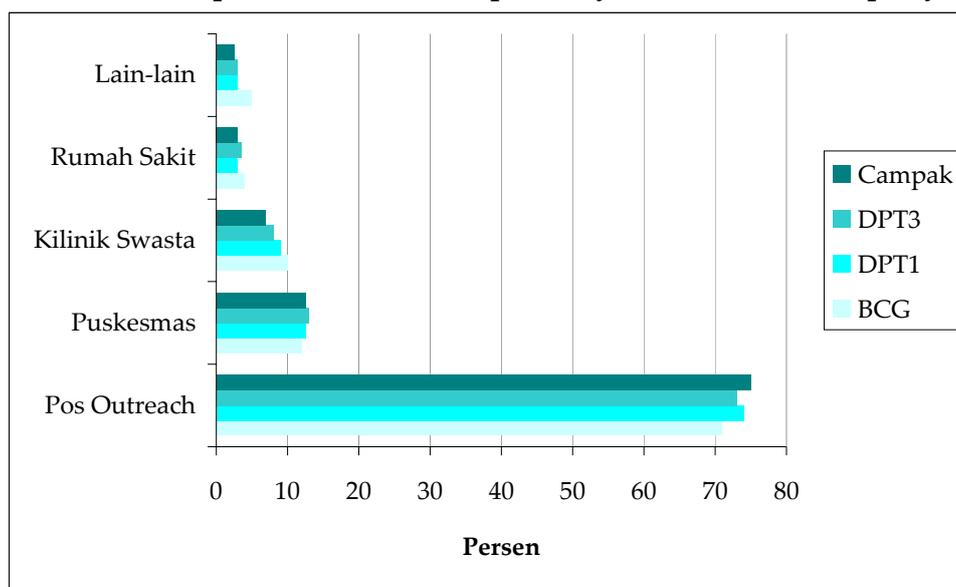
Salah satu motor utama penggerak posyandu adalah kader PKK. Kegiatan PKK terutama yang berhubungan dengan Pokja IV dan Posyandu memang menurun setelah reformasi tahun 1997. Tetapi sejak tahun 2004, dengan periode kepemimpinan nasional yang baru, PKK mulai diaktifkan kembali. Walaupun banyak kesulitan yang dialami seperti banyaknya perubahan personel dan pengurus baru Tim Penggerak PKK di semua tingkatan administrasi pemerintahan, terutama di kabupaten/kota ke bawah, tetap berusaha untuk bangkit, terutama guna mengaktifkan posyandu di perdesaan.

⁴⁴ Agus Swandono, dari hasil *assesment* Posyandu di Jabar, Sumbar dan NAD tahun 2005

Hingga saat ini sulit untuk melihat perubahan peran dan kinerja posyandu secara komprehensif terutama karena terbatasnya evaluasi mengenai posyandu. Tetapi, bagaimanapun peran posyandu saat ini, hampir semua pihak melihat bahwa peran posyandu sangat strategis dalam pembangunan baik dari sektor pendidikan, kesehatan, air bersih dan sanitasi, gizi dan sektor lain yang fokus pada pemberdayaan masyarakat. Dalam bidang gizi, peran UPGK dan posyandu diakui di dunia internasional sebagai salah satu *best practices* dalam upaya penurunan gizi hingga tahun 2000.

Peran posyandu juga sangat penting dalam *delivery* program imunisasi bayi dan ibu hamil. Survei mengenai cakupan imunisasi tahun 2007 yang dilakukan oleh Pusat Riset Epidemiologi dan Surveilans Universitas Indonesia menunjukkan bahwa lebih dari 70 persen imunisasi dasar pada bayi dilakukan melalui posyandu, sedangkan yang dilakukan di puskesmas hanya sekitar 10 persen, klinik swasta sekitar 8-10 persen dan di rumah sakit sekitar 3-5 persen. Untuk imunisasi TT pada ibu dengan anak usia di bawah satu tahun, peran posyandu juga sangat signifikan, karena berkontribusi pada sekitar 45-50 persen cakupan, sedangkan cakupan pada klinik swasta dan puskesmas berkisar 15-20 persen dan rumah sakit sekitar 2 persen.

Gambar 3. 33 Cakupan imunisasi dasar pada bayi menurut fasilitas pelayanan⁴⁵



Sumber: Pusat Riset Epidemiologi

Konsep pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan, saat ini tidak berkembang dengan baik. Dalam RPJMN 2004-2009, pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan diarahkan pada pengembangan upaya kesehatan bersumber masyarakat (seperti pos pelayanan terpadu, pondok bersalin desa, dan usaha kesehatan sekolah) dan generasi muda.

Walaupun jumlah posyandu secara nasional masih bertahan di atas 200.000, efektifitasnya sebagai bagian dari pembangunan kesehatan dinilai banyak pihak

⁴⁵ Survei mengenai cakupan imunisasi tahun 2007 yang dilakukan oleh Pusat Riset Epidemiologi dan Surveilans Universitas Indonesia

menurun. Salah satu alasannya adalah kedudukan posyandu dalam pembangunan nasional yang ambigu. Pemerintah memandang posyandu tumbuh dari masyarakat dan menjadi tanggung jawab masyarakat. Tetapi pada saat yang sama, pemerintah memerlukan posyandu sebagai salah satu *delivery point* bagi pelayanan kesehatan, tetapi tidak didukung secara sistematis baik dalam pembinaan teknis maupun finansial. Banyak lembaga yang berkepentingan dengan posyandu seperti program bina keluarga balita dan pendidikan anak usia dini. Departemen Dalam Negeri juga sangat berkepentingan dengan posyandu dan menjadi salah satu lembaga pemerintah yang mempunyai unit yang menangani posyandu. Namun upaya-upaya revitalisasi posyandu kurang berhasil karena tidak adanya pendekatan yang serempak, terpadu dan dengan dukungan anggaran yang mencukupi.

Usaha kesehatan sekolah, dengan adanya kalsifikasi fungsi pemerintah, bukan lagi dalam kewenangan Departemen Kesehatan dalam hal penganggaran namun menjadi bagian dari tugas Depdiknas. Oleh karena itu kerjasama antar sektor kesehatan dan pendidikan menjadi hal yang penting dalam mengoptimalkan Depdiknas.

Berbagai pendekatan yang dulu di anggap berhasil dalam pemberdayaan masyarakat adalah adanya gugus atau kelompok sukarelawan yang bekerja di lingkungan masyarakat, misalnya juru pemantau jentik (*jumantik*), juru malaria, dan lain-lain. Secara umum, saat ini kelompok sukarelawan seperti ini sudah sulit ditemui. Kemungkinan pendekatan sukarela yang tidak lagi cocok dan tidak sesuai dengan perkembangan jaman.

Desa Siaga merupakan sebuah pendekatan baru yang diperkenalkan sebagai bagian dari pemberdayaan masyarakat. Pada prinsipnya Desa Siaga mengharapkan penduduk desa tersebut memiliki sumber daya dan kemampuan untuk mengatasi masalah kesehatan secara mandiri dan memiliki Poliklinik Kesehatan Desa (*Polkedes*). Dalam desa siaga dilakukan upaya promotif (termasuk penyuluhan gizi), preventif (termasuk surveilans gizi dan pemeriksaan bumil dan balita), dan kuratif/rehabilitatif (pengobatan), memiliki peralatan dan obat-obatan. Pelayanan kesehatan dilakukan oleh Kader Kesehatan dan Petugas Puskesmas. Sumber pendanaan bagi desa siaga berasal masyarakat (*iuran, sumbangan, dana sosial*), swasta/dunia usaha, hasil usaha, dan pemerintah

Sebagai sebuah pendekatan baru, efektifitas desa belum dapat diketahui dengan jelas karena belum adanya evaluasi. Tentunya jika menjadi kenyataan setiap desa siaga mempunyai poliklinik kesehatan desa (*polkedes*) yang dilengkapi dengan tenaga, peralatan dan obat-obatan, akses masyarakat menjadi lebih baik. Namun tantangan desa siaga sebagai sebuah pemberdayaan masyarakat adalah inisiatif yang datang bukan dari masyarakat, tetapi dari pemerintah, sehingga memerlukan waktu yang tidak pendek untuk dapat menggerakkan masyarakat. Tantangan lain adalah diperlukannya investasi bangunan, peralatan, obat, dan tenaga kesehatan yang juga tidak mudah didapatkan. Sebagai sebuah pendekatan kesehatan formal, desa siaga juga perlu di sinkronkan dengan sistem pelayanan kesehatan dasar yang ada, termasuk sistem rujukannya.

Secara keseluruhan, konsep pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan perlu dibangun lebih solid lagi, sehingga menjadi bagian dari sistem kesehatan yang mempunyai peran yang besar. Rangkaian yang lebih serius diperlukan, karena pendekatan pemberdayaan masyarakat diharapkan menjadi fokus utama dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sebagaimana diamanatkan oleh Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional, sebagai *mainstream* pembangunan kesehatan ke depan.

B.6. Manajemen Kesehatan

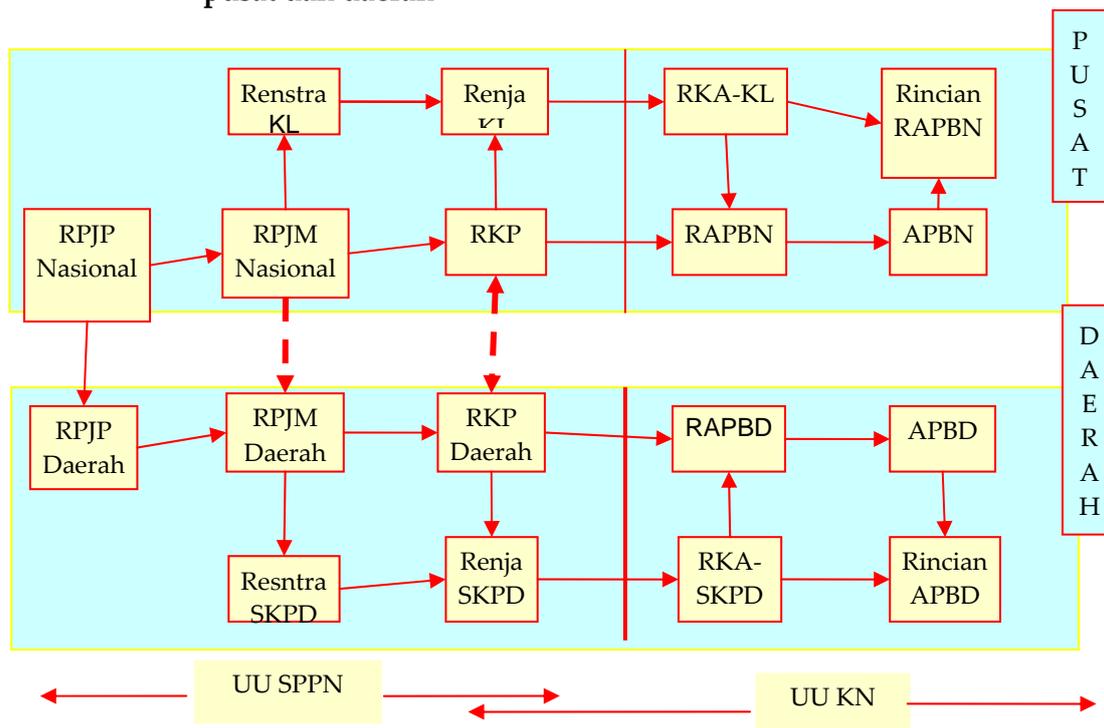
Kebijakan dan Administrasi Kesehatan

Administrasi kesehatan, yang mencakup perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban pembangunan kesehatan di berbagai tingkat dan bidang, sudah dikembangkan. Pada saat ini telah disusun berbagai panduan administrasi kesehatan, termasuk didalamnya Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010, Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan 2005-2009 serta sistem perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu (P2KT). Pada masa yang akan datang berbagai panduan ini perlu disempurnakan, seperti sistem penganggaran yang berbasis kinerja, untuk selanjutnya dilengkapi dengan panduan tentang Kewenangan Wajib serta Standar Pelayanan Minimal (SPM) dalam rangka desentralisasi.

Pembahasan tentang kebijakan pembangunan kesehatan nasional dapat dimulai dari sistem perencanaan dan penganggaran pembangunan. Acuan utama bagi kedua sistem tersebut adalah UU no 25 tahun 2005 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, UU no 17 tahun 2004 tentang Keuangan Negara, dan UU No 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional. Ketiga undang-undang tersebut menjadi landasan bagi pemerintah baik di tingkat pusat maupun daerah dalam merencanakan program-program pembangunan dan pembiayaannya.

Perencanaan pembangunan berawal dari tujuan negara dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Indonesia yang menjadi dasar penetapan visi dan misi Indonesia ke depan (2025) untuk mewujudkan Indonesia yang maju, mandiri adil dan makmur. Untuk itu ditetapkan misi pembangunan nasional yang dijabarkan ke dalam arah pembangunan menurut sektor. Visi dan misi jangka panjang diharapkan dapat dicapai melalui pentahapan pembangunan per 5 tahun dalam kerangka jangka menengah (RPJM), yang lebih lanjut dijabarkan setiap tahunnya dalam rencana kerja pemerintah (RKP). Secara paralel setiap kementerian/lembaga menyusun rencana strategis (Renstra) kementerian/lembaga yang menjadi panduan acuan dalam penyusunan rencana kerja tahunan kementerian/lambaga. Dalam perencanaan tahunan ini penganggaran kegiatan dilakukan melalui Rencana Anggaran dan Belanja Negara (RAPBN). Proses perencanaan dan penganggaran serupa terjadi pada tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

Gambar 3. 34 Bagan alur sistem perencanaan dan penganggaran pembangunan di pusat dan daerah



Menurut Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional disusun sebagai penjabaran visi dan misi presiden/kepala daerah terpilih. Dalam hal ini terjadi proses politik, di mana kehendak masyarakat dan presiden/kepala daerah diterjemahkan secara politik menjadi acuan dalam penyusunan perencanaan jangka menengah. Walaupun demikian, RPJMN juga harus melaksanakan amanat RPJPN. Dengan kata lain visi dan misi presiden/kepala daerah adalah sebuah strategi untuk mencapai amanat RPJPN. Proses ini dalam perencanaan dan penganggaran disebut dengan proses teknokratik.

Pola hubungan sistem perencanaan nasional di atas berimplikasi bahwa setiap dokumen dan tahap perencanaan mempunyai keterkaitan yang sangat erat dan tidak berdiri sendiri. Renstra K/L misalnya harus disusun dengan mengacu pada rencana jangka menengah. Renstra K/L bukanlah dokumen yang berdiri sendiri yang dapat mengagendakan upaya-upaya dan target-target yang tidak sesuai dengan arah RPJMN dan kemampuan keuangan. Renja K/L juga harus disusun dengan mengacu pada RKP termasuk program, jenis kegiatan, dan pendanaannya. Dengan demikian konsistensi antara RPJMN dan RKP terjaga dan tercermin dalam kegiatan, target dan anggaran yang tertuang dalam Renja/KL.

Dalam pelaksanaan RPJMN 2004-2009 hubungan antar sekuen perencanaan masih belum optimal. Kesenjangan antara penterjemahan arah RPJPN dengan visi-misi presiden atau kepala daerah terpilih yang tertuang dalam RPJMN dan RPJMD dapat terjadi apabila proses politik dan teknokratik tidak berjalan baik. Proses teknokratik yang lebih mendasarkan pada pendekatan rasional bisa saja tidak berjalan dengan baik karena harus memberikan ruang bagi pendekatan kepentingan

politik. Kesenjangan antara RPJPN dengan RPJMN, khususnya RPJMN tahap pertama periode 2004-2009 juga terjadi karena RPJPN sebagai acuan dalam penyusunan RPJMN terbit pada tahun 2007, atau 3 tahun setelah RPJMN 2004-2009 ditetapkan. Dalam penyusunan RPJMN 2010-2014, kesenjangan antara proses politik dan teknokratik mungkin akan tetap terjadi, namun konsistensi dengan RPJPN seharusnya dapat dijaga. Dalam hal ini, arah kebijakan, strategi, dan program RPJMN seharusnya lebih searah dengan ketentuan dalam RPJPN.

Rencana Strategis Kementerian/Lembaga, walaupun disusun dengan mengacu pada RPJMN, masih belum sepenuhnya selaras dengan alur RPJMN. Misalnya target-target yang tercantum dalam renstra Departemen Kesehatan lebih bersifat "wish list" dan belum disusun berdasarkan kemampuan keuangan. Akibatnya banyak target-target yang ditetapkan sulit untuk tercapai.

Dalam siklus perencanaan tahunan, RKP, Renja K/L, dan RKA K/L juga belum menunjukkan alur perencanaan yang baik. Program dan kegiatan dalam RKA K/L misalnya sulit untuk dapat dilacak hubungannya dengan kegiatan dalam RKP. Salah satu penyebabnya adalah sistem administrasi keuangan pembangunan negara secara keseluruhan yang belum rapi, belum adanya standarisasi nomenklatur dan kategorisasi kegiatan dalam dokumen perencanaan, dan mekanisme pemantauan pasca perencanaan yang tidak terjadi. Untuk memperbaiki kesemrawutan ini perlu pendekatan kerangka regulasi yang mengatur dengan jelas hal-hal tersebut di atas.

Dalam hal administrasi anggaran, anggaran di sektor kesehatan yang tidak terealisasi juga cukup besar. Misalnya anggaran Departemen Kesehatan dalam APBN 2007 hanya dapat direalisasikan (diserap) sebesar 82,1 persen. Artinya sekitar seperlima anggaran yang telah dialokasikan tidak dapat dibelanjakan sesuai dengan perencanaan. Salah satu penyebabnya adalah sistem perencanaan yang anggaran memungkinkan terjadinya penundaan eksekusi anggaran karena keterlambatan terbitnya dokumen anggaran (DIPA), yang terjadi akibat revisi anggaran pada awal tahun dan memakan waktu lama, sehingga kegiatan baru dapat mulai dilaksanakan pada pertengahan tahun. Pada akhirnya, kualitas program dan kegiatan tidak mendapat perhatian karena pelaksana anggaran berfokus pada peningkatan tingkat penyerapan anggaran (sebagai kriteria yang digunakan untuk menilai kesuksesan program/kegiatan).

Sistem Informasi

Desentralisasi urusan kesehatan ke pemerintah daerah sejak tahun 2001 mempunyai dampak yang sangat besar dan merugikan dalam hal arus informasi, terutama tentang kinerja program dari kabupaten/kota ke pemerintah pusat. Sejak tahun 2001, tidak tersedia mekanisme yang cukup kuat untuk dapat memelihara pelaporan secara nasional, terutama pelaporan yang berbasis fasilitas (*facility based data*). Dengan demikian program di tingkat nasional mengalami kesulitan dalam menyusun basis data yang *up-to date* tentang kinerja program.

Pengumpulan data yang masih dapat dikumpulkan dengan mengandalkan survei yang cenderung lebih pada data output dan outcome yang tidak dapat

tersedia dalam waktu yang relatif cepat untuk keperluan perencanaan (*evidence-based planning*). Sebagai contoh, Buku Profil Kesehatan Nasional yang di susun oleh Departemen Kesehatan setiap tahun yang lebih mengandalkan informasi berbasis fasilitas di daerah dalam beberapa tahun terakhir sulit di susun secara representatif karena daerah tidak memberikan data yang cukup. Data yang dimaksud tidak hanya capaian kegiatan, namun juga mengenai pembelanjaan anggaran. Oleh karena itu sistem informasi kesehatan dan *provincial and district health account* merupakan upaya yang perlu diperkuat dengan segera

Sistem Informasi Kesehatan yang disusun Departemen Kesehatan setelah desentralisasi dilakukan dengan membangun jejaring yang lebih kuat didukung dengan penyediaan peralatan dan pelatihan bagi pengelola. Sejak tahun 2007, Departemen Kesehatan mengembangkan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS) terutama dengan mengoptimalkan koordinasi pelaporan data untuk mengurangi/menghilangkan tumpang-tindih (*overlaps*), dan penyediaan satu saluran pelaporan dengan mendayagunakan teknologi informasi dan komunikasi, dalam bentuk kebijakan pengembangan SIKNAS *Online* (Kepmenkes No. 837/Menkes/SK/VII/2007). Pengembangan sistem informasi ini merupakan salah satu dari empat pilar strategi Departemen Kesehatan dalam mencapai visi dan misi Renstra Departemen Kesehatan 2004-2009.

Target dari pengembangan SIKNAS ini pada tahun 2009 adalah seluruh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, Rumah Sakit Pemerintah, dan Unit Pelaksana Teknis Pusat telah terhubung dengan Departemen Kesehatan melalui jaringan komputer (*online*). Data yang termuat dalam sistem ini meliputi penyakit berpotensi KLB/wabah, kesehatan ibu dan anak serta Gizi, sumber daya manusia kesehatan, kinerja keuangan, data dasar puskesmas, dan pelaksanaan SPM kabupaten/kota; serta data pelayanan di fasilitas kesehatan. Jika telah berfungsi dengan baik, maka sistem informasi ini akan sangat membantu dalam penyusunan perencanaan berbasis bukti.

Salah satu kelamahan dari sistem informasi ini tetap mengandalkan pada input dari titik-titik fasilitas (*facility points*) yang ada di daerah. Di setiap level pemerintahan, sistem ini terorganisasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA). Tantangan yang dihadapi adalah bagaimana untuk menjamin bahwa arus informasi dari fasilitas mengalir ke dinas kesehatan kabupaten, kemudian ke tingkat provinsi dan akhirnya ke tingkat pusat.

Dalam sistem pemantauan dan evaluasi, pengumpulan sumber data yang rutin, representatif, dan independen juga diperlukan. Peran Badan Pusat Statistik (BPS) dalam survei tahunan melalui Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) menjadi sangat penting. Selama ini hanya sebagian kecil dari data yang dapat digunakan untuk pemanataan pembangunan kesehatan bisa didapatkan dari Susenas, itupun dengan jeda waktu antara survei dan ketersediaan data sekitar satu tahun. Walaupun survei lain yang dilakukan oleh BPS adalah Survei Kesehatan Rumah Tangga (sebagai bagian atau modul dari Susenas) dan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) yang lebih fokus pada kesehatan ibu dan anak dan kesehatan reproduksi. Survei ini tidak dilaksanakan setiap tahun, dan biasanya tergantung pada rencana pengelolaan dari departemen. Misalnya modul kesehatan

Susenas 2007 tidak dilaksanakan, karena digabung dengan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 yang dilaksanakan Departemen Kesehatan. Sementara itu SDKI 2007 dilaksanakan setelah 4 tahun dari SDKI sebelumnya.

Riskesdas 2007 yang dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan merupakan sesuatu yang baru dengan survei yang sebagian diambil dari modul kesehatan di Susenas dengan penambahan banyak variabel baru tentang berbagai penyakit tidak menular. Data ini diharapkan dapat mengisi kekosongan data dasar yang selama ini terjadi.

Yang perlu dilakukan segera adalah penataan kembali indikator-indikator terutama bagi keperluan pemantauan kinerja pembangunan kesehatan dan evaluasi antara lain melalui pemetaan indikator dan sumber data. Susenas bisa menjadi alat yang cukup baik bagi pemantauan pembangunan, jenis data yang dikumpulkan perlu ditata kembali sesuai dengan keperluan perencanaan, antara lain dengan menghapuskan variabel yang tidak perlu dan menambahkan variabel baru yang dianggap penting. Beberapa data untuk evaluasi bisa dikumpulkan melalui SDKI atau Riskesdas, sedangkan data-data program yang penyakit lain yang tidak mungkin dikumpulkan melalui survei diharapkan dapat diperoleh dari *facility based* SIKNAS online.

Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan

Iptek kesehatan dihasilkan dari penelitian dan pengembangan kesehatan yang diselenggarakan oleh pusat-pusat penelitian dan pengembangan, baik milik pemerintah, masyarakat, swasta, dan pemerintah. Untuk memanfaatkan hasil penelitian tersebut, dilakukan penapisan yang diselenggarakan oleh lembaga khusus yang berwenang. Penyebarluasan dalam rangka pemanfaatan hasil-hasil penelitian dan pengembangan kesehatan dilakukan melalui pembentukan jaringan informasi dan dokumentasi Iptek Kesehatan.

Departemen Kesehatan memiliki Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Badan Litbangkes) yang mempunyai tugas melaksanakan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan. Badan Litbangkes ini mempunyai fungsi; (1) Menyusun perumusan kebijakan, standarisasi teknis penelitian dan pengembangan di bidang sistem dan kebijakan kesehatan, biomedis dan farmasi, ekologi dan status kesehatan, serta gizi dan makanan; (2) Menyusun perumusan program penelitian dan pengembangan di bidang sistem dan kebijakan kesehatan, biomedis dan farmasi, ekologi dan status kesehatan, serta gizi dan makanan; (3) melaksanakan penelitian dan pengembangan di bidang sistem dan kebijakan kesehatan, biomedis dan farmasi, ekologi dan status kesehatan, serta gizi dan makanan; (4) melakukan koordinasi penelitian dan pengembangan di bidang sistem dan kebijakan kesehatan, biomedis dan farmasi, ekologi dan status kesehatan, serta gizi dan makanan; (5) melakukan pembinaan dan fasilitas teknis penelitian dan pengembangan di bidang sistem dan kebijakan kesehatan, biomedis dan farmasi, ekologi dan status kesehatan, serta gizi dan makanan; (6) melakukan pengkajian dan penapisan teknologi di bidang kesehatan; (7) melakukan penyebarluasan hasil-hasil

penelitian dan pengembangan; (8) melaksanakan evaluasi pelaksanaan penelitian dan pengembangan; dan (9) melaksanakan administrasi Badan.

Sampai saat ini telah banyak penelitian yang dikembangkan oleh badan litbangkes mengenai pengembangan sistem dan kebijakan kesehatan, namun masih secara umum belum dimanfaatkan untuk menjadi dasar bagi pengambilan keputusan. Hal terjadi karena kultur pengambilan kebijakan yang belum sepenuhnya berdasarkan bukti-bukti ilmiah dan juga karena relevansi hasil penelitian yang belum sesuai dengan kebutuhan data dan informasi untuk pengambilan kebijakan.

Kendala lain adalah pada dukungan dana untuk penelitian yang relatif kecil. Anggaran untuk Program Penelitian dan Pengembangan di Departemen Kesehatan, misalnya pada tahun 2006 sebesar Rp 174 milyar atau 1,2 persen dari keseluruhan anggaran Departemen Kesehatan. Selain itu dana tersebut sebagian besar digunakan untuk riset pembinaan tenaga kesehatan yang merupakan kegiatan rutin dan belum ada riset unggulan atau riset startegis setiap tahunnya. Dalam situasi semacam ini, maka kerjasama dengan lembaga penelitian, perguruan tinggi dan swasta menjadi sangat penting.

Hukum Kesehatan

Dalam SKN 2004 dinyatakan bahwa hukum kesehatan dikembangkan secara nasional dan dipakai sebagai acuan dalam mengembangkan peraturan perundang-undangan kesehatan daerah. Ruang lingkup hukum kesehatan mencakup penyusunan peraturan perundang-undangan, pelayanan advokasi hukum, dan meningkatkan kesadaran hukum di kalangan masyarakat. Penyelenggaraan hukum kesehatan di dukung oleh pembentukan dan pengembangan jaringan informasi dan dokumentasi hukum kesehatan, serta pengembangan satuan unit organisasi hukum kesehatan di Departemen Kesehatan.

Dalam kurun waktu beberapa tahun terakhir, beberapa Undang-Undang dan peraturan yang terkait dengan pembangunan kesehatan telah diterbitkan. Dalam bidang perencanaan pembangunan nasional (termasuk sektor kesehatan), telah diterbitkan Undang-Undang no. 25 tahun 2004 mengenai sistem perencanaan nasional yang pada dasarnya mengatur alur perencanaan antar waktu dan antar tingkat pemerintahan sehingga terjadi keterpaduan perencanaan.

Undang-Undang No, 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2005 yang menetapkan visi dan misi pembangunan nasional jangka panjang termasuk arah pembangunan kesehatan ke depan. Menurut undang-undang ini pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dengan penekanan pada upaya promotif preventif dan pendekatan promosi dan pemberdayaan masyarakat. Walaupun arah kebijakan telah dengan jelas tercantum, namun implementasinya dalam perencanaan pembangunan kesehatan masih belum mempunyai pola yang jelas, terutama pada alokasi penganggarnya.

Salah satu undang-undang yang langsung mempunyai dampak besar dalam sistem pembiayaan kesehatan adalah dengan terbitnya Undang-Undang no. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU SJSN memberikan payung hukum pengembangan Jaminan kesehatan dan membuat *platform* yang sama bagi seluruh lapisan masyarakat baik pegawai negeri, pegawai swasta, maupun pekerja di sektor informal dalam menghadapi risiko sosial ekonomi di masa depan. Undang-Undang ini diharapkan dapat menjadi dasar dalam menjamin seluruh penduduk Indonesia untuk mendapatkan jaminan kesehatan antara lain melalui penyelenggaraan jaminan/asuransi kesehatan bagi seluruh rakyat, atau Asuransi Kesehatan Nasional.

UU SJSN juga mengamanatkan adanya peraturan pemerintah dan peraturan presiden sebagai penjabaran dari beberapa pasal di dalamnya yang lebih lanjut memberikan kerangka regulasi bagi pelaksanaan jaminan kesehatan bagi masyarakat serta kelengkapan lembaganya, misalnya tentang tata cara penggantian Dewan Jaminan Sosial Nasional, pentahapan kepesertaan wajib bagi pekerja formal pada sistem jaminan sosial, pendataan peserta dan lain-lain. Pengaturan lebih lanjut ini yang masih belum selesai hingga tahun 2008.

Peraturan perundangan lainnya yang terkait dengan pembangunan kesehatan adalah Undang-Undang kesehatan Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, dan juga sebagai acuan dalam penyusunan berbagai kebijakan, pedoman dan arah pelaksanaan pembangunan kesehatan dan Undang-Undang Praktik Kedokteran No. 29 tahun 2004. Sistem Kesehatan Nasional sendiri tidak ditetapkan sebagai undang-undang, melainkan peraturan Menteri Kesehatan. Beberapa pihak memandang bahwa kerangka peraturan perundang-undangan, baik yang melindungi tenaga kesehatan maupun masyarakat, masih belum tertata dengan baik. Misalnya sistem kesehatan nasional, yang menurut beberapa pendapat, seharusnya ditetapkan dengan undang-undang dan kemudian menjadi acuan bagi peraturan perundangan lain di bidang kesehatan yang saling bersinergi.

Dalam kaidah pembangunan nasional, terdapat dua pendekatan yang bisa dipakai dalam intervensi pembangunan yaitu kerangka regulasi dan kerangka investasi (anggaran). Kerangka investasi adalah upaya pembangunan yang berkaitan dengan pelaksanaan kegiatan pelayanan yang didukung dengan dana yang intensif. Sedangkan kerangka regulasi menggunakan pendekatan penyusunan peraturan perundangan yang diharapkan dapat memfasilitasi terjadinya perubahan dan menunjang upaya yang dilakukan dengan kerangka anggaran. Pendekatan kerangka regulasi ini yang sering tidak dilakukan secara intensif, walaupun sebenarnya akan mempunyai dampak yang cukup besar.

BAB IV. DASAR HUKUM DAN LINGKUNGAN STRATEGIS

A. Landasan Hukum

A.1. UUD 1945

Menurut UUD 1945 pasal 28 H ayat 1 setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Perubahan Kedua UUD Republik Indonesia 1945).

Sedangkan, menurut UU no.23 Tahun 1992 bahwa kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 melalui pembangunan nasional yang berkesinambungan berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. Derajat kesehatan yang besar artinya bagi pengembangan dan pembinaan sumber daya manusia Indonesia dan sebagai modal bagi pelaksanaan pembangunan nasional yang pada hakekatnya adalah pembangunan manusia Indonesia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia. Dengan memperhatikan peranan kesehatan di atas, diperlukan upaya lebih memadai bagi peningkatan derajat kesehatan dan pembinaan penyelenggaraan upaya kesehatan secara menyeluruh dan terpadu (Diktum Menimbang UU tentang Kesehatan atau UU No.23 Tahun 1992).

A.2. RPJPN

Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP) Nasional Tahun 2005 – 2025 adalah dokumen perencanaan pembangunan nasional yang merupakan penjabaran dari tujuan dibentuknya Pemerintahan Negara Indonesia yang tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dalam bentuk visi, misi, dan arah pembangunan nasional untuk masa 20 tahun ke depan yang mencakup kurun waktu mulai dari tahun 2005 hingga tahun 2025.

RPJPN ditetapkan dengan maksud memberikan arah dan acuan bagi seluruh komponen bangsa (pemerintah, masyarakat, dan dunia usaha) dalam mewujudkan cita-cita dan tujuan nasional sesuai dengan visi, misi, dan arah pembangunan yang disepakati bersama sehingga seluruh upaya yang dilakukan oleh pelaku pembangunan bersifat sinergis, koordinatif, dan saling melengkapi dalam satu pola sikap dan pola tindak.

Berdasarkan kondisi bangsa Indonesia saat ini, tantangan yang dihadapi dalam 20 tahunan mendatang dengan memperhitungkan modal dasar yang dimiliki oleh bangsa Indonesia, dan amanat pembangunan yang tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, visi pembangunan nasional tahun 2005–2025 adalah: Indonesia Yang Mandiri, Maju, Adil, dan Makmur.

Perwujudan visi pembangunan nasional tersebut ditempuh melalui 8 (delapan) misi pembangunan nasional sebagai berikut:

1. Mewujudkan masyarakat berakhlak mulia, bermoral, beretika, berbudaya, dan beradab berdasarkan falsafah Pancasila

2. Mewujudkan bangsa yang berdaya-saing
3. Mewujudkan masyarakat demokratis berlandaskan hukum
4. Mewujudkan Indonesia aman, damai, dan bersatu
5. Mewujudkan pemerataan pembangunan dan berkeadilan
6. Mewujudkan Indonesia asri dan lestari
7. Mewujudkan Indonesia menjadi negara kepulauan yang mandiri, maju, kuat, dan berbasiskan kepentingan nasional
8. Mewujudkan Indonesia berperan penting dalam pergaulan dunia internasional

Untuk mewujudkan misi bangsa yang berdaya saing, pembangunan nasional jangka panjang diarahkan antara lain untuk mengedepankan pembangunan sumber daya manusia berkualitas dan berdaya saing yang antara lain ditandai dengan meningkatnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan Indeks Pembangunan Gender (IPG), serta tercapainya penduduk tumbuh seimbang yang ditandai dengan angka reproduksi neto (NRR) sama dengan 1, atau angka kelahiran total (TFR) sama dengan 2,1.

Pengendalian jumlah dan laju pertumbuhan penduduk diarahkan pada peningkatan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi yang terjangkau, bermutu dan efektif menuju terbentuknya keluarga kecil yang berkualitas. Sistem administrasi kependudukan penting pula dilakukan untuk mendukung perencanaan dan pelaksanaan pembangunan di tingkat nasional dan daerah serta mendorong terakomodasinya hak penduduk dan perlindungan sosial.

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Penyelenggaraan pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamakan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut (manula), dan keluarga miskin.

Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui peningkatan upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan yang disertai oleh peningkatan pengawasan, pemberdayaan masyarakat, dan manajemen kesehatan. Upaya dilakukan dengan memerhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan iptek, serta globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan dan kerja sama lintas sektor. Penekanan diberikan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif. Pembangunan nasional harus berwawasan kesehatan, yaitu setiap kebijakan publik selalu memerhatikan dampaknya terhadap kesehatan. Pembangunan dan perbaikan gizi dilaksanakan secara lintas sektor yang meliputi produksi pangan, pengolahan, distribusi, hingga konsumsi pangan tingkat rumah tangga dengan kandungan gizi yang cukup, seimbang, serta terjamin keamanannya dalam rangka mencapai status gizi yang baik.

A.3. RPJPK

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) adalah sebuah dokumen yang dijadikan sebagai acuan perencanaan pembangunan nasional di bidang kesehatan. RPJPK merupakan penjabaran dari RPJPN tahun 2005-2025, dalam bentuk visi, misi & arah pembangunan nasional di bidang kesehatan untuk kurun waktu tahun 2005-2025

RPJPK dimaksudkan untuk memberikan arah sekaligus sebagai acuan bagi pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta dalam mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi, misi dan arah pembangunan kesehatan yang disepakati, sehingga seluruh upaya yang dilakukan masing-masing pelaku pembangunan kesehatan bersifat sinergis dan saling melengkapi antara satu pelaku dengan pelaku pembangunan kesehatan lainnya

Dasar-dasar pembangunan kesehatan menurut RPJPK adalah perikemanusiaan, yaitu dengan memperhatikan hak asasi manusia. Pembangunan dilakukan secara adil dan merata terutama agar setiap warga negara hidup dalam lingkungan yang baik dan sehat, serta mempunyai akses pada pelayanan kesehatan yang berkualitas. Pembangunan kesehatan dilakukan dengan pengutamaan dan manfaat yaitu mengutamakan kepentingan umum dan sinergisme antar pelaku serta pemberdayaan dan kemandirian yaitu dengan peran aktif masyarakat, solidaritas sosial dan gotong royong

Visi pembangunan kesehatan adalah menciptakan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di mana setiap warga negara dapat hidup dalam lingkungan yang bebas kerawanan sosial budaya dan melaksanakan nilai-nilai solidaritas sosial. Masyarakat berperilaku melindungi diri dari masalah kesehatan, sadar hukum, dan hidup dalam komunitas yang aman. Pelayanan kesehatan tersedia untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dan termasuk dalam keadaan darurat dan bencana.

Tujuan RPJPK adalah meningkatnya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui terciptanya: Indonesia sehat 2025

Adapun misi RPJPK adalah:

1. Menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan
2. Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat
3. Memelihara dan meningkatkan upaya kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau
4. Meningkatkan dan mendayagunakan sumber daya kesehatan

Sasaran RPJPK pada tahun 2025 adalah meningkatkan usia harapan hidup menjadi 73,7 tahun, menurunkan angka kematian bayi menjadi 15,5 per 1000 kelahiran hidup, menurunkan angka kematian ibu menjadi 74 per 100.000 kelahiran hidup dan menurunkan kekurangan gizi pada anak balita menjadi 9,5 persen.

Dalam rangka pencapaian tujuan, maka pencapaian sasaran input, proses dan output juga harus ditahapkan. Tahap yang ingin dicapai pada pentahapan pembangunan kesehatan periode 2010-2014 adalah:

1. Upaya kesehatan: akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas telah lebih berkembang dan meningkat
2. Pemberdayaan masyarakat: berbagai UKBM yang ada telah kembali mampu melakukan kegiatan dan fungsinya
3. SDM Kesehatan: pemenuhan kebutuhan SDM Kesehatan (SDM-K) untuk daerah terpencil sebagian besar telah dipenuhi
4. Pembiayaan kesehatan: pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat, swasta, dan pemerintah sudah tersedia, dan lebih meningkat, dialokasikan secara adil, dan dimantapkan secara berhasil guna dan berdaya guna
5. Obat: rasionalisasi harga obat dapat dilaksanakan dan harga obat telah lebih terjangkau oleh masyarakat
6. Manajemen Kesehatan: sistem informasi kesehatan telah dapat dibangun dengan baik. Sistem pencatatan dan pelaporan termasuk rekam medis dengan dukungan komputerisasi dan telekomunikasi jarak jauh sudah makin berkembang

A.4. PP 38 tahun 2007

Pada masa 2001 hingga 2007, terjadi semacam kebingungan mengenai pembagian peran antara pusat dan daerah yang tidak eksplisit. Pada tahun 2007, diterbitkan PP No 38 tahun 2007 tentang pembagian urusan pemerintahan antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota. PP ini mengatur peran pemerintah pusat, provinsi dan daerah/kota ke dalam bidang dan sub-bidang tentang peran kementerian/lembaga. PP mencoba menjawab keluhan dalam pelaksanaan desentralisasi yaitu ketidakjelasan pembagian tugas antara pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota.

Peraturan pemerintah no 38 tahun 2007 ini merupakan penjabaran dari Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. PP ini menegaskan bahwa urusan pemerintahan terdiri atas urusan pemerintahan yang sepenuhnya menjadi kewenangan Pemerintah dan urusan pemerintahan yang dibagi bersama antar tingkatan dan/atau susunan pemerintahan. Bidang kesehatan merupakan urusan yang dibagi menjadi kewenangan bersama antara pusat, provinsi dan kabupaten/kota, yang dikelompokkan lagi menjadi sub-bidang. Hal ini juga berimplikasi bahwa kesehatan sebagai bagian dari pelayanan dasar kepada rakyat wajib diselenggarakan oleh pemerintahan daerah provinsi dan pemerintahan daerah kabupaten/kota.

Karena menjadi urusan wajib, berarti setiap pemerintah daerah perlu melakukan upaya guna memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat. Kegiatan ini dapat dilaksanakan dengan baik apabila daerah mempunyai sumber pendanaan yang mencukupi. Oleh

karena itu, untuk mendukung pelaksanaan urusan pemerintahan yang diserahkan kepada daerah juga disertai dengan sumber pendanaan, pengalihan sarana dan prasarana, serta kepegawaian.

Pembagian wewenang merupakan dasar yang dapat digunakan oleh pemerintah dalam memilih kegiatan apa yang perlu di rencanakan di tingkat pusat dan kabupaten/kota serta provinsi. Namun dalam pelaksanaannya, rincian pembagian urusan menurut sub-bidang masih menimbulkan interpretasi yang agak kabur.

Tabel 4. 1 Contoh Pembagian peran dalam PP 38/2007 antar tingkat pemerintahan dalam Sub Bidang Sumber Daya Manusia

PEMERINTAH	PEMERINTAHAN DAERAH PROVINSI	PEMERINTAHAN DAERAH KABUPATEN/KOTA
SUB BIDANG : Sumber Daya Manusia Kesehatan		
SUB-SUB BIDANG : Peningkatan Jumlah, Mutu dan Penyebaran Tenaga Kesehatan		
1. Pengelolaan tenaga kesehatan strategis.	1. Penempatan tenaga kesehatan strategis, pemindahan tenaga tertentu antar kabupaten/kota skala provinsi	1. Pemanfaatan tenaga kesehatan strategis.
1. Pendayagunaan tenaga kesehatan makro skala nasional	2. Pendayagunaan tenaga kesehatan skala provinsi	2. Pendayagunaan tenaga kesehatan skala kabupaten/kota.
3. Pembinaan dan pengawasan pendidikan dan pelatihan (diklat) dan <i>Training Of Trainer</i> (TOT) tenaga kesehatan skala nasional	2. Pelatihan diklat fungsional dan teknis skala provinsi.	2. Pelatihan teknis skala kabupaten/kota.

Dalam PP ini pembagian peran dalam peningkatan jumlah, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan telah ditetapkan, namun aturan tidak serta dapat diikuti dengan mudah karena peningkatan jumlah dan mutu hanya diterjemahkan dengan pengelolaan, pendayagunaan, pembinaan dan pelatihan. Tentunya dalam aspek ketenagaan masih banyak faktor lain yang perlu diperhatikan, misalnya produksi, penggajian, mutasi dan lain sebagainya.

Walaupun demikian, penerapan PP 38/2007 ini secara konsisten akan menyebabkan perubahan konfigurasi kebijakan, program dan kegiatan pembangunan kesehatan yang selama ini dilakukan di Departemen Kesehatan. Perubahan mungkin terjadi bila juga terjadi reposisi peran sentral yang condong sebagai pemberi pelayanan ke lebih yang bersifat regulasi yaitu standar dan norma.

Menurut PP ini, menteri/kepala lembaga pemerintahan non departemen yang membidangi urusan pemerintahan yang bersangkutan, dalam hal ini adalah Departemen Kesehatan, perlu menerbitkan ketentuan lebih lanjut mengenai pengaturan teknis untuk masing-masing sub bidang atau sub sub bidang urusan pemerintahan diatur dengan peraturan setelah berkoordinasi dengan Menteri Dalam Negeri. Dalam PP 38/2007 ditetapkan bahwa penyelenggaraan urusan wajib termasuk kesehatan berpedoman pada standar pelayanan minimal yang ditetapkan pemerintah dan dilaksanakan secara bertahap

A.5. Pembagian peran pusat-daerah

Departemen kesehatan secara umum bertanggungjawab pada kebijakan kesehatan nasional, mengoperasikan beberapa rumah sakit vertikal, rumah sakit khusus dan rumah sakit pendidikan, rekrutmen dan alokasi tenaga kesehatan secara terbatas serta operasionalisasi beberapa program vertikal seperti untuk pengendalian penyakit menular. Departemen Kesehatan juga masih memegang fungsi penyediaan dan pembiayaan pelayanan kesehatan. Pangelokasian dana di Departemen Kesehatan (dan departemen dan lembaga lainnya) oleh Departemen Keuangan masih berdasarkan pada anggaran tahun-tahun sebelumnya, dan belum sepenuhnya didasarkan pada kebutuhan. Departemen Kesehatan juga mempunyai alokasi untuk membayar klaim rumah sakit dan pemberian dana berdasarkan kapitasi untuk puskesmas melalui skema jamkesmas.

Kabupaten/kota mempunyai tanggung jawab utama dalam pemberian pelayan kesehatan dan pengalokasian dana. Kabupaten/kota merupakan penanggung jawab bagi fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan di tingkat daerah termasuk pemenuhan tenaga kesehatan. Peran provinsi lebih terbatas pada *capacity building* dan koordinasi. Dengan *setting* seperti ini, hubungan antara pusat-provinsi-kabupaten/kota sering terhambat, misalnya dalam sistem informasi yang tidak dapat mengalir dengan mulus di kedua arah.

Sejak desentralisasi, pembagian peran antar pusat, provinsi dan kabupaten kota dalam pembangunan kesehatan masih belum jelas. Dengan terbitnya PP 38 tahun 2007, sebenarnya telah dirumuskan secara lebih detail mengenai pembagian urusan bidang kesehatan ini. Namun aturan ini masih belum secara tegas dan eksplisit pembagian kewenangan tersebut, misalnya intervensi apa yang seharusnya dilakukan setiap tingkat pemerintahan, dan bagaimana pembagian pembiayaannya.

Dalam PP no 65 tahun 2005, sebenarnya telah ditetapkan perlunya standar pelayanan minimum yang harus dilaksanakan oleh pemerintah daerah termasuk pembiayaannya. Departemen Kesehatan telah menetapkan SPM bidang kesehatan melalui Permenkes no 741 tahun 2008 yang menetapkan 18 indikator yang dikelompokkan dalam 4 kategori yaitu pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan, surveilans epidemiologi, dan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

Dengan adanya SPM ini, maka daerah wajib mengalokasikan anggaran untuk pencapaian SPM sesuai dengan target waktunya. Apabila daerah tidak

melaksanakan SPM ini maka pemerintah pusat dimungkinkan untuk mengambil alih upaya dengan biaya dari itu sendiri daerah dan dimungkinkan adanya pemberian sanksi. Namun semua itu perlu adanya peraturan yang jelas. Departemen Kesehatan juga perlu mengeluarkan aturan atau tata cara dalam pencapaian SPM termasuk perhitungan biaya yang diperlukan untuk melaksanakan SPM.

Alokasi dana dari APBD yang berasal dari DAU, PAD atau bagi hasil untuk membiayai pembangunan kesehatan cukup kecil. Studi di daerah binaan *Health Service Project*, menunjukkan bahwa rata-rata proporsi anggaran kesehatan terhadap APBD adalah 6 persen (Bappenas, 2008). Daerah yang tinggi proporsinya adalah Kabupaten Bogor (13 persen), Aceh Barat (10 persen) dan Sumedang (9 persen). Walaupun puskesmas dan rumah sakit milik daerah menjadi tanggung jawab daerah, pada pelaksanaannya, anggaran daerah sangat terbatas, dan mengandalkan pada subsidi dari pemerintah pusat, misalnya melalui program Askeskin.

Puskesmas dan rumah sakit, juga sering menjadi "*revenue center*" bagi pemda. Penelitian Kristiansen dan Santoso (2006) menunjukkan bahwa 75 persen pemasukan di puskesmas dan rumah sakit umum daerah masuk ke pemerintah daerah. Secara tidak langsung beberapa pemerintah daerah juga menjadikan dana Jamkesmas di puskesmas sebagai sumber pendapatan dengan mengutip sebagian dari jasa bidan untuk pelayanan penduduk miskin. Sebagai dasar hukum, juga harus dimasukkan ke pos pendapatan daerah, sebelum dikeluarkan lagi untuk pelayanan. Akibatnya eksekusi dana menjadi mundur dan menghambat pelayanan serta menjadi beban administrasi puskesmas.

Peran swasta dalam pelayanan kesehatan cukup tinggi (sekitar 40 persen masyarakat mencari pengobatan ke swasta), namun pengawasan dan pengaturan oleh pemerintah pelayanan yang diberikan swasta masih belum memadai. Pendekatan kerangka regulasi dalam membantu menciptakan kondisi yang kondusif bagi pelayanan kesehatan merupakan area yang masih sering terlupakan baik oleh pemerintah pusat maupun daerah.

Desentralisasi juga menyebabkan beberapa kegiatan dalam pencegahan penyakit menular dan surveilans melemah. Selain karena keterbatasan kemampuan tenaga kesehatan terutama di tingkat kabupaten (yang sebelum desentralisasi tergantung pada inisiatif dan asistensi tenaga dari pusat), juga karena kurangnya berbagai petunjuk dan pedoman bagi intervensi kesehatan kepada daerah, termasuk sistem perencanaan, pemantauan dan evaluasinya.

Keterbatasan data surveilans penyakit menular membatasi kemampuan pemerintah untuk mendeteksi secara dini potensi kejadian luar biasa untuk mencegah terjadinya epidemi yang meluas. Sebelum desentralisasi, kepatuhan terhadap pelaporan dianggap cukup baik walaupun belum ada sistem yang memverifikasi kelengkapan data. Komunikasi antara pusat dan daerah mengenai data surveilans masih lemah bahkan pada saat sebelum desentralisasi. Sistem informasi berdasarkan registrasi vital belum tersedia di Indonesia, berbagai data penting seperti kematian ibu diperoleh melalui estimasi yang belum tentu menggambarkan keadaan yang sebenarnya dan sulit diperoleh pada tingkat administrasi yang kecil.

A.6. Standar Pelayanan Minimum

Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Pelayanan dasar yang dimaksud adalah bagian dari pelaksanaan urusan wajib dan memiliki karakteristik sebagai pelayanan yang sangat mendasar; berhak diperoleh oleh setiap warga secara minimal, dijamin ketersediaannya oleh konstitusi dan konvensi internasional, didukung data dan informasi terbaru yang lengkap serta tidak menghasilkan keuntungan materi. Dengan demikian tidak semua bagian urusan wajib merupakan pelayanan dasar.

Tabel 4. 2 SPM Bidang Kesehatan

	Target (%)	Tahun
A. Pelayanan kesehatan dasar		
1. Cakupan kunjungan ibu hamil K4	95	2015
2. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani	80	2015
3. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	90	2015
4. Cakupan pelayanan nifas	90	2015
5. Cakupan neonatal dengan komplikasi yang ditangani	80	2010
6. Cakupan kunjungan bayi	90	2010
7. Cakupan desa/kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	100	2010
8. Cakupan pelayanan anak balita	90	2010
9. Cakupan pemberian makanan pendamping asi pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin	100	2010
10. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan	100	2010
11. Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat	100	2010
12. Cakupan peserta KB aktif	70	2010
13. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit	100	2010
14. Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin	100	2015
B. Pelayanan kesehatan rujukan		
15. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien maskin	100	2015
16. Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di kab/ kota	100	2015
C. Penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan kejadian luar biasa (KLB)		
17. Cakupan desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi kurang dari 24 jam	100	2015
D. Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat		
18. Cakupan desa siaga aktif	80	2015

Standar Pelayanan Minimal berisi ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimum. Tujuan dari penetapan SPM ini adalah:

1. Terjaminnya hak masyarakat untuk menerima suatu layanan dasar dengan mutu tertentu
2. Salah satu alat untuk menentukan jumlah anggaran bagi kegiatan pelayanan dasar

3. Salah satu alat untuk menentukan kebutuhan pendanaan daerah
4. Mempertegas tugas pokok daerah untuk menyediakan pelayanan dasar dan mendorong *check and balance* yang efektif
5. Mendorong transparansi dan partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah

Menurut Peraturan Pemerintah No 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan alat untuk menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib. SPM ditetapkan oleh Pemerintah dan diberlakukan untuk seluruh Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota. Namun dalam pelaksanaannya SPM disesuaikan dengan perkembangan kebutuhan, prioritas dan kemampuan keuangan nasional dan daerah serta kemampuan kelembagaan dan personil daerah dalam bidang yang bersangkutan.

Menteri kesehatan telah menetapkan Kepmenkes NO 1457/2003 Tentang SPM Bidang Kesehatan Di Kab/Kota yang meliputi 31 pelayanan dan 54 indikator. Namun karena di rasakan cakupannya yang terlalu besar dan luas, maka SPM telah di revisi menjadi 4 jenis pelayanan dasar, 18 indikator seperti pada tabel 4.2 diatas.

SPM yang telah ditetapkan Pemerintah menjadi salah satu acuan bagi Pemerintahan Daerah untuk menyusun perencanaan dan penganggaran penyelenggaraan Pemerintahan Daerah. Pemerintahan Daerah harus menyusun rencana pencapaian SPM yang memuat target tahunan pencapaian SPM dengan mengacu pada batas waktu pencapaian SPM sesuai dengan Peraturan Menteri dan dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Strategi Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renstra SKPD). Sebagai bentuk akuntabilitas, Rencana pencapaian target tahunan SPM serta realisasinya diinformasikan kepada masyarakat

Sebagai implikasi dari SPM tersebut, maka pemerintah daerah harus mempunyai kapasitas dan kompetensi untuk mendukung SPM dari alokasi anggaran, sumber daya manusia, kelembagaan, sarana prasarana, sistem informasi dan kerjasama antar daerah.

Tugas Departemen Kesehatan dalam pembinaan kepada Pemerintahan Daerah dalam penerapan SPM adalah melalui fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan, penyusunan rencana dan penetapan target tahunan; penilaian pencapaian dan pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

Berkaitan dengan pencapaian sasaran SPM, Pemerintah dapat memberikan penghargaan kepada Pemerintahan Daerah yang berhasil mencapai SPM dengan baik dan dapat pula memberikan sanksi kepada Pemerintahan Daerah yang tidak berhasil mencapai SPM dengan baik dalam batas waktu yang ditetapkan.

Beberapa kendala yang berpotensi menghambat pelaksanaan SPM adalah: kemampuan keuangan antar daerah yang beragam untuk melaksanakan SPM; dan

Masih ada komponen SPM yang penyediaannya sangat tergantung Pemerintah Pusat, misalnya program massal yang memerlukan teknologi tinggi seperti SPM Kesehatan terkait vaksin. Selain itu penetapan tentang sanksi dan reward kepada daerah terkait prestasi pencapaian SPM belum secara ada peraturan yang dapat dijadikan rujukan. Permasalahan juga bisa timbul, misalnya untuk daerah-daerah yang secara finansial belum mampu mendanai upaya pencapaian SPM. Dalam hal seperti siapa yang dapat menutupi kekurangan dana. Dalam PP 65 hanya menetapkan bahwa apabila daerah tidak melakukan kewajiban, pemerintah pusat dapat melaksanakan kegiatan pencapaian SPM daerah, namun dengan dana daerah.

A.7. Sistem Kesehatan Nasional

Sistem kesehatan adalah seluruh aktifitas dengan tujuan utama untuk mempromosikan, merehabilitasi, dan memelihara kesehatan. (WHO, 2000). Walaupun demikian, sebenarnya dalam dunia yang semakin kompleks seperti ini, sulit untuk mendefinisikan sistem kesehatan, unsur-unsur penyusunnya, dari mana ia mulai dan di mana ujungnya.

Bagian utama dari sistem kesehatan adalah kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan. Pelayanan kesehatan formal, jelas merupakan bagian dari sistem ini. Termasuk di dalamnya tenaga kerja kesehatan, fasilitas-fasilitas kesehatan baik diselenggarakan oleh pemerintah, swasta maupun perorangan, baik modern maupun tradisional. Bagian lain dari sistem kesehatan adalah aktivitas yang tujuan utamanya bukan untuk memperbaiki kesehatan, namun mempunyai dampak yang nyata secara tidak langsung terhadap kesehatan. Sebagai contoh, pendidikan ibu dan anak serta perempuan, dengan tujuan untuk meningkatkan melek huruf misalnya, mempengaruhi cara dan kemampuan pengasuhan dan perawatan terhadap anak yang secara tidak langsung mempengaruhi kesehatan.

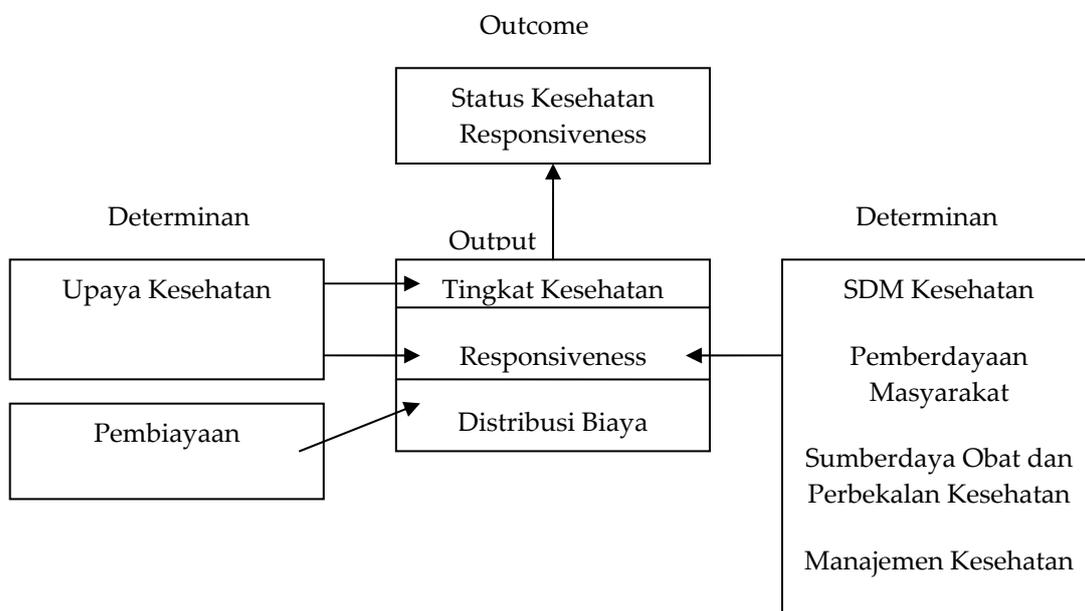
Bersama domain sektor kesehatan, aktifitas non-kesehatan yang berkaitan juga menjadi bagian penting dari sistem kesehatan itu sendiri. Akan tetapi saat ini sebagian besar informasi sebagai dasar pengambilan keputusan dalam sistem kesehatan, mengacu pada data-data tentang pelayanan dan investasi di bidang kesehatan yaitu mengacu pada perawatan kesehatan yang meliputi upaya-upaya promotif, preventif, rehabilitatif dan kuratif. Secara ideal, data dan informasi tentang berbagai aktifitas dalam sistem kesehatan yang mendukung perbaikan status kesehatan baik langsung maupun tidak langsung harus menjadi acuan.

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam UUD 1945 (Departemen Kesehatan, 2004). Dengan rumusan ini, jelas bahwa SKN tidak hanya menghimpun upaya sektor kesehatan saja, melainkan juga upaya dari berbagai sektor lainnya termasuk masyarakat dan swasta dengan dilandasi kesadaran bahwa keberhasilan pembangunan kesehatan tidak ditentukan hanya oleh sektor kesehatan saja.

SKN dirumuskan dengan menetapkan dua determinan yaitu status kesehatan yang diukur dengan *Disability Adjusted Life Expectancy* (DALE) dan determinan *responsiveness* (tingkat ketanggapan) yang menunjukkan kemampuan memenuhi harapan masyarakat. Kinerja SKN ditentukan oleh tiga determinan yaitu distribusi tingkat kesehatan yang diukur dengan kematian balita; distribusi ketanggapan (*responsiveness*) yang dilihat dari tanggapan masyarakat; dan distribusi pembiayaan yang ditinjau dari penghasilan keluarga.

SKN didukung oleh beberapa subsistem yang menyusun sebuah kerangka pikir sistem kesehatan. Subsistem tersebut meliputi: upaya kesehatan, pembiayaan, sumber daya manusia (SDM) kesehatan, sumber daya obat dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat; dan manajemen kesehatan.

Gambar 4. 1 Keterkaitan antara subsistem dalam SKN



Perkembangan berbagai aspek yang mempengaruhi pencapaian dan kinerja sistem pada subsistem upaya kesehatan antara lain ditandai dengan perkembangan jumlah sarana dan prasarana kesehatan seperti puskesmas, puskesmas pembantu (pustu), puskesmas keliling (pusling) dan rumah sakit. Nilai kecukupannya secara sederhana diukur dengan rasio fasilitas pelayanan kesehatan terhadap penduduk yang dilayaninya. Selain rasio, penyebaran sarana yang menggambarkan pemerataan juga menjadi ukuran kinerja subsistem ini. Selain pelayanan oleh pemerintah upaya kesehatan ini juga didukung oleh pelayanan yang dikelola oleh swasta, masyarakat, TNI/POLRI dan BUMN.

Pembiayaan kesehatan diukur antara lain dengan persentase pembiayaan kesehatan dibanding dengan Produk Domestik Bruto (PDB), baik yang bersumber dari pemerintah maupun dari masyarakat sendiri (*out of pocket*). Pembiayaan ini juga dapat diukur oleh banyaknya masyarakat yang memanfaatkan jaminan pelayanan kesehatan (misalnya asuransi kesehatan dan lain-lain).

Subsistem sumber daya manusia kesehatan pada umumnya diukur oleh jumlah tenaga kesehatan per jumlah penduduk serta penyebaran tenaga kesehatan antara wilayah. Untuk menjamin pelayanan yang memadai, kualitas SDM kesehatan perlu terus dibenahi pengelolaannya dengan suatu sistem SDM yang baik yang diukur dari kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diterima. Perkembangan Subsistem Sumber Daya Obat dan Perbekalan kesehatan dilihat dari kemampuan industri farmasi dalam penyediaan obat dan perbekalan yang memadai termasuk cara pembuatan obat yang baik (CPOB) dan pengawasan peralatan kesehatan.

Sistem pemberdayaan masyarakat di Indonesia dapat dilihat dari partisipasi masyarakat antara lain melalui Posyandu, Pos Obat Desa (Podes), Pondok Bersalin Desa (Polindes) dan lain-lain. Masyarakat juga berperan dalam pembiayaan kesehatan melalui pengelolaan dana sehat serta perlunya dijalin kemitraan antar pemerintah dan masyarakat. Sementara manajemen kesehatan sangat ditentukan oleh tersedianya data dan informasi kesehatan, dukungan iptek, hukum dan administrasi kesehatan.

Menyadari bahwa keadaan sehat juga dipengaruhi oleh faktor lain di luar sektor kesehatan, SKN harus berinteraksi secara harmonis dengan sektor lain. Pada kerangka sistem di atas, belum tergambar pengaruh sistem lain di luar determinan kesehatan. Walaupun tidak digambarkan dengan jelas bagaimana interaksi SKN dengan determinan non-kesehatan tersebut, namun SKN telah mengidentifikasi beberapa sistem nasional yang sangat berpengaruh terhadap sistem kesehatan yaitu sistem pendidikan nasional, sistem perekonomian nasional, sistem ketahanan pangan nasional, sistem pertahanan keamanan nasional dan sistem lainnya.

Dalam penyelenggaraan SKN beberapa prinsip yang dianut adalah perikemanusiaan, hak asasi manusia, adil dan merata, pemberdayaan dan kemandirian masyarakat, kemitraan, pengutamaan dan manfaat serta tata pemerintahan yang baik.

A.8. Kebijakan hukum lain

Beberapa kebijakan hukum lain yang menjadi landasan bagi pembangunan kesehatan antara lain Undang-Undang no. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Undang-Undang No 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Peraturan Pemerintah No 69 tahun 2009 tentang Label dan Iklan Pangan, Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2005 tentang Keamanan Hayati Produk Rekayasa Genetik, dan PP no 28 tahun 2004 tentang Keamanan, Mutu, dan Gizi Pangan. Selain itu beberapa dokumen perencanaan yang dapat dijadikan acuan antara lain adalah Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010, dan Rencana Strategis Departemen Kesehatan

SJSN adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. Sistem Jaminan Sosial Nasional ini bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang

layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya dan menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Jaminan sosial ini dilaksanakan oleh badan penyelenggara jaminan sosial yang dibentuk oleh undang-undang, seperti Perusahaan Perseroan (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek), Perusahaan Perseroan (Persero) Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (Taspen), Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (Asabri), dan Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES).

Asuransi kesehatan sebagai jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.

Undang - Undang No. 29 tahun 2004 tentang praktek kedokteran berisi ketentuan mengenai kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi. Azas dan tujuan penyelenggaraan praktik kedokteran menjadi landasan yang didasarkan pada nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan serta perlindungan dan keselamatan pasien. Dalam melindungi praktek kedokteran, dibentuk Konsil Kedokteran Indonesia yang terdiri atas Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi disertai susunan organisasi, fungsi, tugas, dan kewenangan. Selain itu, undang-undang ini berisi tentang registrasi dokter dan dokter gigi, penyusunan, penetapan, dan pengesahan standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi, penyelenggaraan praktik kedokteran, pembentukan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia, pembinaan dan pengawasan praktik kedokteran, dan pengaturan ketentuan pidana. Praktik kedokteran yang dilaksanakan haruslah berazaskan Pancasila dan didasarkan pada nilai-nilai ilmiah yang manfaat memberi manfaat yang nyata bagi pasien.

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2005 tentang Keamanan Hayati Produk Rekayasa Genetik, produk rekayasa genetika, dapat memberikan manfaat positif tetapi juga dikhawatirkan dapat memberikan dampak terhadap keamanan lingkungan, kesehatan manusia, hewan dan tumbuhan. Namun demikian sampai saat ini masih banyak produk rekayasa genetika yang masuk dan masih belum sesuai. Untuk mengantisipasi hal ini maka perlu diperkuat perundang-undangan dengan dikeluarkannya Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2005 tentang Keamanan Hayati Produk Rekayasa Genetik.

Dokumen Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010 ini berisi target-target yang akan dicapai ditahun 2010. Terdapat lima puluh (50) indikator yang berhasil disusun. Rencana ini terdapat dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No 574/ Menkes/SK/IV/2000 tentang Kebijakan Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010, di dalamnya terdapat visi misi serta strategi baru pembangunan kesehatan.

Visi misi serta strategi baru pembangunan menuju Indonesia sehat 2010 ini lebih menekankan pada upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Pada tahun 2010, diharapkan penduduk Indonesia (1) hidup dalam lingkungan yang sehat, (2) mempraktekan pola hidup bersih dan sehat, serta (3) mampu menyediakan dan memanfaatkan (menjangkau) pelayanan kesehatan yang bermutu, sehingga (4) memiliki derajat kesehatan yang tinggi. Sedangkan misi baru pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2010 adalah (1) menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan (2) mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat (3) memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau, serta (4) memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat termasuk lingkungannya.

Menurut Renstra Departemen Kesehatan tahun 2004-2009, pembangunan kesehatan 2005-2009 diarahkan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan, yaitu: meningkatnya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sasaran Pembangunan kesehatan 2005-2009 adalah; (1) Meningkatnya umur harapan hidup dari 66,2 tahun menjadi 70,6 tahun; (2) Menurunnya angka kematian bayi dari 35 menjadi 26 per 1.000 kelahiran hidup; (3) Menurunnya angka kematian ibu melahirkan dari 307 menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup; dan (4) Menurunnya prevalensi gizi kurang pada anak balita dari 25,8 persen menjadi 20,0 persen.

Kebijakan utama yang melandasi pembangunan kesehatan 2005 – 2009 Renstra Depkes terkait dengan Pelayanan kesehatan ibu dan anak, pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin, dan penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana. Angka kematian bayi di Indonesia masih tinggi dan dalam sepuluh tahun terakhir ini penurunannya melandai. Angka kematian ibu juga masih tinggi, dan upaya penurunannya dirasakan sangat sulit. Rakyat miskin secara ekonomi, kurang atau bahkan tidak dapat menjangkau pelayanan kesehatan. Rakyat miskin banyak yang tinggal didaerah terpencil dan tertinggal, serta tidak dapat melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat. Indonesia sangat akrab dengan bencana, terutama bencana alam. Dari pemetaan bencana alam di Indonesia, tidak ada satu provinsipun di Indonesia yang terbebas dari kemungkinan mengalami bencana alam. Bencana alam selalu mengakibatkan korban, baik korban meninggal, sakit dan cedera; timbulnya pengungsi yang dapat pula mengakibatkan masalah kesehatan seperti wabah penyakit dan balita kurang gizi.

A.9. Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RANPG) 2006-2010

Rencana Aksi (Bappenas, 2008b) ini meliputi strategi dan langkah konkrit yang direkomendasikan perbaikan pangan dan gizi untuk mewujudkan ketahanan pangan dan meningkatkan status gizi masyarakat, yang tercermin pada tercukupinya kebutuhan pangan baik jumlah, keamanan, dan kualitas gizi yang seimbang di tingkat rumah tangga. Rencana aksi ini mengacu pada RPJMN 2004-2009, komitmen pencapaian MDGs, serta dokumen-dokumen kebijakan pembangunan nasional lain di bidang pangan dan gizi.

Masalah gizi kurang maupun gizi lebih tidak dapat ditangani hanya dengan kebijakan dan program jangka pendek sektoral yang tidak terintegrasi. Pengalaman negara berkembang yang berhasil mengatasi masalah gizi secara tuntas dan berkelanjutan, seperti Thailand, Cina dan Malaysia, menunjukkan perlunya strategi kebijakan jangka pendek dan jangka panjang. Untuk itu diperlukan adanya kebijakan pembangunan bidang ekonomi, pangan dan gizi, kesehatan, pendidikan, dan keluarga berencana yang saling terkait dan terintegrasi untuk meningkatkan status gizi masyarakat (World Bank, 2006).

Strategi Jangka Pendek meliputi (i) Pelayanan gizi dan kesehatan yang berbasis masyarakat seperti Upaya Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) yang dilaksanakan 1970 sampai 1990-an, penimbangan anak balita di posyandu yang dicatat dalam KMS; (ii) pemberian suplemen zat gizi mikro seperti tablet zat besi kepada ibu hamil, kapsul Vitamin A kepada anak balita dan ibu nifas; (iii) bantuan pangan kepada anak kurang gizi dari keluarga miskin; (iv) fortifikasi bahan pangan seperti fortifikasi garam dengan yodium, fortifikasi terigu dengan zat besi, seng, asam folat, vitamin B1 dan B2; dan (v) biofortifikasi, suatu teknologi budidaya tanaman pangan yang dapat menemukan varietas padi yang mengandung kadar zat besi tinggi dengan nilai biologi tinggi pula, varietas singkong yang mengandung karoten dan sebagainya.

Strategi Jangka Panjang merupakan meliputi: (i) Pelayanan kesehatan dasar termasuk keluarga berencana dan pemberantasan penyakit menular; (ii) Penyediaan air bersih dan sanitasi; (iii) Kebijakan pengaturan pemasaran susu formula; (iv) Kebijakan pertanian pangan untuk menjamin ketahanan pangan ditingkat keluarga dan perorangan, dengan persediaan dan akses pangan yang cukup, bergizi seimbang, dan aman, termasuk komoditi sayuran dan buah-buahan; (v) Kebijakan pengembangan industri pangan yang mendorong pemasaran produk industri pangan yang sehat dan menghambat pemasaran produk industri pangan yang tidak sehat; dan (vi) Memperbanyak fasilitas olah raga bagi masyarakat.

Walaupun merupakan kelanjutan dari RANPG sebelumnya, RANPG 2006-2010 mempunyai dimensi yang lebih luas karena yaitu didesain guna mencegah dampak jangka panjang terhadap status kesehatan. Oleh karena itu analisa situasi pangan gizi dan strategi dalam Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010 yang disusun berdasarkan lima kelompok (pilar) yaitu aksesibilitas terhadap pangan, gizi, keamanan pangan, perilaku hidup sehat dan kelembagaan.

Tujuan umum dari RANPG ini adalah mewujudkan keadaan gizi masyarakat yang baik sebagai dasar untuk mencapai masyarakat yang sehat, cerdas, dan produktif melalui pemantapan ketahanan pangan dan gizi nasional dan daerah pada tahun 2010. Secara khusus tujuan yang ingin dicapai adalah untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku hidup sehat, meningkatkan kemampuan masyarakat dan individu dalam mengakses pangan, meningkatkan kemampuan masyarakat dan individu untuk mengakses pelayanan dan informasi gizi dan kesehatan, mendukung kebijakan dan upaya penanggulangan kemiskinan melalui pelayanan gizi khusus, dan meningkatkan keamanan pangan beredar.

Sasaran yang ditetapkan RANPG adalah:

1. Menurunkan gizi kurang, kurang zat besi, kurang Vitamin A, dan kurang yodium, pada tahun 2010 sekurang-kurangnya menjadi 50 persen dari prevalensi tahun 2005
2. Meningkatkan konsumsi energi minimal mencapai 2.000 kkal/kapita/hari dan protein 52 gram/kapita/hari, cukup zat gizi mikro, skor Pola Pangan Harapan (PPH) minimal 85
3. Menurunkan kerawanan pangan dengan mengefektifkan sistem distribusi dan kemudahan/kemampuan masyarakat untuk mengakses pangan
4. Mempertahankan ketersediaan energi perkapita minimal 2.200 kkal/hari, dan penyediaan protein perkapita minimal 57 gram/hari, terutama protein hewani serta meningkatkan konsumsi sayur dan buah.
5. Meningkatnya cakupan dan kualitas pelayanan gizi pada kelompok rentan sebagai berikut: pemberian ASI eksklusif 6 bulan, persentase anak usia 6-24 bulan memperoleh MP-ASI tepat, menurunnya prevalensi anemia pada ibu hamil dan WUS, meningkatnya survailans dan intervensi pada WUS, ibu hamil dan remaja putri yang beresiko Kurang Energi Kronis (LILA < 23,5 cm) dan menurunnya prevalensi *xerophthalmia*.
6. Meningkatnya pengetahuan dan kemampuan keluarga untuk menerapkan pola hidup sehat dan perilaku sadar pangan dan gizi
7. Meningkatkan keamanan, mutu, dan higienitas pangan

Kebijakan peningkatan ketahanan pangan dan gizi diarahkan pada:

1. Pemantapan ketahanan pangan: antara lain dengan menjamin ketersediaan pangan, terutama dari produksi dalam negeri; dan meningkatkan kapasitas produksi pangan nasional melalui penetapan lahan abadi untuk produksi pangan.
2. Peningkatan kemudahan dan kemampuan mengakses pangan: antara lain dengan meningkatkan efektivitas dan efisiensi distribusi dan perdagangan pangan melalui pengembangan sarana dan prasarana distribusi dan menghilangkan hambatan distribusi pangan antar daerah; dan mengembangkan teknologi dan kelembagaan pengolahan dan pemasaran
3. Peningkatan kuantitas dan kualitas konsumsi pangan menuju gizi seimbang dengan menjamin pemenuhan asupan pangan bagi setiap anggota rumah tangga; mengembangkan program perbaikan gizi yang *cost effective*, diantaranya melalui peningkatan dan penguatan program fortifikasi pangan dan program suplementasi zat gizi mikro khususnya zat besi dan vitamin A; dan meningkatkan efisiensi dan efektivitas intervensi bantuan pangan kepada masyarakat miskin.
4. Peningkatan status gizi masyarakat: dengan mengutamakan upaya preventif, promotif dan pelayanan gizi; memprioritaskan pada kelompok penentu masa depan anak, yaitu, ibu hamil, ibu menyusui, bayi sampai usia dua tahun; mengurangi laju peningkatan kegemukan, tekanan darah tinggi, diabetes, dan kanker; serta penyakit degeneratif lainnya; meningkatkan kemampuan riset; pendidikan dan pelatihan tenaga gizi; dan memperbaiki distribusi penempatan

5. Peningkatan mutu dan keamanan pangan: dengan meningkatkan pengawasan keamanan pangan; melengkapi peraturan perundang-undangan; dan meningkatkan kesadaran produsen, distributor dan konsumen terhadap keamanan pangan;
6. Perbaikan pola hidup sehat: dengan edukasi dan pelayanan dalam melaksanakan pola hidup sehat; meningkatkan komitmen pemangku kepentingan dalam mendukung program pola hidup sehat; melibatkan peran serta media; dan mengembangkan program pendidikan kecakapan hidup (*Life Skills Education*).

B. Lingkungan Strategis

B.1. Lingkungan Global

Millenium Development Goals

Upaya pemerintah untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan menurunkan kemiskinan sebenarnya telah sejalan dengan komitmen pencapaian MDG tersebut, karena memang permasalahan SDM di Indonesia adalah seperti yang ingin dicapai oleh Deklarasi Millenium tersebut. Dari tujuan-tujuan tersebut, bidang pendidikan dasar, gender dan pemberdayaan perempuan, penurunan kematian anak dan beberapa penanggulangan TB telah menunjukkan perkembangan yang sangat baik. Namun dalam bidang lain seperti gizi, kematian ibu, penanggulangan malaria dan HIV/AIDS serta akses kepada air minum dan sanitasi, masih belum mengarah pada pencapaian MDGs tahun 2015.

Permasalahan yang dicoba dijawab dalam Deklarasi Millenium tersebut sebenarnya sejalan dengan permasalahan di Indonesia. Oleh karenanya sebenarnya pemerintah mempunyai sebuah momentum yang sangat tepat untuk meningkatkan sumber daya manusia yaitu dengan memanfaatkan isu-isu MDGs Sebagaimana diketahui, isu MDGs adalah isu global yang kemudian mendapat prioritas dari berbagai lembaga dunia untuk dibantu. Namun penanganan isu MDGs di Indonesia selama ini masih belum terwujud sebagai satau upaya yang tersistematis terutama dari sisi perencanaan, pembiayaan, pemantauan dan evaluasinya. Selain itu isu MDGs masih menjadi sesuatu konsep abstrak yang belum dapat diterjemahkan dengan baik di tingkat daerah. Oleh karena itu perlu adanya upaya yang lebih sistematis untuk mewujudkan MDG dalam pembangunan nasional dan daerah.

Tabel 4.3 Tujuan MDG yang terkait dengan bidang kesehatan dan gizi

Tujuan/Target	Indikator
<i>Goal 1: Mengentaskan kemiskinan dan kelaparan</i>	
Target 2 : Penurunan setengah antara 1990 dan 2015 proporsi penduduk yang menderita kelaparan	1. Prevalensi balita berat badan rendah 2. Proporsi penduduk yang konsumsi di bawah tingkat energi minimum
<i>Goal 4: Menurunkan Kematian Anak</i>	

Tujuan/Target	Indikator
Target 5 : Reduksi 2/3 dari kematian anak bawah lima tahun (balita) antara 1990 dan 2015	3. Angka kematian balita 4. Angka kematian bayi (usia 0 – 12 bulan) 5. Proporsi anak usia 1 tahun yang mendapat imunisasi campak
<i>Goal 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu</i>	
Target 6: Menurunkan ¾ dari rasio kematian ibu antara 1990 dan 2015	6. Angka kematian ibu 7. Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga terlatih
<i>Goal 6: Memberantas HIV/AIDS, Malaria dan penyakit lain</i>	
Target 7: Dihentikannya penyebaran HIV/AIDS pada 2015	8. Prevalensi HIV/AIDS wanita hamil usia 15 – 24 tahun 9. Angka penggunaan kondom terhadap angka prevalensi kontrasepsi 10. Jumlah anak yang yatim oleh HIV/AIDS
Target 8: Dihentikannya penyebaran dan dikurangi insiden Malaria dan penyakit lainnya pada 2015	11. Prevalensi dan kematian akibat Malaria 12. Proporsi populasi pada area risiko Malaria yang menggunakan bednet 13. pencegahan dan pengobatan 14. Prevalensi dan kematian akibat Tuberkulosis 15. Proporsi kasus tuberkulosis yang terdeteksi dan sembuh dibawah directly observed treatment short course (DOTS)
<i>Goal 7. Menjamin Lingkungan yang Berkesinambungan</i>	
Target 10: Setengah pada 2015 proporsi penduduk tanpa akses air minum yang aman dan sanitasi dasar	16. Proporsi rumah tangga terhadap penduduk dengan berbagai kriteria sumber air 17. Proporsi rumah tangga dengan akses pada fasilitas sanitasi yang layak
<i>Goal 8: Pengembangan Kemitraan Global dalam pembangunan</i>	
Target 17: Bekerjasama dengan perusahaan menyediakan obat esensial dan terjangkau pada negara berkembang	18. Proporsi penduduk yang akses terhadap obat esensial dan sebagai dasar kesinambungan

Pada saat yang sama pemerintah tengah menyusun RPJMN 2010-2014 yang akan menjadi acuan bagi pembangunan tingkat nasional dan daerah dalam kurun waktu 5 tahun mendatang. RPJMN tahap kedua ini akan menekankan pada upaya peningkatan daya saing sumber daya manusia sebagaimana diamanatkan dalam UU No 17/2007. Oleh karena itu., upaya untuk lebih mengkoordinasikan upaya pencapaian MDGs sangat tepat dan relevan karena dua hal, yaitu sesuai dengan arahan RPJPN dan Prioritas RPJMN tahap kedua dan RPJMN 2010-2014 menjadi “*the last shot*” (upaya akhir) untuk dapat mencapai komitmen pencapaian MDGs pada tahun 2015.

Tabel 4. 4 Kebutuhan Biaya Total dalam Mencapai MDGs Menurut Tujuan

	Kebutuhan Pembiayaan MDGs menurut Tujuan (Rp juta)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Tujuan 4:</i>								
Menurunkan Kematian Anak	7.087.060	7.110.750	7.113.142	7.087.986	7.000.546	7.156.322	7.304.735	7.446.395
<i>Tujuan 5:</i>								
Meningkatkan Kesehatan Ibu	7.866.917	8.343.140	8.954.042	8.607.526	9.638.427	10.311.675	10.959.263	11.852.268
<i>Tujuan 6:</i>								
Penanggulangan HIV/AIDS	1.787.658	2.705.147	3.528.739	4.316.084	4.748.397	5.240.059	5.604.472	6.151.396
<i>Tujuan 6:</i>								
Penanggulangan Malaria	897.590	858.306	860.065	837.578	859.092	808.746	760.600	709.728
<i>Tujuan 6:</i>								
Penanggulangan TB	462.122	545.624	591.875	596.628	599.708	613.502	623.814	642.966
Tenaga Kesehatan	790.116	838.761	889.415	944.867	1.001.190	1.061.262	1.127.369	1.198.741
Total	18.891.464	20.401.728	21.937.277	22.390.669	23.847.360	25.191.565	26.380.253	28.001.494
Per kapita (rupiah)	82.938	88.460	93.959	94.743	99.707	104.091	107.756	113.104
Per Kapita USD (Rp9.200/USD)	9.01	9.62	10.21	10.30	10.84	11.31	11.71	12.29

Sumber: Bappenas 2008

Sementara kebutuhan MDGs Bidang Kesehatan di Indonesia tahun 2008 sebesar 18,9 triliun, ketersediaan dana dari pusat sekitar Rp 3,6 triliun dan daerah Rp 1,7 triliun, maka total dana kesehatan MDGs Bidang Kesehatan yang teralokasikan saat ini ada sekitar Rp 5,2 triliun. Program MDGs Bidang Kesehatan Indonesia masih ada gap atau butuh *scaling up* sekitar Rp 12,7 triliun pada tahun 2008 (belum termasuk gaji tenaga kesehatan yang baru direkrut). Angka ini terus mengalami kenaikan sejalan dengan perkembangan epidemiologi, demografi dan inflasi hingga mencapai Rp 28 triliun pada tahun 2015

Pengalaman menunjukkan bahwa kemampuan keuangan pemerintah dalam pembangunan termasuk sektor kesehatan masih terbatas, sehingga perlu untuk melihat strategi pembiayaan yang efektif yang melibatkan sektor pemerintah, swasta, dan masyarakat. Beberapa strategi yang mungkin dapat dikembangkan adalah dengan fokus pada daerah-daerah dengan jumlah penduduk tinggi dan kondisi pencapaian MDGs kesehatan yang tidak baik untuk memberikan daya ungkit yang tinggi bagi pencapaian tujuan MDGs.

Walaupun telah menjadi komitmen negara untuk mencapai MDGs dan secara programatik apa yang direncanakan dalam program pembangunan kesehatan sudah sejalan dengan target-target MDGs 2015, sampai saat ini belum ada langkah-langkah yang terintegrasi menuju pencapaian MDGs. Oleh karenanya upaya pencapaian komitmen MDGs sudah seharusnya merupakan bagian integral dari perencanaan RPJMN dan RKP guna menjamin ketersediaan sumber daya. Beberapa upaya yang diperlukan untuk menuju ke arah itu antara adalah:

1. Mengkaji kembali tujuan, target dan indikator MDGs sesuai dengan kondisi epidemiologi dan sosial kemasyarakatan bangsa Indonesia. Misalnya pada tujuan ke-6 tentang pemberantasan penyakit menular, dalam beberapa laporan MDGs

meliputi HIV/AIDS, Malaria, TB. Perlu dikaji kembali apakah ada penyakit menular lain yang perlu mendapat perhatian secara lebih utama dalam beberapa tahun ke depan

2. Mengkaji kembali sasaran yang ingin dicapai dalam Deklarasi Millenium sesuai dengan kemampuan dan realita nasional. Beberapa sasaran dalam MDGs telah tercapai (pendidikan, gender), namun ada juga yang akan sulit tercapai sampai dengan tahun 2015. Oleh karena itu perlu kembali di adanya kajian mengenai penyesuaian sasaran yang dapat dicapai pada tahun 2015
3. Pemetaan upaya-upaya secara sistematis ke dalam dokumen perencanaan (RPJMN, RKP, RPJMD dan RKPd, serta Renstra untuk memastikan adanya upaya yang didukung oleh sumber daya yang memadai.

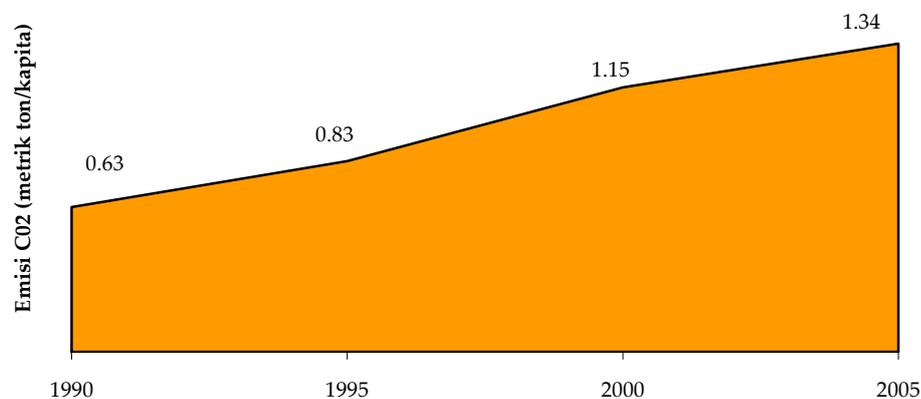
Perubahan Iklim

Isu perubahan iklim yang ditandai antara lain dengan meningkatnya suhu bumi berpengaruh terhadap faktor-faktor kesejahteraan dan kehidupan manusia seperti ketersediaan air, produksi pangan, kesehatan, ketersediaan lahan dan lingkungan (Stern, 2006). Berbagai studi menunjukkan bahwa dampak terhadap negara-negara dengan berpenghasilan rendah dan kelompok penduduk yang rentan akan jauh lebih parah (Bappenas, 2008d).

Pada tahun 2005 Indonesia memiliki kawasan hutan lindung seluas 31,78 juta ha, kawasan konservasi daratan 20,08 juta ha, dan kawasan konservasi perairan 3,52 juta ha. Dengan demikian, rasio luas kawasan lindung daratan terhadap luas daratan adalah sebesar 27,59 persen. Walaupun rasio luas kawasan lindung terhadap luas daratan mengalami kenaikan dari tahun ke tahun, namun pada pembalakan liar terhadap hutan (termasuk hutan lindung), dapat menyebabkan daya dukung lingkungan yang menurun seperti terjadinya bencana banjir dan longsor.

Salah satu faktor penyebab perubahan iklim adalah emisi karbondioksida (CO₂). Dalam kurun waktu 15 tahun, dari tahun 1990 hingga tahun 2005, emisi CO₂ per kapita selalu mengalami pertumbuhan rata-rata sebesar 5,72 persen per tahun.

Gambar 4. 2 Kecenderungan emisi karbon dioksida per kapita di Indonesia



Dampak pemanasan global di Indonesia sudah terasa antara lain dengan kenaikan temperatur udara sekitar 0,3°C sejak 1990; dan perubahan musim yang ditunjukkan oleh adanya pola curah hujan yang tidak menentu, banjir dan longsor, sementara di tempat lain mengalami kekeringan; keterlambatan musim tanam atau panen sehingga ketahanan pangan terganggu; dan terjadi peningkatan frekuensi penyakit tropis seperti malaria dan demam berdarah. (Bappenas, 2007)

Dalam bidang ketahanan pangan, pertanian dan perikanan merupakan sektor yang paling rentan dengan perubahan iklim. Permasalahan di bidang ketahanan pangan mendorong terjadinya kenaikan harga pangan global dan nasional. Yang paling menderita dengan kejadian ini adalah penduduk miskin yang mempunyai daya beli yang rendah, termasuk para petani dan nelayan sebagai produsen bahan pangan itu sendiri. Kondisi ini dapat meningkatkan tingkat kekurangan gizi pada masyarakat.

Perubahan iklim juga berdampak langsung pada meningkatkan prevalensi penyakit-penyakit karena vektor dan air (*vector-borne and water-borne diseases*) dan infeksi saluran nafas dan iritasi mata. Beberapa jenis penyakit yang sebelumnya berhasil di tekan, kembali muncul, termasuk di daerah-daerah baru, misalnya malaria di berbagai tempat di pulau Jawa. Banjir dan curah hujan dapat memicu peningkatan prevalensi penyakit demam berdarah dengue, malaria, chikungunya, *encephalitis* and berbagai penyakit pasca banjir. Sementara itu seringnya kekeringan menyebabkan insiden *Hantaan virus, leptospirosis, anthrax, diarrhoea, cholera and typhoid*. (Bappenas, 2008d)

Ke depan, program pengendalian penyakit, terutama penyakit yang disebabkan oleh perubahan lingkungan perlu ditingkatkan terutama dalam upaya diagnosa, pencegahan dan kesiapsiagaan serta penguatan sistem kesehatan di daerah-daerah yang rentan. Selain itu perlu ditingkatkan kesadaran masyarakat mengenai dampak perubahan iklim terkait dengan penyebaran penyakit menular dan kekurangan gizi yang didukung dengan kebijakan dan regulasi, penelitian, pengembangan teknologi dan peningkatan surveilans dan peringatan dini dalam rangka adaptasi dan mitigasi terhadap bencana.

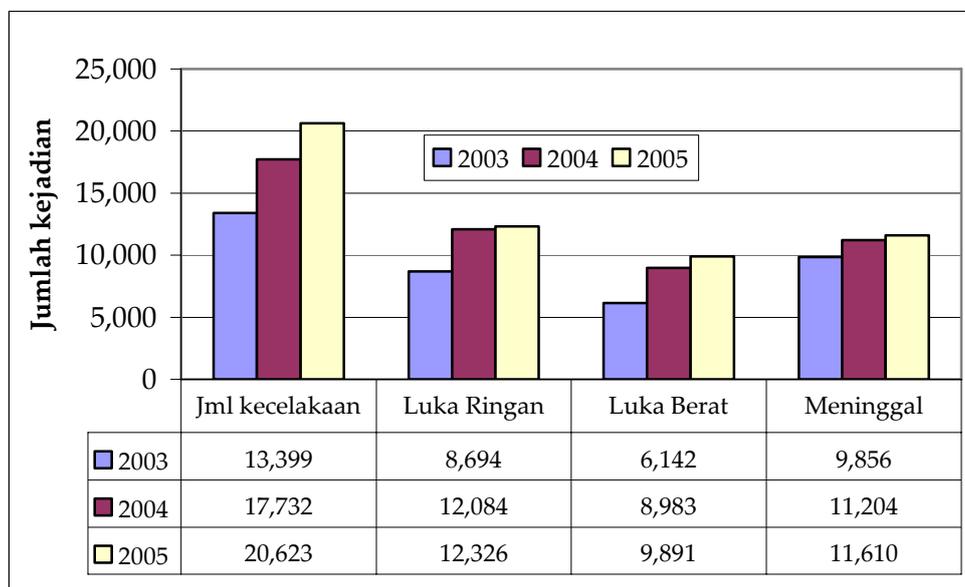
Berbagai polusi udara akibat asap kendaraan, kebakaran hutan, dan cerobong pabrik juga menyebabkan resiko terjadinya berbagai penyakit saluran pernafasan. Dengan pertumbuhan ekonomi yang tinggi ke depan, diperkirakan terjadi peningkatan aktifitas industri dan jumlah kendaraan bermotor yang dapat memberikan dampak buruk terhadap kesehatan.

Sistem transportasi yang tidak efisien menyebabkan kemacetan, pergerakan yang tidak efisien, dan konsumsi energi fosil dan emisi yang berlebihan. Hal akan meningkatkan kadar polusi udara yang pada akhirnya meningkatkan penyakit saluran pernafasan, dan stres. Sistem dan manajemen transportasi yang efisien merupakan langkah strategies dalam menurunkan tingkat polusi udara

Kenaikan jumlah kendaraan bermotor di tambah dengan perilaku berkendara yang tidak teratur menyebabkan terjadinya berbagai kecelakaan yang mengakibatkan kecacatan dan kematian. Berdasarkan data dari Kepolisian RI, kecekaan kendaraan bermotor cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Korban

luka dan meninggal juga mengalami peningkatan. Jika dihitung dengan DALY (*Disabilitys Adjusted Life Years*), menjadi penyumbang terbesar kedua dari *disability* tersebut adalah kecelakaan lalu lintas, satu tingkat di bawah pneumonia, dan di atas berbagai penyakit menular dan tidak menular.

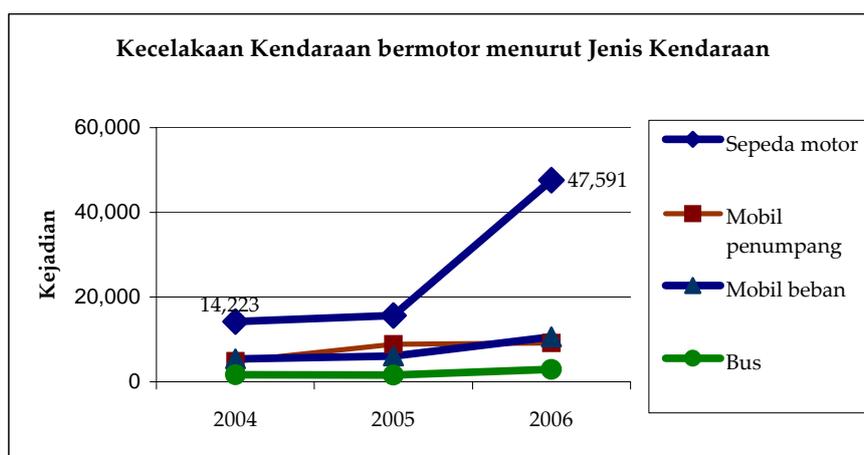
Gambar 4. 3 Jumlah Kecelakaan lalu Lintas di Seluruh Indonesia 2003-2005



Sumber: Profil Kesehatan, 2005

Meningkatnya jumlah kecelakaan tersebut terutama terjadi pada kendaraan jenis sepeda motor. Kecelakaan sepeda motor meningkat lebih dari 100 persen dalam kurun waktu 2005-2006. Hal ini antara lain dipicu oleh meningkatnya jumlah kendaraan bermotor.

Gambar 4.4. Kecelakaan Kendaraan bermotor menurut Jenis Kendaraan



Sumber: Kepolisian RI (2005-2006)

Ke depan jumlah kendaraan bermotor diperkirakan akan terus meningkat dan semakin memberikan tekanan pada sistem kesehatan karena lingkungan yang tidak sehat dan tingginya stres, kecacatan, dan kematian

Pasar Bebas ASEAN

Piagam Asean (Asean Charter) yang ditandatangani 20 November 2007 oleh 10 negara anggota ASEAN akan berlaku efektif mulai 14 Desember 2008. Piagam Asean berisi komitmen negara anggota Asean untuk beberapa agenda, baik politik, ekonomi maupun sosial budaya. Salah satu butir kesepakatan pada piagam ini adalah menciptakan sebuah pasar dan basis produksi tunggal yang kuat dan secara ekonomi terintegrasi dengan dukungan arus barang, jasa dan investasi secara bebas, fasilitasi pergerakan pelaku bisnis, profesional dan tenaga kerja dan modal.

Dengan adanya pasar tunggal Asean, industri farmasi di kawasan ASEAN akan memasuki pasar bebas. Sebagian kalangan menilai, obat-obatan produksi dalam negeri tidak mampu bersaing dengan produksi obat-obatan luar negeri. Pasalnya, sejumlah kualifikasi agar produksi obat-obatan dalam negeri setaraf dengan standar internasional belum mampu dipenuhi. Padahal, untuk bersaing dengan produksi luar negeri disyaratkan mentalitas kemandirian. Selain itu masih banyak ditemukan obat-obat yang tidak memenuhi CPOB (Cara Produksi Obat yang Baik) yang ditunjang oleh alat-alat penopang produksi atau sistem manajemen pemasaran yang juga perlu dibenahi. Saat ini pabrik-pabrik yang ada masih diragukan memiliki syarat-syarat tersebut. Sementara negara-negara maju sudah memiliki syarat-syarat itu. Longgarnya sistem pengawasan pembuatan obat-obatan, dinilainya juga ikut andil menurunkan kemampuan bersaing obat-obatan dalam negeri. Masih banyak obat yang sebenarnya secara CPOB tidak layak dijual. Selain itu, inovasi berupa penemuan formula obat-obatan baru juga masih minim. Jika terus mengalami hal ini, tidak dapat dipungkiri bahwa masuknya obat-obatan dari luar negeri akan terus mengisi pasar kesediaan obat di Indonesia yang mudah dijangkau. Hal ini lambat laun akan bisa mematikan produksi obat-obatan dalam negeri.

Selain obat-obatan, tenaga kesehatan pun akan mengalami persaingan pasar bebas, akan banyak tenaga asing masuk ke Indonesia yang akan menempati lowongan kerja tenaga medis yang masih banyak dibutuhkan di Indonesia. Sehingga bisa jadi masyarakat beralih menggunakan jasa layanan kesehatan dari luar negeri tersebut. Selain itu, saat ini banyak ditemukan pembangunan rumah sakit oleh pihak asing di Indonesia yang juga membutuhkan banyak tenaga medis. Dengan era pasar bebas ini, maka tenaga media asing dengan akan mudah masuk dan memenuhi kebutuhan tenaga medis yang memang mempunyai kompetensi yang lebih dibandingkan tenaga medis dalam negeri.

Sisi positif dari arus masuk barang dan tenaga kesehatan ke Indonesia dapat meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan yang berkualitas. Di sisi lain pada jika profesi tenaga kesehatan Indonesia tidak mempunyai standar dan sertifikasi internasional, maka tenaga kesehatan Indonesia akan bersaing dengan tenaga kesehatan asing di pasar lokal.

Dengan adanya potensi pasar yang luar biasa besar di kawasan ASEAN, Indonesia akan menjadi incaran bagi arus penjualan barang, jasa dan investasi. Dengan tidak adanya hambatan tarif dan non tarif, maka penetapan standar bagi tenaga kesehatan menjadi penting serta pengawasan terhadap mutu barang dan jasa kesehatan menjadi krusial. Oleh karenanya, kerangka regulasi dalam menghadapi pasar tunggal ini perlu segera di bangun.

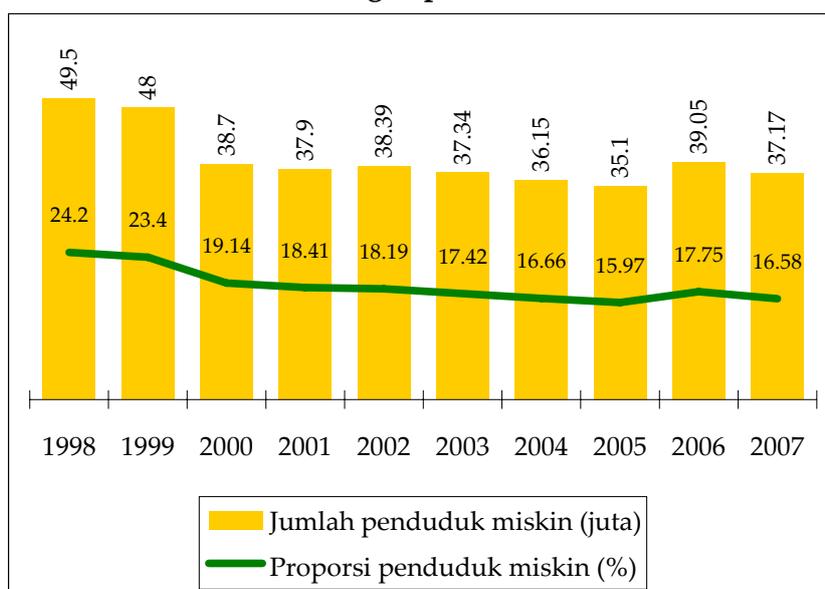
B.2. Lingkungan Nasional

Kemiskinan

Dalam 30 tahun terakhir, persentase penduduk miskin mengalami penurunan, kecuali pada masa krisis ekonomi tahun 1997-1998 yang menyebabkan meningkatnya kembali presentase penduduk miskin. Sejak tahun 2005, tingkat kemiskinan meningkat dari 15,97 persen menjadi 17,75 persen pada tahun 2006. Peningkatan ini disebabkan oleh meningkatnya angka inflasi karena kenaikan harga bahan bakar minyak, diikuti dengan meningkatnya harga pangan (terutama beras). Pada tahun 2007 tingkat kemiskinan pada tahun 2007 turun menjadi 16,58 persen sebagai dampak positif dari beberapa program pembangunan dan membaiknya perekonomian. Dengan angka ini maka pada tahun 2007 jumlah penduduk miskin adalah 37,17 juta jiwa.

Selain itu, banyak penduduk Indonesia yang berada pada kondisi yang rentan terhadap kemiskinan karena dekat dengan garis kemiskinan. Pada tahun 2006, 48 persen penduduk Indonesia mempunyai pendapatan kurang dari US\$ 2 per hari. Pada penduduk dengan kondisi ini, guncangan ekonomi, dapat menyebabkan jatuh pada kondisi miskin.

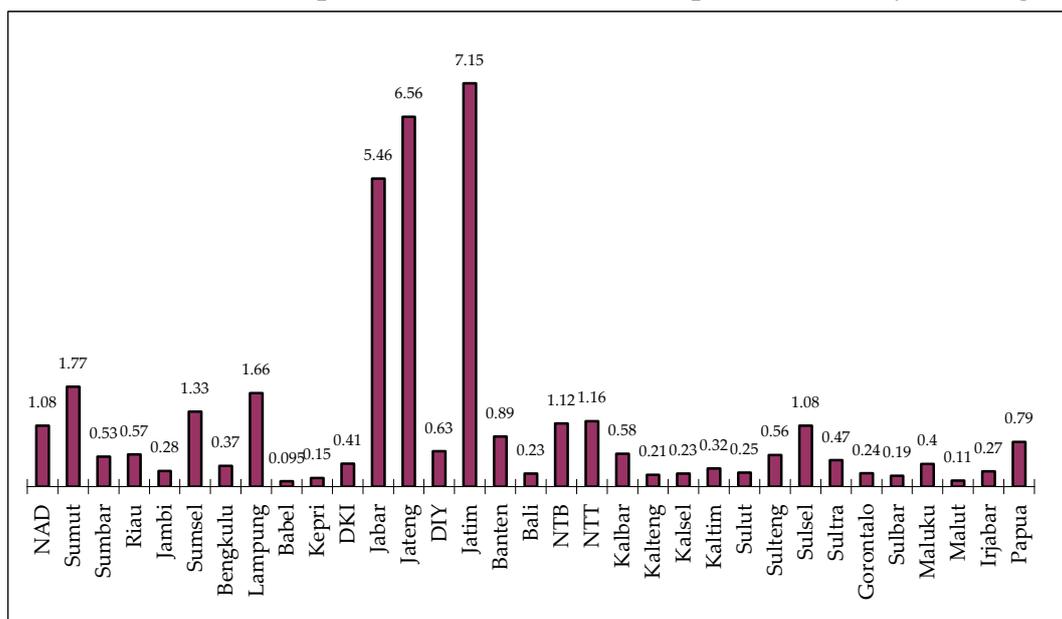
Gambar 4. 5 Perkembangan penduduk miskin 1998-2007



Sumber data: BPS, berbagai tahun

Jika dilihat dari persebaran penduduk miskin per provinsi, terlihat jelas disparitas penduduk miskin. Pada tahun 2006, Provinsi dengan penduduk miskin terendah adalah Jakarta (4,52 persen), Bali (6,10 persen) dan Kepulauan Riau (7,21 persen), dengan provinsi dengan penduduk miskin tertinggi adalah di Papua (39,26 persen), Irian Jaya Barat (33,01 persen) dan Gorontalo (31,54 persen) serta Maluku (30,12 persen). Secara nominal, jumlah penduduk miskin berada di Jawa Barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur yaitu sebesar 19,1 juta jiwa atau sebesar 51 persen dari tingkat kemiskinan nasional.

Gambar 4. 6 Jumlah penduduk miskin menurut provinsi, 2007 (juta orang)



Sumber: Susenas 2007

Pada umumnya status kesehatan penduduk miskin lebih rendah dibandingkan golongan penduduk yang lebih kaya. Hal terjadi antara lain karena penduduk miskin umumnya tinggal pada lingkungan yang kurang sehat, mempunyai keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan, keterbatasan tingkat pendidikan yang juga berakibat pada rendahnya pola hidup bersih dan sehat. Penduduk miskin juga mempunyai resiko mengalrai "*catastrophic expenditure*" yang lebih besar dibandingkan golongan yang lebih kaya.

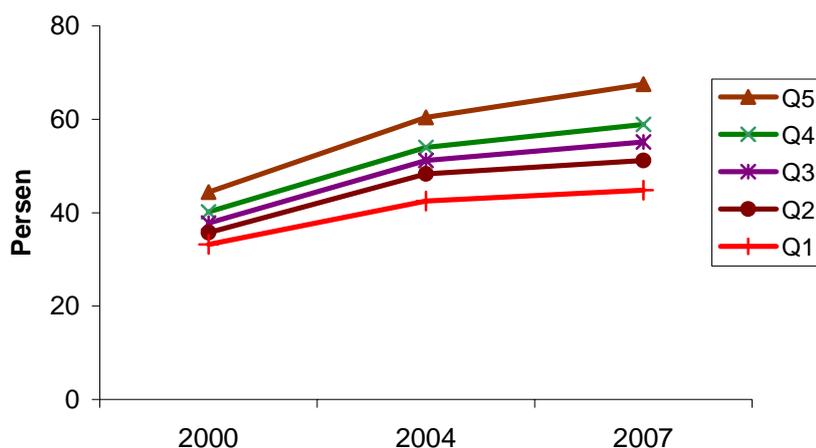
Tabel 4. 5 Disparitas Balita Berstatus Gizi Kurang dan Buruk, Berdasarkan Kuantil Pengeluaran, Indonesia 2005

Kuantil	Kota		Desa		Total	
	Kurang	Buruk	Kurang	Buruk	Kurang	Buruk
Q1	22.1	8.2	23.4	9.9	22.9	9.3
Q2	18.5	7.5	21.1	9.1	20.0	8.4
Q3	17.9	6.0	20.5	8.0	19.4	7.2
Q4	15.3	5.9	18.6	8.1	17.2	7.2
Q5	13.3	5.2	17.6	7.1	15.9	6.4

Sumber: Susenas

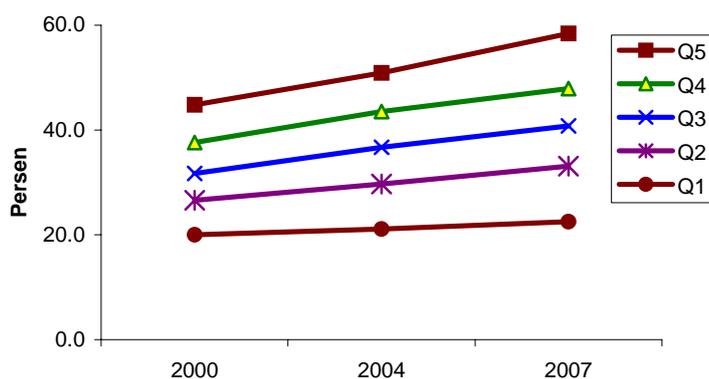
Walaupun berbagai upaya terus dilakukan untuk memperbaiki kondisi golongan miskin, namun perkembangan status kesehatan golongan ini kurang menggembirakan. Misalnya kemajuan cakupan air bersih dan sanitasi dalam kurun waktu 2000 hingga 2007 pada kuintil pendapatan terendah sangat lambat dibandingkan pada kuintil kelompok pendapatan di atasnya. Karena perbedaan kemajuan antara golongan pendapatan ini kesenjangan cakupan air bersih dan sanitasi antara kelompok kaya dan miskin justru semakin melebar.

Gambar 4.7. Cakupan Air Bersih berdasar Kuintil Pendapatan



Sumber Susenas.

Gambar 4.8. Cakupan Sanitasi berdasar Kuintil Pendapatan



Sumber Susenas.

Pelayanan bagi masyarakat miskin cenderung membaik, namun laju peningkatannya masih tertinggal pada golongan yang lebih kaya. Hal ini menyebabkan kesenjangan pelayanan antara miskin dan kaya terus terjadi secara signifikan.

Tabel 4. 6 Persentase persalinan oleh tenaga kesehatan menurut kuantil tingkat pendapatan

Kuantil	2000		2004		2007	
	Dokter	Bidan	Dokter	Bidan	Dokter	Bidan
1	3.8	44.1	4.2	52.5	6.2	50.9
2	5.4	53.8	6.5	60.1	9.2	59.2
3	6.6	58.6	8.6	64.7	12.5	61.5
4	10.2	59.7	12.3	64.8	17.6	62.9
5	18.0	57.7	21.7	63.0	28.6	57.3

Sumber: Susenas berbagai tahun

Dengan memperhatikan status dan lingkungan penduduk miskin yang lebih buruk serta kerentanannya pada guncangan ekonomi, maka perlu upaya khusus dari sisi program terutama yang berkaitan dengan intervensi langsung untuk masyarakat miskin. Dalam hal pelayanan kesehatan, perlindungan finansial atas pengeluaran-pengeluaran kesehatan bagi penduduk miskin telah dilakukan melalui program Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (atau Jamkesmas). Di daerah juga mulai bermunculan berbagai sistem untuk asuransi kesehatan bagi penduduk miskin (menurut kriteria setempat dan tidak di-cover oleh Jamkesmas) serta penduduk hampir miskin.

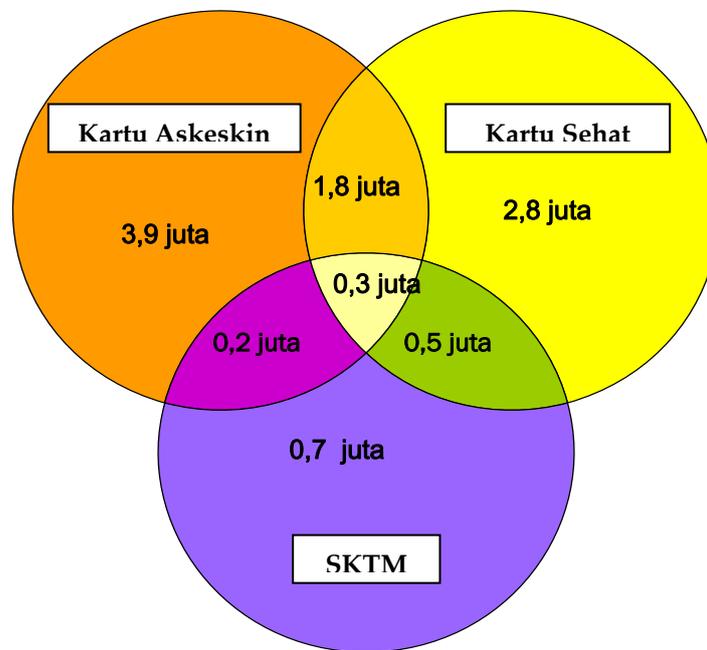
Permasalahan yang terjadi selama ini dengan sistem asuransi kesehatan adalah ketepatan sasaran, dalam arti adanya banyak penduduk miskin dan hampir miskin yang belum tercakup dengan asuransi. Hal ini terjadi antara lain karena penggunaan database penduduk miskin yang tidak seragam. Sebagai alternatif, diterbitkan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) yang dapat digunakan sebagai pengganti Kartu Askeskin. Pada kenyataannya SKTM bisa diterbitkan tidak saja hanya untuk orang miskin tetapi juga untuk orang tidak miskin. Data Susenas 2006 menunjukkan bahwa sekitar 1,75 juta rumah tangga memiliki SKTM.

Kartu askeskin juga dimiliki oleh golongan kaya. Pada tahun 2005, sekitar 1,5 juta rumah tangga dari kuantil 4 dan 5 menurut pendapatan juga memiliki kartu askeskin. Hal ini mengakibatkan penggunaan fasilitas kesehatan terutama perawatan kelas 3 rumah sakit oleh golongan mampu yang memanfaatkan askeskin cukup tinggi yaitu 0,73 juta jiwa.

Beberapa penyakit menular seperti TB dan Malaria juga cenderung lebih banyak terjadi pada kelompok miskin. Jika beberapa waktu lalu, prevalensi penyakit kronis cenderung terjadi pada golongan kaya, akhir-akhir ini terjadi peningkatan prevalensi penyakit kronis pada golongan miskin. Kemiskinan memang sangat terkait pada tingginya berbagai penyakit. Kelompok miskin cenderung hidup pada lingkungan yang kumuh, tidak sehat dan kekurangan sarana air minum dan sanitasi. Kelompok ini juga cenderung mencari pelayanan kesehatan modern yang lebih rendah, antara lain disebabkan hambatan finansial dan pengetahuan. Data SDKI 2002-2003 misalnya menunjukkan bahwa bahwa penyebab utama penduduk tidak mengakses fasilitas kesehatan adalah karena hambatan finansial yaitu tidak

mempunyai uang (34 persen), masalah jarak (18 persen) dan masalah angkutan (16 persen).

Gambar 4. 9 Distribusi rumah tangga yang mempunyai Kartu Jaminan Pelayanan Kesehatan (Susenas 2006)

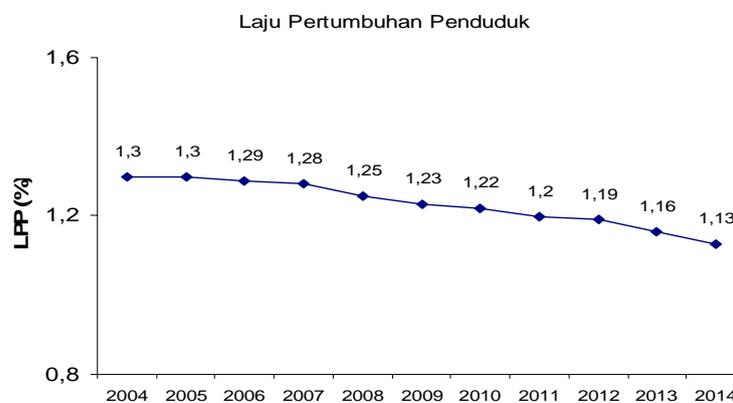


Sumber: Aram, 2007

Transisi Demografi

Laju pertumbuhan penduduk Indonesia cenderung terus menurun. Pada tahun 2000, Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) adalah 1,36 persen. Laju pertumbuhan ini terus menurun menjadi 1,30 persen pada tahun 2004. Diproyeksikan LPP akan terus menurun dan menjadi 1,23 persen pada tahun 2009 dan 1,13 persen pada tahun 2014. (Bappenas, BPS dan UNFPA, 2005)

Gambar 4.10 Trend dan proyeksi laju pertumbuhan penduduk Indonesia

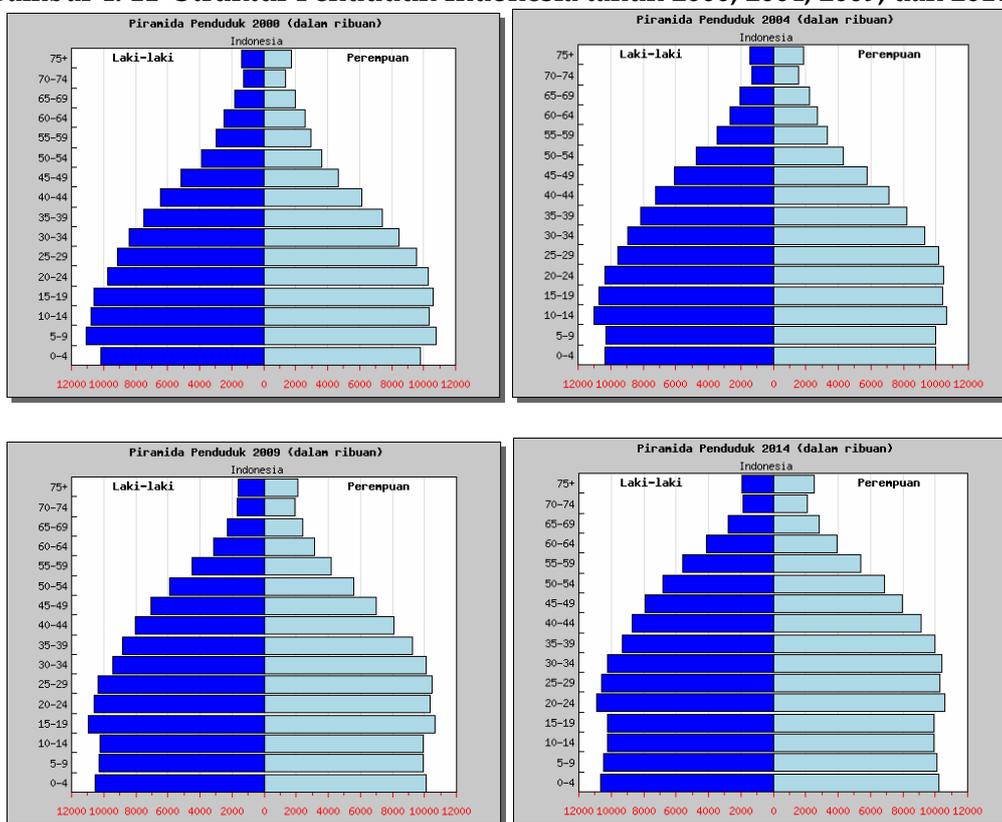


Sumber: Bappenas, BPS dan UNFPA, 2005

Walaupun laju pertumbuhan penduduk menurun, namun jumlah penduduk Indonesia secara nominal terus bertambah. Pada tahun 2004 jumlah penduduk Indonesia sebesar 216,4 juta. Pada tahun 2019 diproyeksikan menjadi 230,6 juta jiwa dan pada tahun 2014 menjadi 244,8 juta. Peningkatan ini antara lain terjadi karena masih tingginya tingkat kelahiran (*Total Fertility Rate* atau TFR), dan terjadinya penurunan tingkat kematian (*Angka Kematain Kasar* atau CBR).

Dengan adanya interaksi antara kematian bayi, kematian kasar, dan tingkat kelahiran serta migrasi, terjadi perubahan struktur penduduk menurut jenis kelamin dan menurut umur. *Sex ratio* penduduk hanya sedikit mengalami perubahan dengan kecenderungan menurun dari 100,4 pada tahun 2004 menjadi 100,2 tahun 2009 dan 100,1 pada tahun 2014 (*Sex ratio* 100,1 artinya untuk setiap 100 perempuan terdapat 100,1 laki-laki). Perubahan struktur umur penduduk dapat dilihat dari meningkatnya proporsi penduduk dengan usia dewasa dan tua, sementara proporsi usia muda (balita) cenderung tetap atau menurun.

Gambar 4. 11 Struktur Penduduk Indonesia tahun 2000, 2004, 2009, dan 2014.

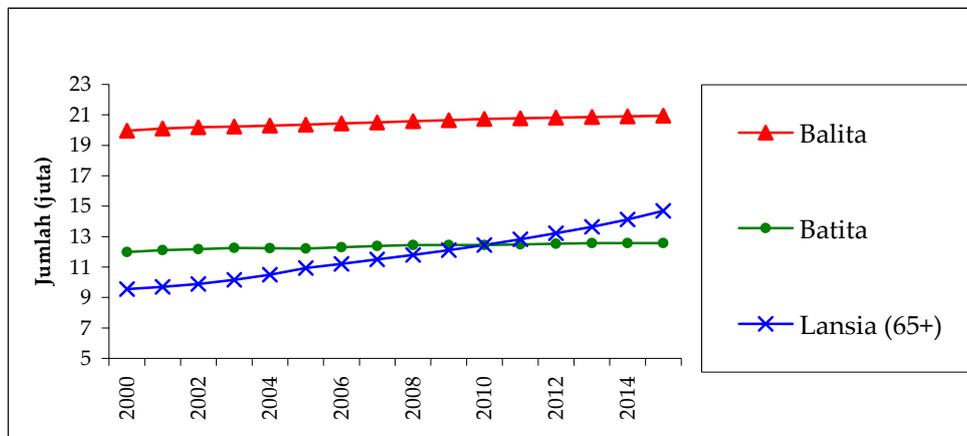


Sumber: Proyeksi Penduduk 2005-2025

Dari sudut pandang kesehatan, kelompok penduduk yang tergolong rawan terhadap masalah kesehatan adalah bayi, balita, wanita usia subur, ibu hamil dan remaja. Dibandingkan dengan periode 2004-2009, jumlah lansia (usia 65 tahun ke atas) meningkat paling cepat diikuti oleh jumlah balita. Jumlah dan proporsi lansia meningkat dari 10,5 juta (4,9 persen) pada tahun 2004 menjadi menjadi 12,1 juta (5,3 persen) pada tahun 2009 dan 14,1 juta (5,8 persen) pada tahun 2014. Sementara

jumlah balita meningkat secara perlahan dari 20,3 juta menjadi 20,7 juta dan pada tahun 2009 menjadi 20,9 juta.

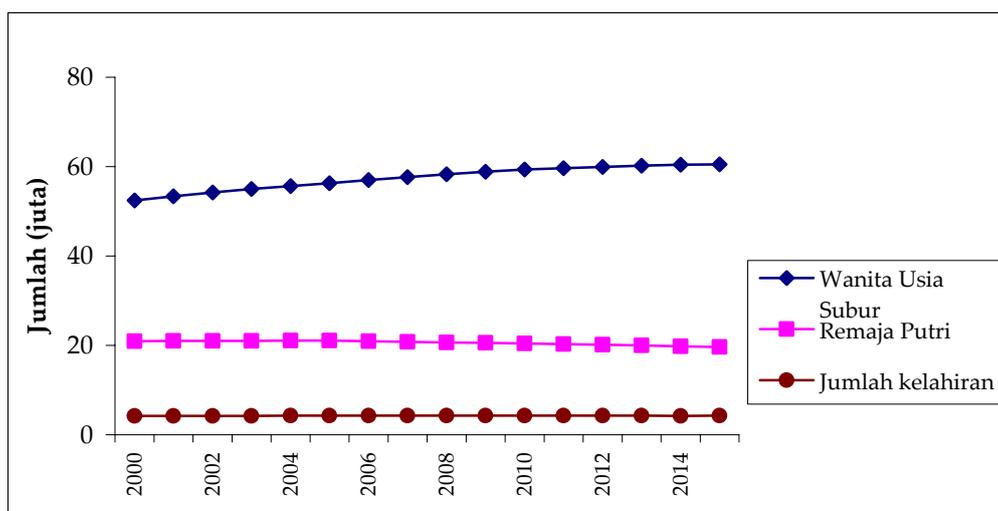
Gambar 4. 12 Perkembangan jumlah anak balita, anak balita dan lansia tahun 2000-2015



Sumber: Bappenas, BPS dan UNFPA, 2005

Jumlah wanita pada kelompok usia subur meningkat relatif cepat dari 55,7 juta tahun 2004 menjadi 58,8 juta pada tahun 2009 dan kembali meningkat menjadi 60,4 juta pada tahun 2014. Walaupun demikian, dengan TFR yang diharapkan menurun, jumlah kelahiran relatif konstan pada 4,3 juta kelahiran per tahun pada periode 2004-2009 dan bahkan menurun menjadi 4,2 juta kelahiran pada tahun 2009. Kecenderungan penurunan juga terjadi pada jumlah remaja putri yaitu 21,1 juta pada tahun 2004 kemudian menurun menjadi 20,6 juta pada tahun 2009 dan 19,8 juta pada tahun 2014.

Gambar 4.13. Perkembangan jumlah wanita usia subur, remaja putri dan kelahiran



Sumber: Bappenas, BPS dan UNFPA, 2005

Perubahan jumlah dan struktur penduduk dipengaruhi oleh kematian, kelahiran dan migrasi. Kondisi pendudukan pada periode 2004-2009 dicirikan antara lain oleh menurunnya angka kematian dan menurunnya angka kelahiran. Data SDKI menunjukkan angka kematian bayi pada mengalami penurunan dari 46 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 35 pada tahun 2003 dan menjadi 34 pada 2007⁴⁶. Angka kematian ibu juga mengalami penurunan dari 307 pada periode 1998-2002 (SDKI 2002-2003) menjadi 228 pada periode 2002-2007 (SDKI 2007). Angka Kematian Kasar (*Crude Death Rate*) sebesar 6,7 kematian per 1.000 penduduk tahun 2004 dan diproyeksikan akan menurun menjadi 6,3 dan 6,2 pada tahun 2009 dan 2014. Sementara data tingkat kelahiran menunjukkan bahwa secara nasional berada pada level 2,63 kelahiran per wanita, menurun dari 2,78 per wanita pada tahun 1997.

Dengan demikian, komposisi penduduk pada 2010-2014 dicirikan dengan meningkatnya proporsi penduduk usia tua dan meningkatnya proporsi penduduk dewasa termasuk wanita pada kelompok usia subur. Salah satu implikasi dari struktur umur penduduk yang cenderung menua adalah meningkatnya kebutuhan akan pelayanan kesehatan terutama yang berkaitan dengan penyakit-penyakit kronis atau degeneratif. Berbagai data ada kecenderungan peningkatan kematian akibat penyakit kanker, diabetes, hipertensi dan kardiovaskular. Penyakit kronis ini telah bergeser menjadi penyebab utama kematian. Sementara itu, peningkatan jumlah wanita usia subur berimplikasi pada perlunya peningkatan pada upaya-upaya kesehatan reproduksi.

Tingkat fertilitas secara regional atau antar provinsi sangat bervariasi. Hasil SUPAS 2005 memperlihatkan TFR terendah sebesar 1,66 di D.I. Yogyakarta dan tertinggi 3,67 di Nusa Tenggara Timur. Terdapat kecenderungan peningkatan TFR di beberapa daerah, baik di daerah yang TFRnya masih di atas rata-rata nasional, yaitu Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, dan Gorontalo, maupun di daerah yang pencapaian TFRnya sudah berada pada tingkat replacement level (TFR < 2,1), yaitu DKI Jakarta, D.I. Yogyakarta, Jawa Timur, dan Bali. Ke depan kebijakan dan strategi program KB kedepan perlu mempertimbangkan pola fertilitas antar provinsi yang sangat variatif tersebut dan pendekatan program KB hendaknya didasarkan kepada kondisi dan potensi lokal.

TFR kelompok miskin pada umumnya lebih tinggi dari kelompok yang lebih kaya. Kecenderungan ini diperkirakan masih akan terjadi, yang antara lain dapat dilihat dari indikasi tingginya rata-rata jumlah anak yang telah dilahirkan hidup oleh perempuan yang pernah menikah pada kelompok termiskin, yaitu 3,3 orang, dibandingkan dengan 2,7 orang pada kelompok terkaya (Susenas 2006). Apabila pengendalian kelahiran terutama melalui program KB tidak mendapat perhatian pada periode RPJMN berikutnya, jumlah masyarakat miskin sulit di entaskan dan ini akan mempengaruhi pencapaian MDGs yang sudah pula menjadi komitmen pemerintah Indonesia.

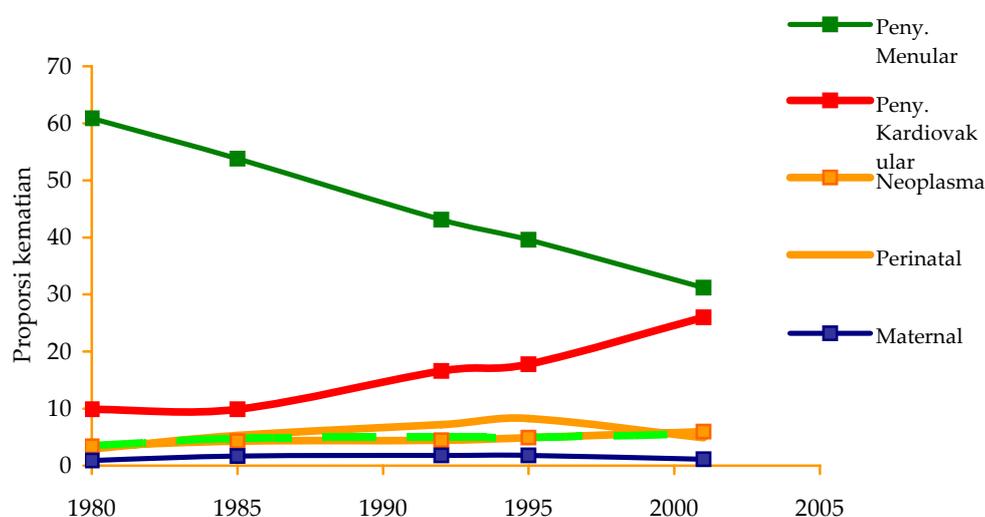
⁴⁶ Tahun ini merujuk pada dilakukannya SDKI yang merujuk pada angka kematian bayi dalam kurun waktu 3 tahun sebelum survey.

Transisi Epidemiologi

Transisi epidemiologi mengacu pada proses perubahan pola penyakit dalam suatu negara dari penyakit yang didominasi oleh penyakit menular menjadi penyakit degeneratif yaitu masa di mana penyakit karena manusia (*mand made disease*) dan degeneratif menjadi dominan, tingkat kematian menurun, dan berkurangnya penyakit menular (Omran, 1971). Transisi epidemiologi sangat erat kaitannya dengan transisi demografi, yaitu perubahan struktur penduduk dengan semakin meningkatnya penduduk usia lanjut (*population ageing*) serta peningkatan kesejahteraan hidup, industrialisasi, pendidikan, dan teknologi kesehatan.

Banyak kalangan menyatakan bahwa transisi epidemiologi ini telah terjadi di Indonesia yang ditandai dengan menurunnya kontribusi penyakit menular sebagai penyebab kematian relatif dibandingkan dengan penyakit degeneratif. Menurut hasil *Mortality Study* NHSS, pada tahun 1980, 60 persen kematian disebabkan oleh penyakit menular, sementara penyakit kardiovaskular hanya memberi kontribusi sebesar 9,9 persen kematian. Kematian akibat neoplasma, perinatal, maternal dan kecelakaan masih lebih rendah lagi. Dalam kurun waktu berikutnya, kontribusi penyakit menular secara konsisten terus menurun, dan pada tahun 2001 menjadi 31,2 persen. Pada saat yang sama kontribusi penyakit kardiovaskular terus meningkat dan pada tahun 2001 menjadi penyebab kematian kedua sebesar 26 persen.

Gambar 4. 14 Kecenderungan berbagai penyakit sebagai penyebab kematian



Sumber: NHSS

Penyakit kardiovaskuler menjadi penyebab kematian ke 11 pada tahun 1972, tetapi kemudian terus meningkat menjadi urutan ke 3 tahun 1986 dan menjadi penyebab kematian pertama pada tahun 1992, 1995 dan 2001. Pada tahun 2001, pada kalangan penduduk umur 25 tahun ke atas, 27 persen laki-laki dan 29 persen wanita menderita hipertensi, 0,3 persen mengalami penyakit jantung iskemik dan stroke, 1,2 persen mengalami diabetes, dan 1,3 persen laki-laki dan 4,6 persen wanita mengalami kelebihan berat badan. (Bappenas, 2008b)

Pada tahun 2007, empat penyebab kematian semua umur berturut-turut dari yang paling besar adalah stroke (15,4%), TB (7,5%), hipertensi (6,8%) dan cedera (6,5%). Jika dibandingkan dengan SKRT 1995 dan SKRT 2001, menurut empat kelompok penyebab kematian, tampak bahwa selama 12 tahun (1995-2007) telah terjadi transisi epidemiologi. Proporsi kematian karena penyakit tidak menular semakin meningkat dan pada tahun 2007 merupakan penyebab 59,5% kematian pada semua umur, meningkat dari 41,7% tahun 1995 dan 49,5% tahun 2001. Sementara itu kelompok penyebab kematian terbesar kedua adalah penyakit menular yang prevalensinya terus menurun dari 44,2% (1995), 31,2% (2001) dan 28,1% (2007).

Transisi epidemiologi yang terjadi seiring dengan adanya perubahan struktur penduduk dapat berimplikasi pada berbagai permasalahan kesehatan. Dalam transisi demografi, proporsi kelompok penduduk dewasa dan lanjut usia cenderung meningkat. Kelompok usia lanjut secara medis mempunyai karakteristik permasalahan kesehatan dengan penyakit degeneratif. Oleh karenanya beban penanggulangan penyakit degeneratif akan semakin besar, bukan hanya karena jumlah penduduk lansia yang meningkat serta prevalensi yang besar, tetapi juga karena biaya untuk penanggulangan masalah kesehatan degeneratif lebih tinggi di dibandingkan dengan penyakit menular.

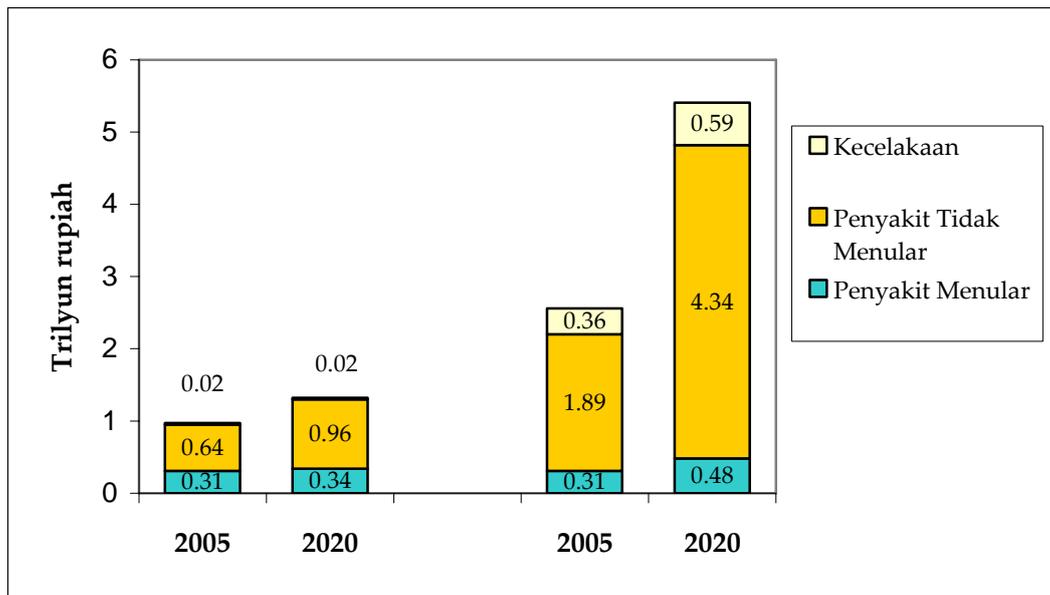
Peningkatan pendapatan, pengetahuan, dan teknologi kesehatan pada sisi lain akan menyebabkan meningkatkan permintaan akan pelayanan kesehatan bagi penyakit degeneratif. Pada saat yang sama, pendapatan, pengetahuan dan teknologi juga menyebabkan masyarakat menuntut pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas.

Penyakit degeneratif membutuhkan penanganan yang lebih kompleks yang pada akhirnya menuntut tenaga kesehatan dengan kemampuan yang lebih tinggi, spesialisasi dan sub spesialisasi serta peralatan medis yang canggih dan berteknologi tinggi. Dengan demikian komponen tenaga dan infrastruktur kesehatan perlu terus ditingkatkan.

Sebagai dampak dari tingginya permintaan masyarakat, tuntutan kualitas yang lebih baik, profesionalitas pelayanan, keahlian tenaga kesehatan, dan dukungan peralatan dan infrastruktur kesehatan yang semakin canggih, pembiayaan jelas akan meningkatkan belanja bagi pembiayaan kesehatan.

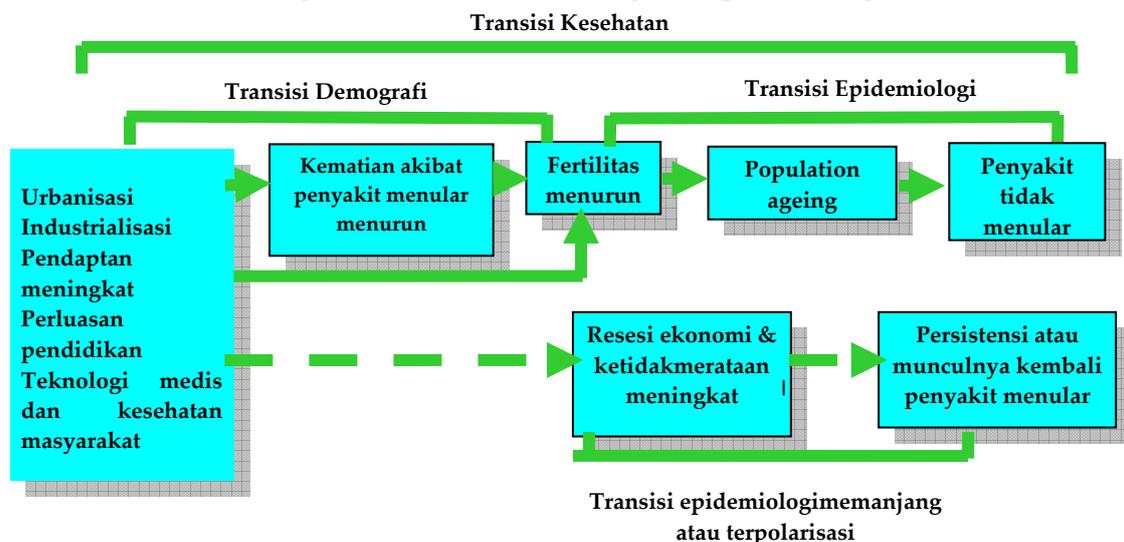
Sebagai contoh, pada tahun 2005, dari Rp 0,97 triliun pembiayaan rawat jalan pasien di Jawa Tengah, 66 persen digunakan untuk pembiayaan penyakit tidak menular. Dengan adanya transisi demografi, pada tahun 2020 diperkirakan proporsi pembiayaan rawat jalan untuk tidak menular meningkat menjadi 72 persen dari total Rp 1,33 triliun. Sementara itu penyakit diare, saluran pernafasan, dan penyakit kulit merupakan 3 jenis penyakit dengan penurunan kebutuhan pembiayaan yang paling besar. Untuk penyakit rawat inap, dalam kurun waktu yang sama biaya penyakit tidak menular meningkat dari 74 persen menjadi 80 persen (Choi, et.al, 2006).

Gambar 4. 15 Proyeksi kebutuhan pembiayaan kesehatan di Jawa Tengah



Transisi epidemiologi yang ditandai dengan meningkatnya kontribusi penyakit tidak menular, jika dilihat kaitannya dengan faktor-faktor sosial dan determinan lainnya, transisi epidemiologi dapat melambat, terpolarisasi atau tertunda. Hal ini dapat terjadi karena transisi epidemiologi merupakan suatu masa perubahan yang tidak dapat terlepas dari sosial kemasyarakatan dalam merespon permasalahan kesehatan tersebut, dalam hal ini konsep transisi kesehatan (health transition) perlu diperhatikan. (Casielli, 1991). Sebagai contoh, epidemi penyakit HIV AIDS di berbagai negara di Afrika bagian Selatan mempunyai dampak yang sangat besar sehingga transisi epidemiologi tidak terjadi. Karena berbagai sebab kondisi sosial ekonomi, lingkungan dan teknologi kesehatan yang tidak baik, dapat menyebabkan adanya resistensi atau munculnya kembali berbagai penyakit menular.

Gambar 4. 16 Hubungan antara transisi demografi, epidemiologi, dan kesehatan



Sumber: WH Mosley, IB Bobadilla and DT Jamison, 1993

Di Indonesia, penyakit menular seperti TB, dan malaria masih merupakan permasalahan yang cukup besar. Jumlah penderita TB di Indonesia merupakan penyumbang TB terbesar ketiga di dunia dan penyakit malaria kembali terjadi di beberapa daerah di Jawa. Berbagai penyakit menular ini tidak saja menimbulkan kematian, tetapi juga kesakitan (morbidity) yang berdampak pada kualitas hidup dan produktifitas manusia. Permasalahan penyakit HIV/AIDS masih terus membesar dan bahkan di beberapa wilayah telah memasuki populasi umum.

Penyakit-penyakit menular yang telah bercokol sejak lama di dunia dan Indonesia (ancient diseases) pun masih banyak terjadi di berbagai wilayah Indonesia. Penyakit-penyakit seperti framboesia, filariasis, schistosomiasis, dan kusta masih banyak ditemui terutama pada penduduk pada kelompok miskin. Pada kurun waktu 2000-2006, jumlah penderita penyakit kusta meningkat dari 14.697 menjadi 18.380, dan jumlah kasus filariasis meningkat dari 6.181 (tahun 2000) menjadi 10.427 kasus. Prevalensi frambusia masih tetap pada kisaran 0,2 per 10.000 penduduk antara tahun 2002-2006.

Terjadinya transisi epidemiologi di Indonesia, yang beriringan dengan persistensi berbagai penyakit kuno dan gejala munculnya kembali berbagai penyakit menular pada sisi lain menunjukkan bahwa masalah penyakit menular masih akan menjadi permasalahan besar di Indonesia, terutama jika dilihat dari sumbangannya terhadap kematian dan kesakitan, sehingga tidak begitu saja diabaikan karena fokus pada penyakit tidak menular.

Taraf Pendidikan

Perkembangan yang sehat pada awal masa kehidupan merupakan *building blocks* yang memungkinkan manusia untuk menuju pada hidup yang layak di se seluruh aspek termasuk sosial, emosional, kognitif dan kesehatan fisiknya (ECDKN, 2007). Periode kritis bagi tumbuh kembang anak yang terjadi sejak janin hingga usia 3 tahun atau lebih dikenal dengan periode emas (*golden ages*), harus dioptimalkan dengan menjaga kesehatan dan status gizi anak, memberikan stimulus yang mencukupi, dan menyediakan lingkungan yang mendukung, melalui pengembangan anak usia dini (Bappenas, 2008c).

Permasalahan yang dihadapi dalam pengembangan anak usia dini antara lain ditandai oleh rendahnya derajat kesehatan dan gizi, rendahnya kesiapan anak bersekolah, serta belum optimalnya pengasuhan dan perlindungan anak. Status kesehatan dan gizi anak usia dini di Indonesia masih rendah seperti ditunjukkan oleh masih tingginya angka kematian bayi dan balita, kesakitan akibat penyakit infeksi, dan kekurangan gizi.

Pola asuh anak juga masih belum optimal. Mislanya kesadaran ibu untuk menyusui anak semakin menurun. Data tahun 2004, menunjukkan bahwa hanya 20persen bayi menyusu ASI secara eksklusif sampai usia 6 bulan, dan anak yang masih mendapat ASI hingga usia 1 tahun hanya 75 persen, dan hingga usia 2 tahun hanya 25 persen. Rendahnya proporsi bayi terutama sampai 6 bulan yang disusui secara eksklusif berpengaruh pada proses gagal tumbuh bayi. Selain tidak optimal

tumbuh kembang fisiknya, perkembangan otak bayi yang tidak menyusui secara eksklusif juga tidak optimal.

Partisipasi pada pengembangan anak usia dini umumnya masih rendah. Angka partisipasi kasar (APK) pendidikan anak usia 0-6 tahun pada tahun 2007, formal dan non formal, baru mencapai 48,32 persen. Pendidikan anak usia dini yang tidak terstruktur dengan baik juga tidak memberikan dasar kesiapan yang kurang optimal bagi anak untuk bersekolah.

Akses pelayanan layanan anak usia dini masih belum memadai baik secara kualitas maupun kuantitas antar alain karena jumlah fasilitas pelayanan yang masih terbatas. Menurut data Balitbang, Departemen Pendidikan Nasional, pada akhir 2003 baru terdapat 54,2 ribu TK/RA/BA yang tersebar di seluruh Indonesia. Dengan demikian secara rata-rata setiap institusi hanya memiliki sekitar 41 siswa. Sementara itu, jumlah TPA, KB, dan lembaga Pengembangan Anak Usia Dini sejenis juga masih terbatas. Pada tahun 2003 jumlahnya baru mencapai 13,9 ribu.

Berbagai masalah tersebut di atas diperberat dengan jumlah anak usia dini (0-6 tahun) di Indonesia yang sangat besar yang pada tahun 2006 mencapai sekitar 26,7 juta, atau sekitar 12,08 persen dari jumlah penduduk Indonesia. Jumlah ini diperkirakan akan tetap bertahan hingga tahun 2025 dengan sedikit mengalami penurunan. Besarnya jumlah anak usia dini, menjadi sebuah tantangan besar bagi negara Indonesia, khususnya bagi pemerintah, untuk dapat memberikan pelayanan yang merata dan berkualitas bagi pengembangan anak usia dini.

Beberapa indikator pendidikan formal pada tingkatan dasar dan menengah menunjukkan peningkatan yang cukup baik. Tingkat partisipasi sekolah penduduk usia 13-15 tahun pada tahun 2006 sudah cukup tinggi yaitu 98,5 persen penduduk sedang atau pernah sekolah, sedangkan yang belum atau tidak sekolah sebesar 1,6 persen. Buta aksara usia 15 tahun ke atas cenderung menurun dari 10,12 persen tahun 2003 menjadi 8,07 persen tahun 2006 dan tahun 2009 ditargetkan untuk mencapai 5 persen. Berbagai indikator pendidikan formal ini ke depan diperkirakan akan terus membaik.

Berbagai bukti juga menunjukkan bahwa integrasi pembelajaran sosial dan emosional dalam kurikulum pendidikan dasar dan lanjutan serta perhatian pada perkembangan fisik anak dalam jangka panjang akan meningkatkan gizi. Salah satu tujuan dari pendidikan untuk semua (Education for All) adalah pemertaaan akses pada pendidikan "kecakapan hidup" atau life skills sebagai kebutuhan dasar dalam proses belajar formal maupun non formal khususnya remaja (UNESCO 2007a). Pendekatan ini telah direkomendasikan oleh Komisi Determinan Kesehatan WHO, sebagai satu cara untuk mendukung perilaku sehat dan memberdayakan pemuda dan remaja untuk mengendalikan hidup mereka (CSDH, 2008). UNICEF juga menekankan *life skill education* ini khususnya untuk pencegahan HIV serta sebagai upaya merespon isu kesetaraan gender. Berbagai upaya lain melalui jalur pendidikan termasuk usaha kesehatan sekolah yang menanamkan perilaku hidup sehat sejak dini dan sekolah ramah anak

Bencana Alam

Selain perubahan iklim, berbagai bencana alam juga mengancam Indonesia. Letak Indonesia yang berada dalam pertemuan 3 lempeng tektonik, menjadikan sebagian besar wilayah Indonesia rawan terhadap gempa bumi. Pada tanggal 26 Desember 2004, gempa bumi 8,9 skala Richter di lepas pantai Pulau Sumatera dan diikuti dengan tsunami telah memporakporandakan sebagian besar wilayah Aceh dan Nias. Korban jiwa dari bencana ini mencapai 126.732 meninggal dunia, 93.662 orang hilang dan lebih dari setengah juta mengungsi dengan total nilai kerusakan kerusakan dan kerugian mencapai Rp 41,4 trilyun atau sekitar 2,7 persen dari PDB Nasional dan 97 persen dari PDRB Provinsi NAD. Sarana kesehatan, yang rusak meliputi antara lain 6 rumah sakit, unit poliklinik, 41 puskesmas 390 polindes unit, 59 puskesmas pembantu, berbagai kantor dan balai dengan nilai kerusakan dan kerugian mencapai Rp 853 miliar, belum termasuk saran air minum dan sanitasi (Perpres No 30 tahun 2005).

Kejadian serupa terjadi dalam gempa di Yogyakarta pada 27 Mei 2006, Akibatnya lebih dari 5.760 orang meninggal, lebih dari 45.000 luka-luka dan ratusan ribu rumah hancur dan rusak. Kerusakan terjadi pada 16 rumah sakit, 128 puskesmas dan ratusan saran kesehatan lain. (Bappenas, 2006)

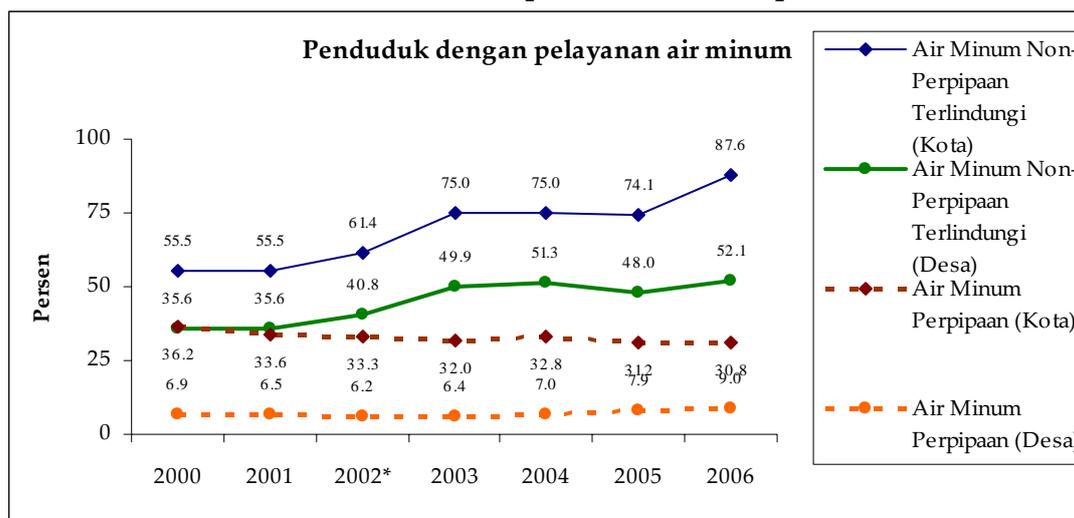
Permasalahan yang dihadapi dalam bencana seperti adalah banyaknya korban jiwa dan teluka, serta melumpuhkan sistem kesehatan. Lingkungan menjadi tidak sehat dengan terbatasnya air bersih dan buruknya sanitasi lingkungan sehingga menyebabkan berbagai penyakit menular serta kekurangan gizi. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan meningkat pesat dalam waktu yang sangat singkat sementara infrastruktur menjadi lemah.

Air Minum dan Sanitasi

Dampak ketersediaan air minum dan sanitasi terhadap kesehatan telah banyak ditunjukkan oleh berbagai bukti-bukti ilmiah. Beberapa jenis penyakit yang terkait dengan air minum dan sanitasi dapat diklasifikasikan menurut jalur penularan: *water borne* seperti kolera dan typhus, *water-washed* seperti trakoma, *water-based* seperti schistosomiasis, *water-related vector borne* seperti malaria, filariasis dan *water-dispersed* seperti legiellosis. Yang dianggap paling dipengaruhi oleh cakupan air minum dan sanitasi yang rendah adalah *water borne* dan *water washed disease*. Penyakit ini ditularkan melalui saluran air, kontak personal, kontak manusia-binatang dan makanan. (Bappenas, 2008)

Secara umum penduduk yang mempunyai akses terhadap air minum dan sanitasi terus mengalami peningkatan, walaupun terjadi variasi antara berbagai sistem yang digunakan dan antar wilayah perkotaan dan perdesaan. Saat ini pelayanan air minum terlindungi (total) baru mencapai 57,2 persen dan 18,4 persen pelayanan air perpipaan. Dibandingkan dengan target MDG, masih terdapat kesenjangan yang cukup lebar dalam pelayanan air perpipaan, namun untuk pelayanan air minum terlindungi hampir mencapai target yang ditetapkan. Cakupan air minum di perdesaan jauh lebih kecil di banding dengan perkotaan (Bappenas, 2007)

Gambar 4. 17 Trend akses penduduk terhadap air minum

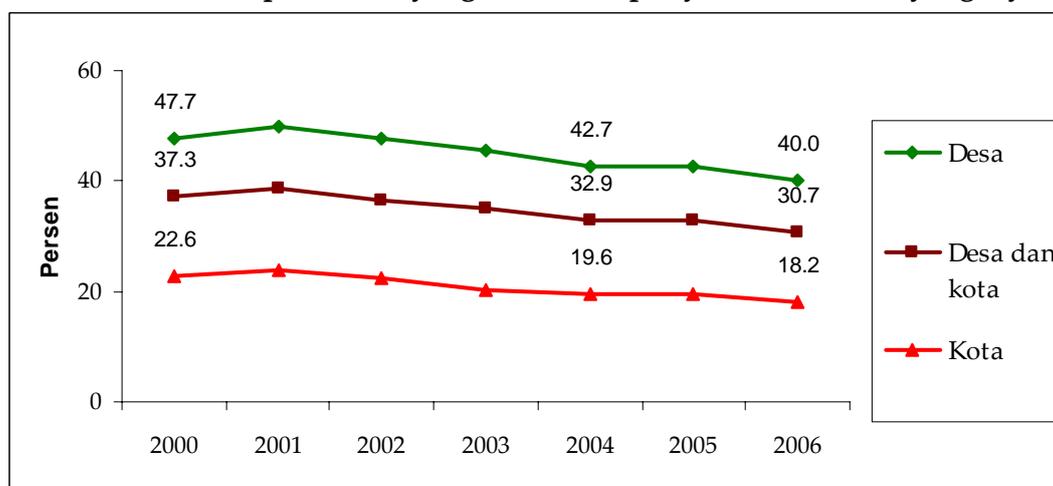


Sumber: Susenas

Dilihat dari distribusi menurut provinsi, masih banyak daerah yang pencapaiannya rendah. Daerah tersebut berturut-turut dari yang terendah adalah Provinsi Bangka Belitung (33,9), Bengkulu (36,5), Papua (38,7), Nanggroe Aceh Darussalam (41,4), Kalimantan Tengah (41,6), Lampung (43,9), Sulawesi Barat (45,5), Irian Jaya Barat (46,5), Riau (46,6), dan Jambi (46,9). (Bappenas, 2007).

Akses pada fasilitas sanitasi yang layak secara total meningkat dari 30,9 persen (tahun 1992), menjadi 69,3 persen (tahun 2006). Sekitar 81,8 persen proporsi rumah tangga dengan akses fasilitas sanitasi layak di perkotaan dan 60 persen di pedesaan. Dengan kata lain masih terdapat 18,2persen masyarakat perkotaan yang tidak mempunyai akses terdapat fasilitas sanitasi yang layak. Dipedesaan angka ini jauh lebih besar, yaitu 40 persen. Tambahan lagi, akses terhadap fasilitas sanitasi ini belum memperhatikan kualitas sarana dan tidak mengukur penggunaannya (apakah digunakan, seberapa sering dan lain sebagainya).

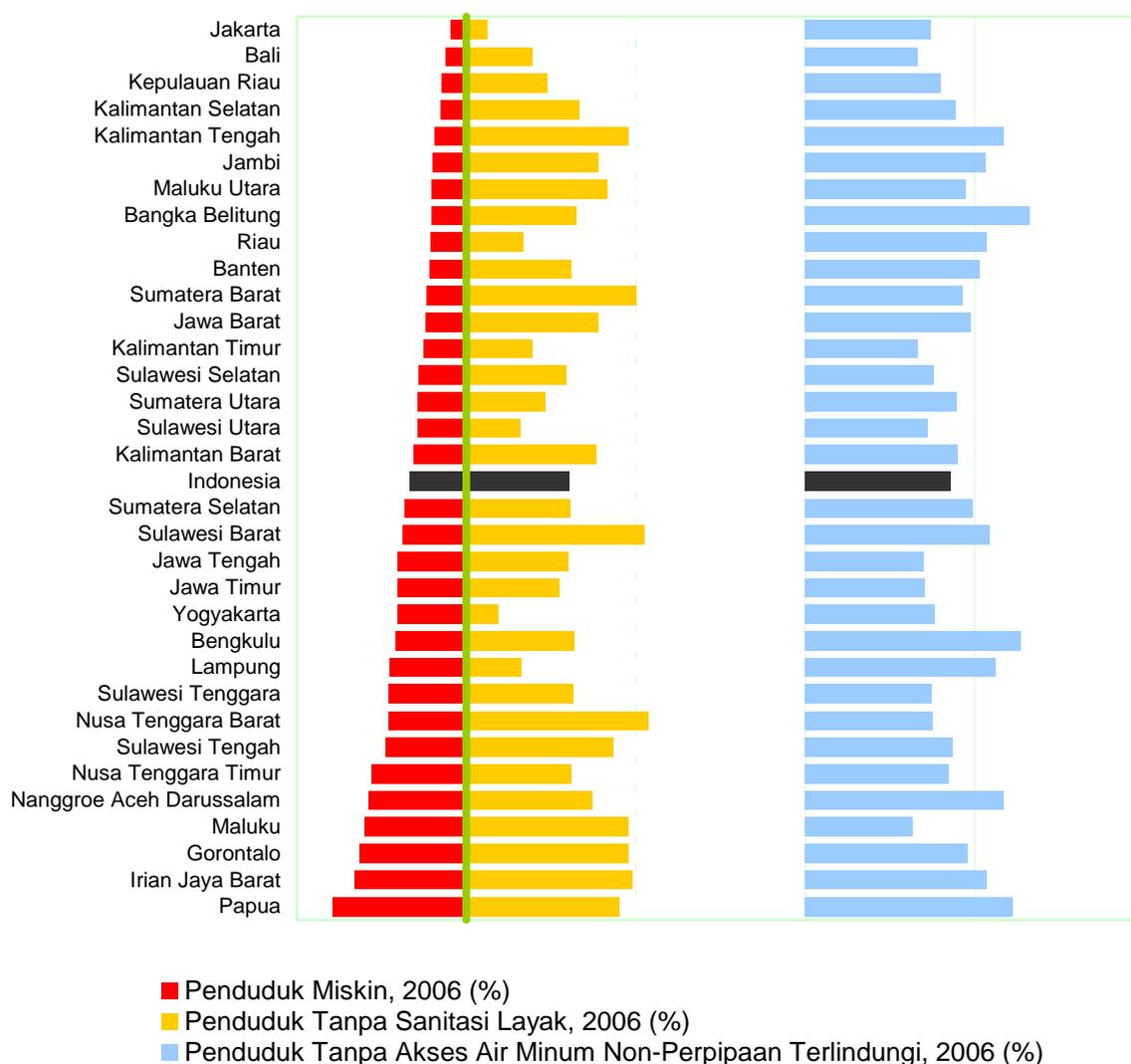
Gambar 4. 18. Trend penduduk yang tidak mempunyai akses sanitasi yang layak



Sumber: Susenas

Peningkatan akses terhadap air minum dan sanitasi menghadapi beberapa tantangan. Pertama, adalah cakupan geografis dan penyebaran penduduk yang sangat beragam. Tingkat kemajuan ekonomi suatu provinsi tidak menjamin akses terhadap air minum dan sanitasi yang baik. Sebagai contoh, korelasi antara tingkat kemiskinan provinsi dengan cakupan air minum dan sanitasi sangat kecil. Banyak provinsi dengan tingkat kemiskinan yang rendah, namun cakupan air minum dan sanitasinya tidak menggembirakan. Sebaliknya terdapat daerah-daerah dengan tingkat kemiskinan yang tinggi namun mempunyai akses yang cukup baik. Korelasi yang lebih jelas mungkin dapat dilihat pada tingkat kabupaten, atau jika memperhitungkan kondisi geologi wilayah. Hal ini menunjukkan bahwa meningkatkan akses air minum dan sanitasi memiliki dimensi yang sangat kompleks karena berkaitan dengan perilaku, tingkat pendapatan, kondisi geografis, iklim, dan lain sebagainya.

Gambar 4. 19 Perbandingan antara persentase penduduk miskin dan akses terhadap air minum dan sanitasi menurut provinsi.



Sumber: Susenas

Tantangan lain dalam penyediaan air minum adalah banyaknya insititusi dan lembaga yang mempunyai kewenangan tertentu dalam masalah air minum dan sanitasi yang menyebabkan tingkat koordinasi yang lebih rumit. Kemudian bila dikaitkan dengan perubahan lingkungan, saat ini terjadi penurunan kualitas dan kuantitas sumber air baku. Perubahan tata guna lahan dengan mengurangi daerah tutupan tanah berakibat pada menurunnya daya dukung hutan terhadap sistem siklus air. Penyebab lain adalah aktivitas manusia yang mengeluarkan zat pencemar ke badan air seperti limbah pabrik/industri, limbah rumah tangga, sampah padat, serta tangki septik di rumah tangga yang tidak memenuhi syarat konstruksi. Saat ini, ketersediaan air baku di Pulau Jawa dan Pulau Bali telah mendekati titik kritis, terutama saat musim kemarau. (Bappenas, 2007).

Berkaitan dengan masalah sanitasi dasar, tantangan tantangan yang dihadapi adalah kurangnya pengetahuan dan pemahaman mengenai pentingnya sanitasi bagi kesehatan. Banyak jamban yang tidak digunakan sebagaimana mestinya dan tidak berkelanjutan. Banyak fasilitas mandi-cuci-kakus (MCK) yang dibangun tetapi tidak dapat dimanfaatkan dengan baik, bahkan terabaikan. Tantangan berikutnya adalah belum adanya kebijakan komprehensif lintas sektor yang berupaya menyediakan fasilitas sanitasi dasar yang layak dan sehat menyebabkan penanganan masalah sanitasi kurang diatasi.

Dalam hal pembiayaan, memang terjadi peningkatan secara nominal untuk pembiayaan sanitasi dasar baik yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat, provinsi maupun kabupaten kota. Studi di wilayah yang mendapatkan fasilitas proyek WASPOLA, menunjukkan bahwa 90persen alokasi anggaran AMPL daerah, diperuntukkan bagi investasi kapital, dan hanya sejumlah kecil yang dialokasikan untuk bantuan teknis, sosialisasi, dan pembangunan kapasitas.

Aksesibilitas terhadap Pangan

Aksesibilitas pangan dicerminkan dari ketersediaan pangan dan konsumsinya oleh penduduk. Selama periode 2001-2005 ketersediaan padi (produksi dalam negeri) yang merupakan bahan pangan pokok di Indonesia meningkat rata-rata sebesar 1,8 persen per tahun, dengan tingkat ketersediaan tahun 2005 sebesar 137 kg/kapita/tahun. Secara agregat, konsumsi energi (tidak hanya berasal dari karbohidrat) pada tahun 2005 telah lebih tinggi dari yang dianjurkan⁴⁷. Demikian pula dengan konsumsi protein hewani. Perkembangan menarik dalam konsumsi pangan sumber karbohidrat adalah kecenderungan menurunnya konsumsi beras. Konsumsi produk olahan terigu seperti mie instant dan aneka kue cenderung meningkat, bahkan termasuk pada kelompok masyarakat berpendapatan rendah, terutama di pedesaan. Hal ini menunjukkan adanya diversifikasi konsumsi pangan. Jika dilihat dari ragam (diversifikasi) konsumsi pangan, yang menggunakan skor Pola Pangan Harapan (PPH), kualitas konsumsi terus meningkat dan pada tahun 2005 mencapai skor PPH 79,1 atau meningkat 9,0 persen dari tahun 2001.

⁴⁷ Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII (WNPG) tahun 2004 menganjurkan konsumsi energi dan protein penduduk Indonesia masing-masing adalah 2000 kkal/kapita/hari dan 52 gram/kapita/hari.

Tabel 4. 7 Rata-rata konsumsi kalori dan protein tingkat nasional

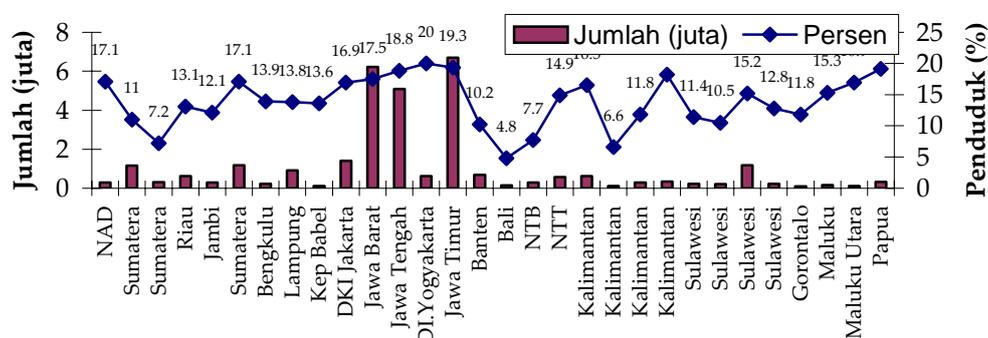
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
KALORI - kkal/kapita/hari (anjuan kecukupan 2000 kkal/apita/hari)						
Rata-rata	1 987	1 989	1 986	1 996	1 926	2 014
KOTA	1 954	1 950	1 941	1 922	1 892	1 977
DESA	2 013	2 018	2 019	2 060	1 953	2 050
PROTEIN - gram/kapita/hari (anjuan kecukupan 52 g/kapita/hari)						
Rata-rata	54,45	55,36	54,66	55,29	53,66	57,66
KOTA	55,99	56,7	55,89	55,26	55	59,17
DESA	53,22	54,4	53,69	55,28	52,6	56,25

Sumber data: Susenas

Ketersediaan pangan secara makro tidak sepenuhnya menjamin ketersediaan pada tingkat mikro, yaitu tingkat rumah tangga. Mekanisme distribusi dari tingkat produksi sampai pada konsumsi di tingkat rumah tangga sangat berpengaruh pada kecukupan konsumsi di tingkat rumah tangga. Selain itu daya beli masyarakat juga menentukan akses terhadap pangan di tingkat rumah tangga. Dengan demikian, meskipun komoditas pangan tersedia di pasar namun, apabila harga terlalu tinggi dan tidak terjangkau oleh daya beli, maka rumah tangga tidak akan dapat mengakses pangan yang tersedia. Kondisi seperti ini dapat menyebabkan kerawanan pangan.⁴⁸

Berdasarkan data SUSENAS pada tahun 2006, proporsi penduduk rawan pangan di semua provinsi masih diatas 10 persen, kecuali di provinsi Sumbar, Bali dan NTB. Bahkan di semua provinsi yang merupakan sentra produksi pangan seperti provinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Sumatera Selatan, Jawa Barat dan Sulawesi Selatan proporsi penduduk rawan pangannya cukup tinggi.

Gambar 4.20. Penduduk Rawan Pangan



Sumber: Susenas

⁴⁸ Penduduk rawan pangan didefinisikan sebagai penduduk dengan rata-rata konsumsinya antara 71–89 persen dari norma kecukupan energi. Sedangkan penduduk sangat rawan pangan hanya mengkonsumsi energi kurang dari 70 persen dari kecukupan energi

Perilaku Hidup

Pola hidup yang kurang sehat, dapat menimbulkan berbagai faktor resiko langsung seperti tekanan darah tinggi, glukosa darah tinggi, kadar lemak darah tidak normal, kegemukan/obesitas dan kadar kolesterol yang tinggi. Pola hidup yang paling penting bagi kesehatan pengaruhnya adalah pola makan yang tidak sehat, kurangnya aktifitas fisik dan kebiasaan merokok serta konsumsi makanan yang tidak aman (WHO, 2002). Adanya perubahan pola hidup di Indonesia dapat dilihat antara lain dengan adanya kecenderungan peningkatan prevalensi penyakit tidak menular di Indonesia sebagai penyebab kematian.

Pola makan

Konsep dasar gizi seimbang menekankan bahwa untuk hidup dan meningkatkan kualitas hidup, setiap orang membutuhkan lima (5) kelompok zat gizi yaitu: karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral, dalam jumlah yang cukup, tidak berlebihan dan juga tidak kekurangan. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut, bahan makanan dikelompokkan dalam tiga (3) kelompok (berdasarkan logo gizi seimbang yang berbentuk kerucut/*food guide pyramid*) yaitu 1). sumber zat tenaga : padi-padian, umbi-umbian dan tepung-tepungan, yang digambarkan di dasar kerucut; 2) sumber zat pengatur: sayur-sayuran dan buah-buahan yang digambarkan di bagian tengah kerucut; dan 3) sumber zat pembangun: kacang-kacangan, makanan hewani dan hasil olahannya, digambarkan pada bagian atas kerucut (Departemen Kesehatan RI, 2003; Karyadi, 1997; Wikipedia, 2008). *Food guide pyramid* ini juga menunjukkan anjuran konsumsi optimal harian untuk masing-masing kelompok bahan makanan dalam memenuhi kebutuhan gizi seimbang. (Aswatini et al, 2008).

Peningkatan industrialisasi, urbanisasi dan mekanisasi menyebabkan terjadinya perubahan pola makan, terutama makanan yang lebih kaya akan lemak dan energi sementara aktivitas fisik semakin berkurang. Jika dilihat perbandingan konsumsi pangan, maka dapat terlihat “ketidaksinambungan” konsumsi pangan tersebut. Konsumsi kelompok padi-padian melebihi anjuran, sedangkan sayur-sayuran dan buah-buahan dikonsumsi dibawah anjuran.

Tabel 4. 8 Perbandingan konsumsi pangan anjuran dan aktual, 1999-2007 (kkal/kapita/hari)

Kelompok pangan	Anjuran	Konsumsi aktual					
		1999	2002	2003	2004	2005	2007**)
Padi-padian	1000	1240	1253	1252	1248	1241	953
Umbi-umbian	120	69	70	66	77	73	52
Pangan hewani	240	88	117	138	134	139	146
Minyak + lemak	200	171	205	195	195	199	246
Buah/biji berminyak	60	41	52	56	47	51	-
Kacang-kacangan	100	54	62	62	64	67	73
Gula	100	92	96	101	101	99	-
Sayur + buah	120	70	78	90	87	93	95

Lain-lain	60	26	53	32	33	35	449
Total	2000 ^{*)}	1851	1986	1992	1986	1997	2015
Skor Pola Pangan Harapan (PPH)	100	66,3	72,6	77,5	76,9	79,1	-

Keterangan: *) Rekomendasi WNPG 2004: AKE = 2000 kkal/kap/hari dan AKP = 52gr/kap/hari.

***) Data Susenas 2007, berdasarkan pengelompokan BPS.

Sumber: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2008b; Badan Pusat Statistik, 2007a.

Aktivitas Fisik

Rendahnya aktivitas fisik bresama-sama pola konsumsi yang tidak seimbang diperkirakan menyumbang 22 persen terjadinya penyakit jantung iskemik, 10-16 persen kanker payudara, kanker usus dan kanker rektal serta diabetes mellitus. Secara keseluruhan terdapat 1,9 juta kematian yang disebabkan oleh rendahnya aktivitas fisik. Makanan dan aktivitas fisik dapat mempengaruhi kesehatan baik secara bersama-sama maupun sendiri-sendiri. Efek dari pola makan dan aktivitas fisik saling berinteraksi, terutama dalam kaitannya dengan obesitas. Selain berfungsi untuk membantu mencegah obesitas, aktivitas fisik merupakan cara yang utama dalam meningkatkan kesehatan fisik dan mental individu.

Hasil SKRT tahun 2004 menunjukkan sebagian besar (lebih dari 84 persen) penduduk kelompok umur 15 tahun ke atas kurang aktif melakukan aktivitas fisik, sebesar 9,1 persen bahkan tidak aktif, dan hanya 6 persen yang melakukan aktivitas fisik secara aktif⁴⁹. Rendahnya aktifitas fisik ini diperkirakan terjadi dengan karena pemahaman tentang pentingnya aktifitas fisik yang rendah. Selain itu berbagai pengaruh global dan kemajuan teknologi memungkinkan manusia beraktifitas tanpa banyak memerlukan kegiatan fisik. Pertambahan penduduk dan industrialisasi menyebabkan makin berkurangnya ruang terbuka dan fasilitas umum serta fasilitas olahraga. Sedikitnya ketersediaan fasilitas olahraga yang nyaman dan memadai menyebabkan frekuensi untuk berolahraga sebagai salah satu bentuk aktivitas fisik juga semakin menurun. Dukungan regulasi terhadap aktifitas fisik selama ini juga masih terasa sangat kurang atau bisa dikatakan tidak ada.

Kebiasaan merokok

Merokok merupakan salah satu unsur pola hidup yang telah dikenal luas sebagai salah satu faktor resiko timbulnya berbagai macam penyakit. Terdapat kurang lebih 460 bahan kimia yang dikandung didalamnya bersifat karsinogen yang dapat menyebabkan terjadinya kanker. Orang yang terpapar bahan kimia tersebut, baik perokok aktif maupun pasif, mempunyai resiko yang lebih besar terserang berbagai penyakit kanker, penyakit jantung, stroke, *emfisia* dan penyakit lainnya.

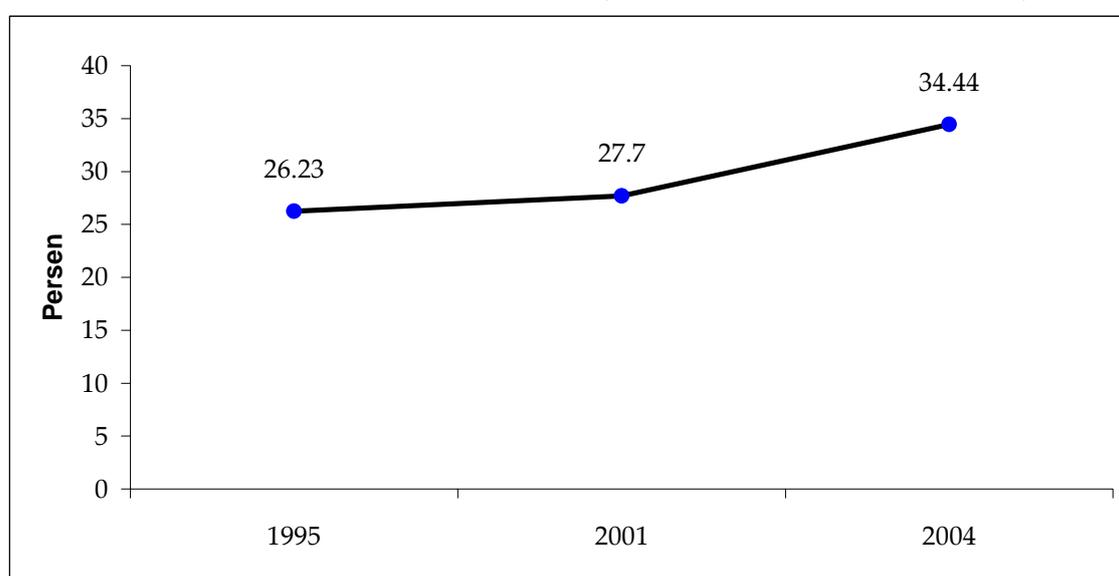
Selain dampak terhadap kesehatan, merokok juga mempunyai dampak langsung terhadap status gizi, diantaranya menurunkan kadar vitamin dan mineral

⁴⁹ Aktif : latihan (exercise) setiap hari selama 10 menit, total kumulatif 150 menit/minggu,
Kurang Aktif: latihan (exercise) setiap hari selama 10 menit, total kumulatif <150 menit/minggu

dalam tubuh, menurunkan kadar vitamin C dari jaringan tubuh dan darah serta menurunkan tingkat vitamin D dalam tubuh. Pola konsumsi perokok seperti ini meningkatkan efek buruk merokok seperti kanker dan serangan jantung.

Di Indonesia, pada tahun 2004, sekitar 34 persen penduduk berumur 15 tahun ke atas merokok, dengan prevalensi lebih tinggi di daerah pedesaan (36,6 persen), dibanding perkotaan (31,7 persen), angka ini meningkat dari 27,7 persen di tahun 2001. Persebaran penduduk yang merokok ini cukup merata di seluruh provinsi di Indonesia dengan prevalensi tertinggi di Maluku Utara (41,9persen) dan terendah di Bali (24,30 persen).

Gambar 4. 21. Persentase Penduduk Berumur 10 Tahun ke Atas Yang Merokok Dalam Satu Bulan Terakhir (Untuk 2005: 15 Tahun Ke Atas)



Sumber: Susenas

Merokok bukan hanya berpengaruh pada biaya-biaya perawatan kesehatan, namun juga menurunkan produktivitas kerja. Kelompok miskin adalah yang paling dirugikan karena penggunaan tembakau. Pada 2001, penduduk termiskin menggunakan 9,1 persen dari pengeluaran bulanan untuk tembakau, dibandingkan 7,5 persen pada kelompok kaya dan melebihi pengeluaran untuk kesehatan dan pendidikan yang hanya sebesar 2,5 persen (perdesaan) dan 5,9 persen (perkotaan). Pengeluaran untuk rokok, seharusnya bisa digunakan untuk mencukupi asupan gizi keluarga. Belanja produk tembakau yang lebih banyak daripada pengeluaran untuk makanan mempunyai dampak yang sangat besar pada kesehatan dan gizi keluarga miskin.

Beberapa langkah yang dianjurkan untuk dapat menurunkan permintaan terhadap rokok antara lainnya adalah penerapan harga dan pajak yang tinggi, proteksi terhadap paparan asap tembakau, pengaturan kadar nikotin, pengaturan kemasan dan label, edukasi, pelarangan iklan dan promosi rokok, penindakan tegas

perdagangan gelap, pelarangan penjualan kepada anak-anak dan penyediaan kegiatan alternatif secara ekonomis bagi petani dan karyawan pabrik tembakau.

Disparitas

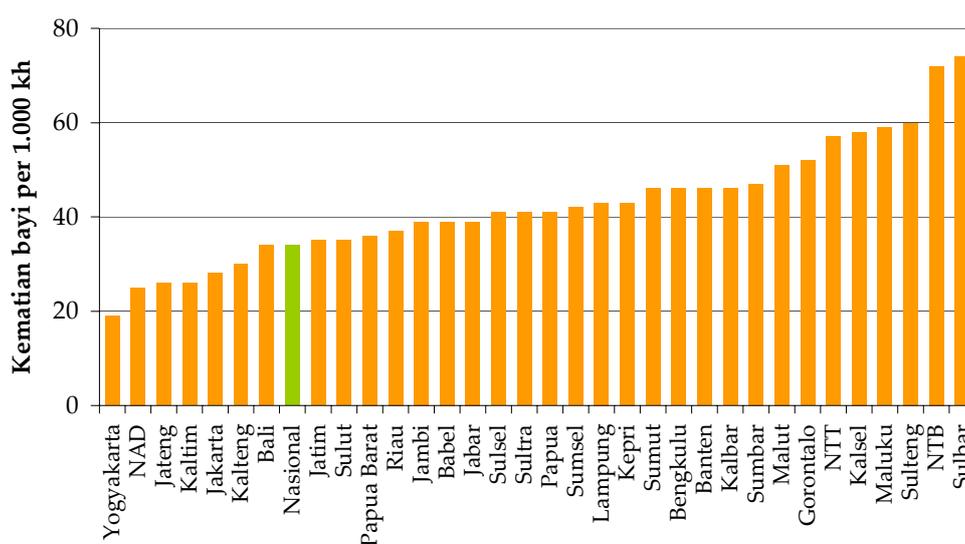
Dengan rentang kendali pemerintahan yang cukup besar antara untuk seluruh wilayah Indonesia, pembangunan tidak bisa dilakukan dengan satu pendekatan seragam yang berlaku sama untuk setiap wilayah. Hal ini didukung oleh kenyataan perbedaan status kesehatan, tingkat pelayanan kesehatan, dan lingkungan yang memunculkan karakteristik yang khas untuk suatu wilayah tertentu.

Dalam skala yang lebih makro, sebenarnya daya tanggap sistem kesehatan dapat diindikasikan dari kemampuan mengurangi disparitas status dan pelayanan kesehatan baik masyarakat terutama disparitas antar wilayah dan antar golongan pendapatan. Pada bagian akan dibahas disparitas antar Provinsi dan antar daerah perkotaan dan perdesaan.

Disparitas antar provinsi

Disparitas geografis dalam status kesehatan masih tampak jelas, dan belum mengalami kemajuan yang signifikan dari periode sebelumnya. Variasi angka kematian bayi, misalnya, masih cukup tinggi antara AKB di wilayah timur yaitu Maluku Utara, Gorontalo, Kalimantan Selatan, Maluku, Sulawesi Tenggara, NTB dan Sulawesi Barat, sedangkan terendah di Yogyakarta, NAD, dan Jawa Tengah (SDKI, 2007).

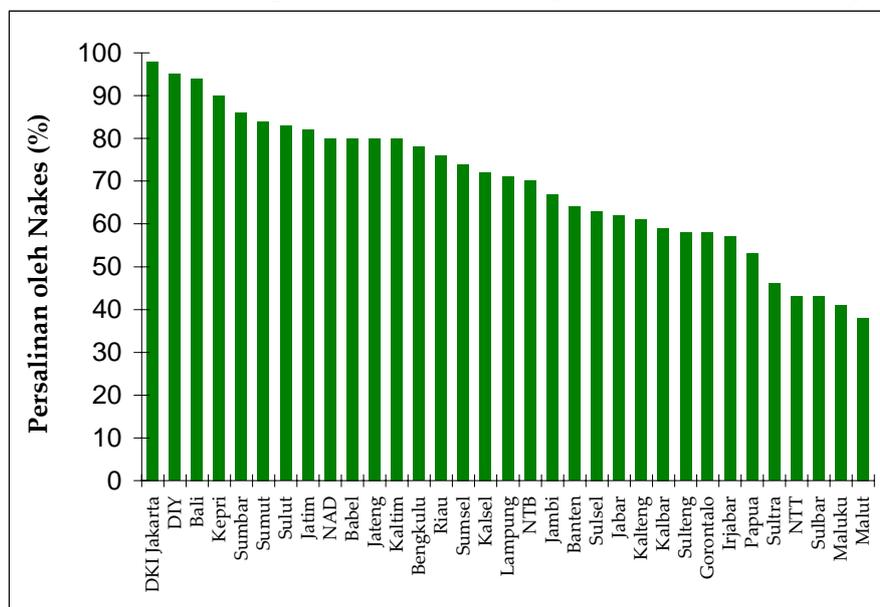
Gambar 4. 22 Angka Kematian bayi menurut provinsi tahun 2007



Sumber: SDKI 2007

Di beberapa provinsi cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan periode 2004-2007 membaik dibandingkan dengan periode 2000-2004 seperti di NTB, dan Sulsel. Namun di provinsi lain cakupannya menurun cukup besar seperti di NTT, Maluku dan Gorontalo. Secara nasional menurunnya cakupan ini berkontribusi pada lambatnya peningkatan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan.

Gambar 4.23. Persentase persalinan oleh tenaga kesehatan menurut provinsi



Tabel 4.9 Persentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (dokter dan bidan)⁵⁰

Provinsi	2000	2004	2007	persen perubahan	
				2000-2004	2004-2007
Jabar	53.6	60.5	62.8	12.9	2.1
NTB	48.2	58.7	69.9	21.8	19.1
NTT	34.2	46.1	42.5	34.8	(7.8)
Kalbar	53.0	56.2	59.2	6.0	5.3
Sulsel	53.2	57.5	62.8	8.1	9.2
Sultra	33.7	43.2	46.4	28.1	7.4
Banten	-	59.7	64.1	-	7.2
Gorontalo	-	59.4	57.6	-	(3.0)
Maluku	-	44.7	41.1	-	(8.1)
Malut	-	37.1	38.0	-	(2.9)

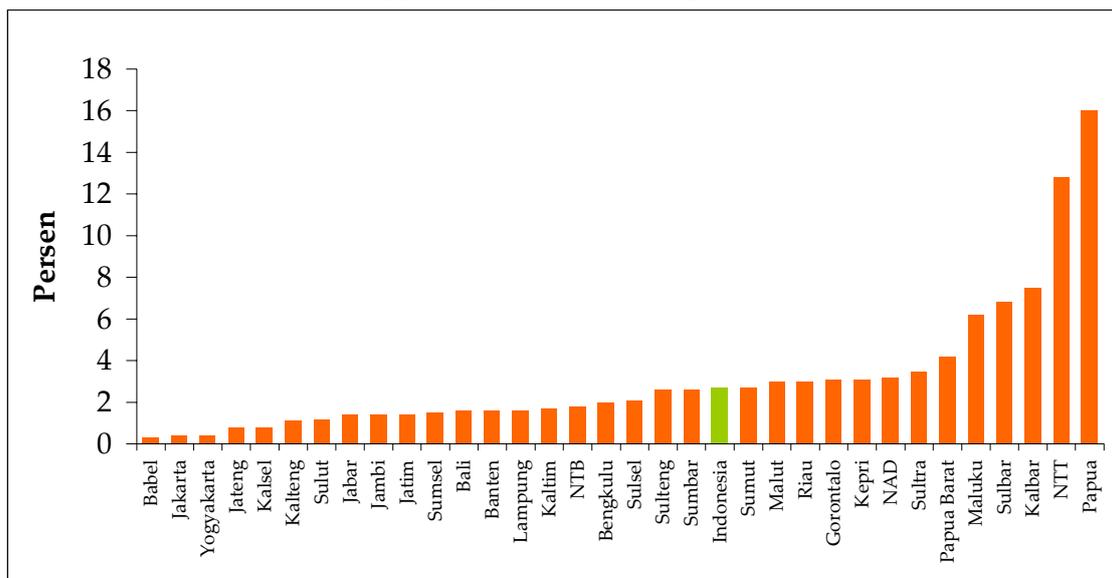
Sumber Data: Susenas

Disparitas yang tinggi antar provinsi, misalnya, juga dapat dilihat dari prevalensi kekurangan gizi, dan cakupan imunisasi. Daerah dengan kinerja yang

⁵⁰ Arizal Ahnaf, Makalah Disparitas Status Kesehatan dan Gizi di Indonesia, disampaikan pada Diskusi Background Study RPJMN Seri 1 pada 27 Maret 2008 di Jakarta

relatif kurang baik umumnya terjadi di daerah wilayah Indonesia timur, daerah tertinggal, daerah pemekaran, serta daerah kepulauan. Salah satu kendala yang dihadapi masyarakat dalam memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan adalah kendala geografis dan transportasi. Gambar di bawah ini memperlihatkan perbandingan antar provinsi pada jarak dan waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit, Puskesmas, Puskesmas pembantu, dokter praktek dan bidan praktek) lebih dari 60 menit tahun 2007.

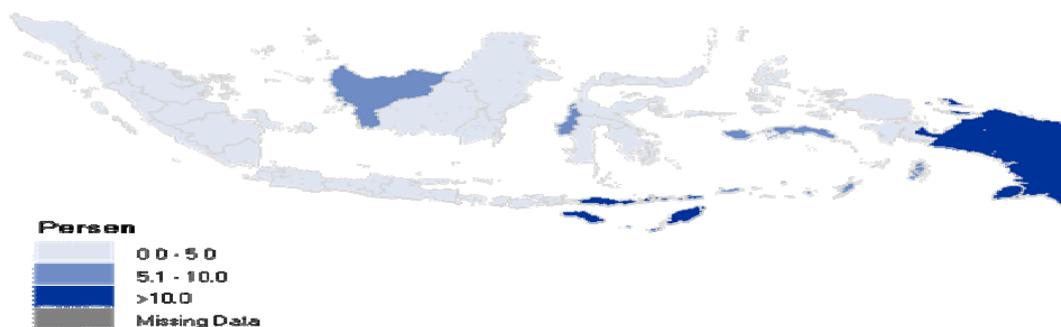
Gambar 4. 24 Rumah Tangga dengan waktu tempuh ke Pelayanan Kesehatan



Sumber: Riskesdas 2007

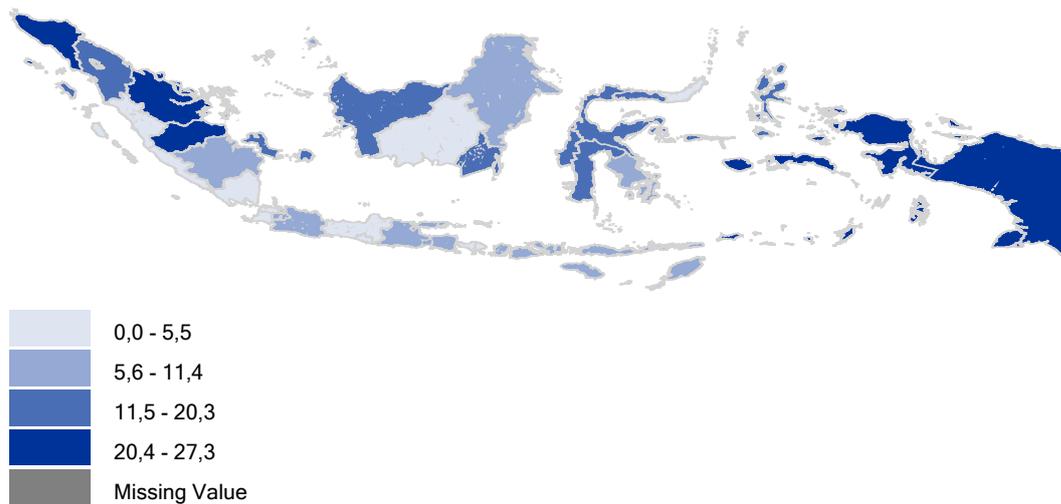
Dari gambar di atas jelas terlihat bahwa sebagian besar provinsi dengan rumah tangga memerlukan waktu lebih dari satu jam untuk mencapai sarana pelayanan kesehatan lebih dari rata-rata nasional adalah daerah-daerah yang pada umumnya di wilayah timur Indonesia.

Gambar 4. 25 Persentase rumah tangga yang menjangkau fasilitas kesehatan lebih dari 60 menit menurut Propinsi tahun 2007 (Riskesdas 2007)



Hal yang sama dapat dilihat dari persentase anak usia 12-23 bulan yang tidak pernah mendapatkan imunisasi. Prevalensi yang cukup besar pada anak yang tidak mendapatkan imunisasi sama sekali adalah di Maluku, Papua Barat, dan Papua.

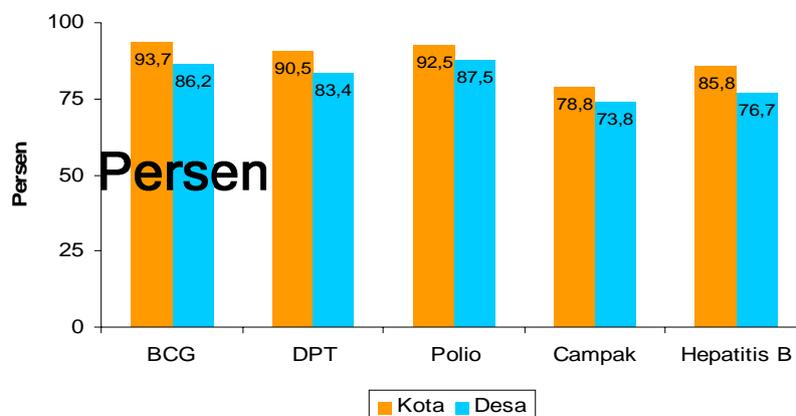
Gambar 4. 26 Persentase bayi 12-23 bulan tanpa imunisasi (SDKI 2007)



Disparitas antar Perkotaan dan Perdesaan

Capaian yang cukup baik adalah pada cakupan imunisasi dasar pada balita. Namun kesenjangan antar kota dan desa untuk setiap antigen pada imunisasi dasar dapat dilihat pada gambar berikut. Pada dasarnya terlihat bahwa cakupan imunisasi dasar untuk wilayah perdesaaan secara konsisten lebih rendah daripada daerah perkotaan.

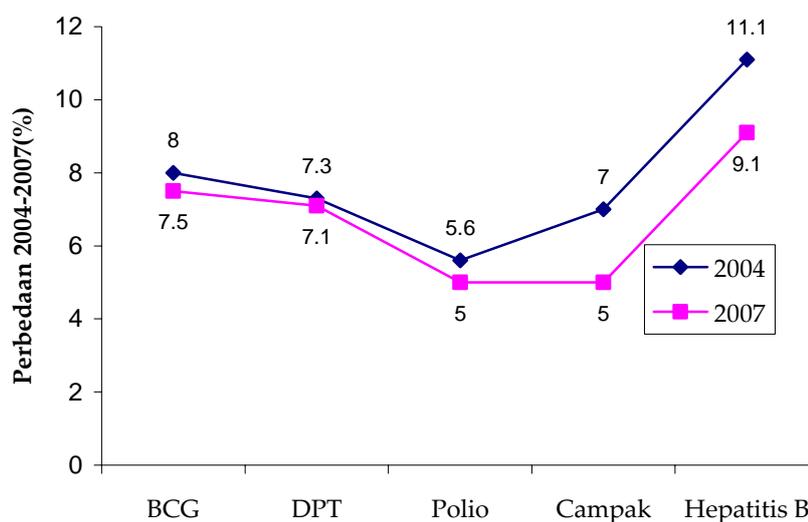
Gambar 4. 27 Balita yang Memperoleh Imunisasi, Indonesia 2007 (SDKI 2007)



Selain cakupan imunisasi yang semakin meningkat, kesenjangan antara kota dan desa juga semakin mengecil antara tahun 2004-2007. Namun wilayah-wilayah

diluar Jawa dan Bali, tetapi tertinggal. Pada provinsi seperti Maluku, Maluku Utara, NAD dan Sulawesi Barat, cakupan imunisasi dasar pada balita jauh tertinggal dengan DKI Jakarta, DI Yogyakarta, Jawa Tengah dan Bali.

Gambar 4.28. Kesenjangan cakupan imunisasi pada Balita antara kota-desa 2004-2007



Sumber: Susenas 2004 dan Susenas 2007

Dalam hal status gizi, masyarakat perdesaan cenderung lebih rentan di banding masyarakat perkotaan yang ditunjukkan dengan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk yang lebih tinggi. Meningkatkan kekurangan gizi pada balita juga diikuti dengan semakin tertinggalnya status gizi masyarakat masyarakat perdesaan di bandingkan perkotaan. Kesenjangan desa-kota pada tahun 2002 untuk gizi kurang dan gizi buruk adalah 2,8 dan 1,5, kemudian membesar menjadi 3,2 dan 2,3 pada tahun 2005. Pada tahun 2007, walupun status gizi membaik, kesenjangan antara kota dan desa untuk gizi buruk hanya berkurang 0,2 basis persen.

Tabel 4.10. Kekurangan gizi pada balita 2002-2005

Daerah	2002*	2005*	2007**
Gizi Kurang			
- Kota	16,8	17,2	11,7
- Desa	19,6	20,4	14,0
Gap	2,8	3,2	2,3
Gizi Buruk			
- Kota	6,6	7,3	4,2
- Desa	8,1	9,6	6,4
Gap	1,5	2,3	2,2

Sumber : * Susenas, ** Riskesdas

Untuk pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, kesenjangan antara kota dan desa sebesar 31,7 persen pada tahun 2000, kemudian menurun menjadi 24,7 persen pada tahun 2004. Pada tahun 2007, kesenjangan ini kembali melebar menjadi 28,2 persen. Kecenderungan yang sama juga terjadi pada persentase wanita usia subur, yaitu kesenjangan antara kota dan desa yang membesar dari 2,2 persen tahun 2002 menjadi 3,2 pada tahun 2005. Sementara itu kesenjangan kota desa dalam cakupan imunisasi dasar cenderung mengecil pada tahun 2007 di bandingkan tahun 2004.

Tabel 4.11. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (dokter dan bidan)

	Persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan		
	2000	2004	2007
Kota	81,5	85,8	88,8
Desa	49,8	61,1	60,6
Total	62,8	71,5	72,5
Gap Kota-Desa	31,7	24,7	28,2

Sumber: Susenas berbagai tahun

Berbagai disparitas staus kesehatan, kinerja pembangunan dan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan antar provinsi dan perkotaan dan perdesaaan seperti ditunjukkan di atas menunjukkan bahwa permasalahan di tingkat lokal bisa berbeda sengan di tingkat nasional. Oleh karena itu untuk dapat membangun kesehatan secara lebih efektif dan untuk memenuhi rasa keadilan, maka kebijakan pembangunan kesehatan seharusnya memperhatikan perbedaan perbedaan khas setiap wilayah. Dengan kata lain, perlu adanya pendekatan yang beredda untuk wilayah dengan ciri khas yang berbeda. Sebagai ilustrasi, dasar perhitungan pemenuhan tenaga kesehatan dengan standar tenaga kesehatan per 100.000 penduduk mungkin bisa diterapkan di daerah dengan penduduk yang padat seperti Jawa dan Bali. Namun untuk daerah-daerah dengan cakupan grografis yang luas dan jumlah penduduk yang relatif sedikit, seperti di Papua, Maluku, NTT, Kalimantan Barat dan lain-lain, maka cakupan layanan per luas wilayah mungkin jauh lebih relevan.

BAB V. NORMA PENGUKURAN KINERJA SISTEM KESEHATAN

Kinerja sistem kesehatan pertama kali dipromosikan oleh World Health Organization (WHO) dalam 2000 *World Health Report, Health System: Improving Performance*. Dalam publikasinya, WHO menganalisa sistem kesehatan dunia menggunakan 5 indikator kinerja untuk mengukur kinerja sistem kesehatan. Tujuannya adalah untuk mengukur dampak sistem kesehatan secara komprehensif dan konsisten (WHO, 2000).

Kelima indikator kinerja yang digunakan oleh WHO adalah:

1. Status Kesehatan penduduk, yang diukur dengan *disability-adjusted life expectancy* (DALE), yaitu harapan untuk hidup dalam keadaan sehat. Ukuran ini mengkonversi usia harapan hidup menjadi jumlah tahun untuk hidup dalam kondisi sehat.
2. Kesenjangan kesehatan yaitu mengukur kesenjangan antara individu di suatu negara dengan melihat perbedaan kelangsungan hidup anak.
3. *Responsiveness* (ketanggapan) yang diukur dengan penghargaan terhadap penduduk termasuk harga diri, kerahasiaan dan otonomi individu dan pasien untuk menentukan kesehatan mereka sendiri.
4. *Responsiveness* (ketanggapan) yang diukur dengan orientasi terhadap klien termasuk kecepatan penanganan, akses terhadap jaringan, dukungan sosial selama perawatan, kualitas fasilitas (*ammunities*) dasar dan pilihan *provide*.
5. Keadilan (*fairness*) dalam pembiayaan yang merupakan estimasi tingkat pengumpulan dana menurut kemampuan membayar seluruh penduduk.

Menurut WHO, sistem kesehatan mempunyai tanggung jawab tidak hanya untuk meningkatkan status kesehatan tetapi melindungi masyarakat dari beban biaya finansial karena sakit, serta memperlakukan masyarakat dengan penuh penghargaan (*dignity*). Dengan prinsip tersebut sistem kesehatan mempunyai 3 tujuan utama, yaitu:

1. Meningkatkan kesehatan penduduk
2. Merespon harapan penduduk
3. Memberikan perlindungan finansial terhadap biaya yang ditimbulkan karena kesakitan.

Kinerja sistem kesehatan dunia yang disajikan dalam laporan tersebut dinilai dengan membandingkan pencapaian sistem kesehatan dengan apa yang pernah atau yang berpotensi untuk dapat dicapai. Dengan menggunakan model dan data *proksi*, rangking 191 negara anggota WHO diurutkan berdasarkan rangking. Laporan ini menimbulkan kontroversi berkaitan dengan metode yang dikembangkan, namun banyak negara mengadopsinya sebagai langkah awal dalam mengukur kinerja sistem kesehatan secara komprehensif dan konsisten. Departemen Kesehatan tahun 2004 menggunakan laporan WHO ini sebagai referensi dalam penyusunan sistem Sistem Kesehatan Nasional (SKN).

Sementara itu, *National Health Performance Committee* Australia, mengembangkan *National Health Performance Framework* yang digunakan untuk melaporkan kinerja sistem kesehatan Australia pada tingkat nasional. *Framework* ini terdiri dari 3 tingkatan (bukan hirarki) dan setiap tingkatan terdapat beberapa

dimensi. Setiap tingkatan diajukan pertanyaan yang apabila dijawab diharapkan mampu menjawab kinerja di setiap tingkatan tersebut (NHPC, 2000).

Tingkatan tersebut adalah:

1. Tingkat pertama: status kesehatan dan dampak dengan 4 dimensi, yaitu kondisi kesehatan, fungsi manusia, harapan hidup dan *wellbeing*, dan kematian.
2. Tingkat kedua: determinan kesehatan yang terdiri dari 5 dimensi yaitu faktor lingkungan, faktor sosial ekonomi, kapasitas masyarakat, perilaku sehat, dan faktor personal.
3. Tingkat ketiga: kinerja sistem kesehatan yang terdiri dari 9 dimensi yaitu efektif, efisien, ketepatan (*appropriate*), *responsif* (ketanggapan), aksesibilitas, aman, berkelanjutan, kemampuan dan kesinambungan.

Ketiga tingkatan indikator di atas dapat dipakai secara bersama untuk sekaligus mengukur manfaat dari pembangunan kesehatan, memonitor faktor-faktor yang sangat berkaitan dengan kesehatan baik yang dapat dipengaruhi oleh faktor kesehatan secara langsung maupun oleh sektor lain, dan mengukur kinerja sektor kesehatan.

A. Kerangka Kinerja Sistem Kesehatan

Tujuan nasional bangsa Indonesia sebagaimana yang tercantum dalam pembukaan UUD 1945 adalah: "melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial".

Tujuan pembangunan kesehatan nasional sebagaimana tercantum dalam Sistem Kesehatan Nasional 2004 adalah: "meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya".

Dari beberapa kunci kedua rujukan di atas maka kinerja kesehatan setidaknya harus dapat mengukur hal-hal status kesehatan, *responsiveness* dan keadilan.

1. Status Kesehatan

Pengukuran status kesehatan menjadi mutlak untuk mengetahui dampak sistem kesehatan nasional secara keseluruhan, yang merupakan salah satu alat untuk mengukur kesejahteraan (Tujuan Nasional dalam UUD 45).

Definisi Kesehatan menurut WHO adalah "*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*". Dengan demikian, sehat berarti terpenuhinya kesejahteraan fisik, mental, dan sosial. Jadi bukan hanya bebas dari penyakit dan bebas dari lemah fisik dan mental. Status kesehatan merupakan ukuran bagi derajat kesehatan. Artinya tujuan SKN untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya hanya dapat terukur apabila indikator

status kesehatan merupakan bagian dari sistem monitoring dan evaluasi, di samping sebagai tujuan pembangunan kesehatan itu sendiri.

Status kesehatan juga harus dibandingkan dengan status kesehatan negara-negara lain. Status kesehatan dapat saja selalu meningkat dari tahun ke tahun. Akan tetapi belum tentu peningkatan kesejahteraan yang terjadi seperti apa yang diharapkan. Misalnya saja, umur harapan hidup (UHH) penduduk Indonesia selalu naik dari tahun ke tahun. Jika diartikan secara sepihak, kemajuan ini adalah berita baik. Namun apabila dibandingkan dengan negara-negara tetangga yang merupakan sama-sama negara berkembang, ternyata UHH yang dicapai Indonesia masih di bawah negara-negara tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa sistem kinerja kesehatan belum optimal.

2. Keadilan.

Menilai keadilan dalam pembangunan kesehatan sangat relevan dengan kondisi di Indonesia. Keadilan dalam hal ini adalah yang disebut dengan *equity*. Ketidakadilan mengandung dimensi moral dan etik. Yaitu mengacu pada perbedaan yang dapat dihindari dan tidak perlu terjadi dan karenanya dianggap tidak *fair* dan tidak adil. (*The term inequity has a moral and ethical dimension. It refers to differences which are unnecessary and avoidable but, in addition, are also considered unfair and unjust*) (Whitehead, 2000).

Untuk menilai suatu ketidakadilan maka perlu dikaji tentang sebab-sebabnya, dan yang sangat penting adalah mem-*judge* ketidakadilan tersebut dalam konteks masyarakat sekitarnya. Oleh karena itu ketidakadilan harus membedakan apakah ia memang tidak dapat diterima atau tidak dapat dihindari (*inevitable or unacceptable*).

Tabel 5.1 Keadilan pembangunan kesehatan

Determinan penyebab perbedaan kesehatan	Apakah dapat dihindari? (<i>avoidable</i>)	Apakah tidak dapat diterima? (<i>unacceptable</i>)
Natural, variasi biologis	Tidak	Tidak
Perilaku yang merusak kesehatan (jika dapat dipilih dengan bebas)	Ya	Tidak
Keuntungan kesehatan sementara pada kelompok yang mempraktekkan perilaku sehat (jika kelompok lain dapat dengan mudah menjejernya)	Ya	Tidak
Perilaku yang merusak kesehatan jika pilihan gaya hidup dibatasi oleh faktor sosial ekonomi	Ya	Ya
Terpapar oleh bahaya kesehatan secara berlebihan pada lingkungan fisik dan sosial	Ya	Ya
Keterbatasan akses kepada pelayanan kesehatan dasar	Ya	Ya
Mobilitas sosial (orang sakit turun skala sosialnya)	Ya (penghasilan rendah)	Ya (penghasilan rendah)

Dari berbagai determinan tersebut, yang perlu menjadi perhatian adalah perbedaan yang terjadi pada determinan yang sebenarnya dapat dihindari (*avoidable*) dan perbedaan tersebut tidak dapat diterima (*unacceptable*). Dari tabel di atas terdapat setidaknya 4 determinan kesehatan yang apabila terjadi menunjukkan adanya ketidakadilan.

Yang pertama adalah faktor yang terkait dengan sumber ekonomi serta lingkungan fisik dan sosial tempat tinggal dan bekerja. Kemiskinan, pengangguran, perumahan yang tidak layak, lingkungan kerja berbahaya, dan penuh tekanan, keterbatasan ketersediaan makanan, kurangnya dukungan sosial dan pendidikan, polusi air dan udara, semuanya mengancam kesehatan dan semuanya umum terjadi pada lingkungan dan kelompok yang tidak beruntung.

Yang kedua, faktor-faktor resiko yang terkait dengan perilaku personal seperti merokok, kekurangan gizi, dan kurang berolahraga, umum terjadi pada golongan yang tidak beruntung. Hal ini bila dianggap tidak adil (*unfair*) apabila pilihan untuk perilaku sehat terhambat oleh kondisi sosial ekonomi.

Ketiga adalah faktor yang terkait dengan pelayanan kesehatan seperti pelayanan yang kurang bermutu, kurangnya pemanfaatan dan kualitas pelayanan dasar pada golongan yang sangat membutuhkan. Hal ini bisa terjadi karena keterbatasan akses kepada pelayanan kesehatan dasar pada golongan yang kurang beruntung.

Keempat, kecenderungan kelompok miskin atau berada di sekitar garis kemiskinan untuk menjadi semakin miskin karena mengalami sakit. Hal ini terkait dengan pengeluaran biaya yang diperlukan untuk berobat. Kondisi sakit sendiri adalah sesuatu yang tidak dapat dihindari, akan tetapi pada golongan miskin, pemiskinan karena sakit sebenarnya dapat dihindari.

B. Pengukuran Kinerja

Yang dimaksudkan dengan pengukuran kinerja (*performance measurement*) adalah proses pemantauan (*monitoring*) dan pelaporan (*reporting*) capaian program (*accomplishment*), terutama perkembangan ke arah tujuan yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja merupakan alat untuk mengetahui, mengelola dan meningkatkan apa yang dilakukan oleh suatu organisasi. Pengukuran kinerja yang efektif akan memberikan informasi kepada kita:

1. Sebaik apa kegiatan dilakukan
2. Apakah telah mencapai tujuan
3. Apakah pelanggan (*klien*) merasa puas
4. Apakah proses yang dilakukan terkontrol
5. Apakah perlu dan pada bagian mana perlu dilakukan perbaikan

Pengukuran kinerja dapat dilakukan terhadap beberapa jenis atau tingkatan kegiatan program yang dilakukan (*proses*), produk dan layanan langsung yang dihasilkan oleh program (*output*) dan/atau hasil dari produk dan layanan (*outcome*) (PBM SIG, 2001).

Berkaitan dengan keadilan, maka keadilan (*equity*) merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kerangka pikir pengukuran kinerja kesehatan. *Equity* ini relevan untuk di pertanyakan pada setiap tingkatan, baik pada status kesehatan dan *outcome*, determinan kesehatan dan kinerja sistem kesehatan. Pengukuran ini penting mengingat pada kenyataannya kesenjangan yang terjadi di Indonesia baik dalam status kesehatan, lingkungan yang mempengaruhi, dan kinerja sistem kesehatan masih cukup besar. Pertanyaan penting yang diajukan adalah: apakah setara untuk setiap orang/golongan?. Pertanyaan ini mengarahkan pelaporan pada agregasi menurut kelompok penduduk, seperti usia, gender, antar wilayah, antar provinsi dan seterusnya (NHPC, 2000).

Status Kesehatan

Status kesehatan dan dampak kesehatan merupakan hasil dari interaksi berbagai faktor/intervensi yang dilakukan baik oleh pemerintah maupun swasta, serta dipengaruhi oleh faktor-faktor lingkungan serta individu-individu dalam populasi. Status kesehatan meliputi kondisi kesehatan masyarakat, kecacatan, harapan hidup serta kematian. Beberapa contoh indikator yang dapat digunakan untuk mengukur status dan dampak kesehatan antara lain:

1. Angka kesakitan
2. Prevalensi berbagai penyakit seperti jantung, kanker, malaria, demam berdarah dan lain sebagainya
3. Umur Harapan Hidup
4. Tingkat kecacatan
5. DALE (*Disability-Adjusted Life Expectancy*)
6. DALY (*Disability-Adjusted Life Years*)
7. Angka kematian ibu
8. Angka kematian bayi
9. Angka kematian balita

Determinan Kesehatan

Pada tingkatan ini diukur faktor-faktor yang berpengaruh terhadap status dan dampak kesehatan. Faktor-faktor ini ada yang dapat intervensi oleh sektor kesehatan atau sektor-sektor lain yang di luar wewenang sektor kesehatan. Pengukuran determinan kesehatan ini perlu dilakukan untuk mengukur kinerja sistem kesehatan secara keseluruhan. Pada taraf tertentu dapat membantu menjelaskan terjadinya variasi capaian status kesehatan dan dampak kesehatan, yaitu mengapa tujuan yang diharapkan oleh sektor kesehatan tidak tercapai. Dalam determinan kesehatan ini dimensi-dimensi yang dapat diukur antara lain faktor sosial ekonomi, faktor lingkungan, kemampuan masyarakat, perilaku masyarakat dan individu.

Beberapa contoh indikator yang dapat diukur yang berkaitan erat dengan status kesehatan antara lain:

1. Faktor lingkungan: kualitas udara (kadar polusi), lingkungan kerja bebas rokok, sarana air bersih, sarana sanitasi dasar, kualitas air minum, keamanan pangan,
2. Faktor sosial ekonomi: tingkat pendidikan ibu, status pekerjaan, tingkat pendapatan,
3. Kapasitas masyarakat: kualitas perumahan, dukungan sosial masyarakat, Dukungan posyandu,
4. Perilaku sehat: kebiasaan merokok, kebiasaan mengkonsumsi alkohol, asupan gizi, penyalahgunaan obat, aktivitas olahraga

Sistem Kesehatan

Pada tingkatan ini pengukuran dilakukan untuk menjawab seberapa baik kinerja sistem kesehatan dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat. Pelaporan dalam tingkatan ini mencakup berbagai jenis pelayanan dan intervensi, misalnya pelayanan kesehatan dasar. Dalam model *Input – Proses - Output*, ketiganya dapat diukur pada tingkatan ini. Dalam hal *input* diukur hal hal yang berkaitan dengan upaya riset, evaluasi, monitoring, finansial, material dan manusia. Dalam tataran proses yang menghasilkan *output* diukur upaya promotif dan preventif, upaya perawatan dan penyembuhan serta upaya rehabilitasi.

Secara umum pengukuran kinerja dapat dikelompokkan ke dalam salah satu dari 6 kategori umum di bawah ini. Akan tetapi setiap organisasi dapat mengembangkan kategori mereka sendiri yang sesuai dengan misi organisasi (PBM SIG, 2001).

Dimensi penting yang perlu diperhatikan dalam tingkatan ini adalah

1. **Efektifitas.** Efektif dalam sistem kesehatan dapat diartikan bahwa perawatan, intervensi atau kegiatan yang dilakukan mencapai hasil yang diinginkan dalam jangka waktu yang ditetapkan. Dengan kata lain, efektifitas adalah ukuran untuk menjawab pertanyaan: apakah perawatan/intervensi/kegiatan mencapai dampak yang diinginkan? Dalam dimensi ini antara lain dapat diukur mengenai cakupan imunisasi, prevalensi penyakit, dan pendidikan HIV dan perilaku seks yang aman
2. **Efisiensi.** Efisien adalah mencapai hasil yang diinginkan dengan penggunaan sumberdaya yang paling *cost effective*. Atau dengan kata lain, efisiensi menjawab pertanyaan: *output* dan dampak apa yang dapat diperoleh dengan sumber daya yang ada? Perlu diperhatikan bahwa pencapaian efisiensi hendaknya tidak dilakukan dengan mengorbankan efektifitas dan keadilan. *Cost effectiveness* adalah membedakan biaya input dengan dampak, misalnya imunisasi lebih *cost effective* daripada pengobatan atau rehabilitasi penyakit. Contoh indikator untuk mengukur efisiensi adalah biaya per kunjungan ke puskesmas
3. **Kesesuaian.** Kesesuaian dapat diartikan sebagai “sesuai dengan kebutuhan klien dan berdasarkan pada standar yang telah ditetapkan”. Atau dengan kata

lain kesesuaian menjawab pertanyaan: apakah perawatan/intervensi/kegiatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan klien? Apakah perawatan/intervensi/kegiatan telah berdasarkan standar? Dengan dimensi ini perlakuan terhadap kondisi yang sama mungkin bisa berbeda tergantung dari kondisi dan kebutuhan klien, misalnya pilihan obat yang menimbulkan alergi dan pilihan untuk rawat jalan dan rawat inap. Contoh indikator ini adalah proporsi rumah sakit yang telah terakreditasi

4. **Responsif (Ketanggapan).** Ketanggapan adalah dimensi yang mengevaluasi pengalaman dan harapan masyarakat dan klien terhadap sistem kesehatan. Dalam WHR 2000, *responsiveness* di definisikan sebagai pelayanan yang memberikan penghargaan kepada individu dan berorientasi pada klien. Dimensi ini menjawab pertanyaan; apakah klien merasa dihargai dan pelayanan yang diberikan berorientasi pada mereka. Apakah sistem kesehatan memenuhi kebutuhan yang disampaikan oleh pasien dan keluarga mereka. Penghargaan terhadap klien meliputi harga diri, kerahasiaan, hak untuk mendapatkan informasi, dan hak untuk memilih perawatan. Orientasi pada klien meliputi penanganan segera dalam kondisi gawat darurat, waktu tunggu untuk mendapatkan pelayanan, ruangan perawatan yang memadai, dan kebebasan untuk memilih *provider*. Contoh dalam dimensi adalah partisipasi masyarakat dalam perencanaan, penanganan keluhan, partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan.
5. **Aksesibilitas.** Aksesibilitas adalah kemampuan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan pada tempat dan waktu yang diinginkan tanpa memandang pendapatan, budaya dan lokasi fisik. Dimensi berkaitan dengan adanya hambatan jarak, diskriminasi, kemampuan membayar dan hambatan dalam pelayanan. Dimensi ini menjawab pertanyaan seperti apakah pelayanan kesehatan tersedia untuk semua orang pada lokasi yang dapat dijangkau? Apakah biaya transportasi dan biaya pelayanan menjadi kendala masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan dasar? Dimensi ini sangat relevan karena kondisi geografis Indonesia yang begitu tersebar. Dimensi ini dapat mengukur pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin, daerah terpencil, perbatasan dan masyarakat rentan seperti pengungsi dan akibat bencana. Contoh indikator ini adalah ketersediaan bidan di desa, jumlah dokter per rumah sakit, rasio tempat tidur per 100.00 penduduk dan lain sebagainya
6. **Kesinambungan.** Dimensi ini menjamin bahwa pelayanan kesehatan yang seharusnya tersedia, akan terus tersedia dan tidak terputus pada suatu waktu. Dimensi ini cenderung bersifat luas yang mencakup masalah ketersediaan sumber daya baik tenaga maupun pendanaan. Dukungan pendanaan menjadi penting untuk menjamin terus meningkatnya status kesehatan. Contoh indikator adalah persentase anggaran untuk orang miskin.

C. Pengukuran Kinerja RPJMN 2004-2009

Keempat sasaran yang ditetapkan pada RPJMN yaitu umur harapan hidup, angka kematian ibu dan angka kematian bayi, bersifat kuantitatif dan dengan jelas menggambarkan bagaimana cara mengukurnya. Oleh karenanya, walaupun tidak ditetapkan secara khusus indikator untuk mengukurnya, keempat variabel tersebut dapat dijadikan sebagai “*mean of verification*” tentang umur harapan hidup, angka kematian ibu, angka kematian bayi dan prevalensi kurang gizi.

Dari ke - 4 indikator tersebut, jelas menunjukkan *outcome* pembangunan kesehatan yang merupakan hasil dari interaksi berbagai faktor/intervensi yang dilakukan baik oleh pemerintah maupun swasta, serta dipengaruhi oleh faktor-faktor lingkungan serta individu-individu dalam populasi. Dalam arti, indikator tersebut merupakan hasil kumulatif dari seluruh upaya pembangunan kesehatan, baik yang diwujudkan sebagai program pembangunan sektor kesehatan maupun karena pengaruh determinan kesehatan.

Dalam berbagai konsep sistem kesehatan, status gizi sering digolongkan sebagai indikator perilaku hidup yang merupakan determinan kesehatan. Namun di banyak negara, status gizi masyarakat masih jauh dari kondisi yang baik sehingga pengaruhnya kepada status kesehatan masyarakat sangat signifikan, terutama pada kesehatan ibu dan anak. Di Indonesia misalnya, diperkirakan 50 persen kematian bayi disebabkan oleh masalah gizi. Anemia gizi besi dan kurang vitamin A merupakan faktor yang sangat menentukan kematian ibu melahirkan. Prevalensi status gizi kurang di Indonesia saat ini adalah mencapai 27,5 persen dan gizi buruk 8,3 persen. Prevalensi ini cenderung tidak mengalami penurunan dengan cepat, sehingga di masa 5 tahun ke depan, diperkirakan masalah gizi masih menjadi masalah utama di Indonesia. Dengan situasi seperti ini, penetapan indikator status gizi dalam sasaran pembangunan jangka panjang cukup relevan dan masih diperlukan.

Dampak dari berbagai penyakit ini terhadap status kesehatan belum cukup terwakili dari ke-empat indikator di atas. Ke-empat indikator RPJMN di atas lebih fokus kepada kesehatan ibu dan anak. Walaupun indikator kematian bayi, usia harapan hidup, kematian ibu melahirkan juga mencerminkan kualitas sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan, akan tetapi status kesehatan populasi umum (misalnya tingkat morbiditas) belum dapat tergambarkan pada indikator pembangunan jangka menengah yang diharapkan. Tidak ditetapkannya morbiditas sebagai salah satu indikator *outcome* bisa jadi menggambarkan arah pembangunan kesehatan hingga tahun 2009 yang lebih menekankan pada kesehatan ibu dan anak yang masih menjadi masalah besar terutama di negara tertinggal dan negara berkembang. Namun dengan semakin majunya bangsa Indonesia, semakin besarnya ancaman penyakit menular, penyakit degeneratif terutama karena perilaku yang tidak memadai, serta pengaruh lingkungan yang buruk, maka tingkat morbiditas perlu dipertimbangkan sebagai salah satu indikator pembangunan kesehatan jangka menengah.

Karena lebih bersifat arahan jangka menengah, RPJMN tidak menetapkan indikator *output* yang dalam dokumen perencanaan pembangunan sebelumnya

merupakan indikator per program pembangunan kesehatan. Indikator *output* dapat dilihat dari dokumen Rencana Kerja Pemerintah (RKP). Perencanaan tahunan ini lebih dapat digunakan untuk menilai kinerja sistem kesehatan, yang terdiri dari 9 dimensi yaitu efektif, efisien, ketepatan (*appropriate*), *responsive* (ketanggapan), aksesibilitas, aman, berlanjut, kemampuan dan kesinambungan (sumber).

Ke-empat indikator pembangunan jangka menengah tersebut merupakan *outcome*, yang dapat sistem kesehatan merupakan hasil akhir dari sistem kesehatan. Namun hasil akhir ini mendapat pengaruh dari berbagai determinan kesehatan dan sistem yang lain seperti sistem pendidikan. Oleh karena itu perlu pencapaian indikator RPJMN ini merupakan tanggung jawab sistem kesehatan, tetapi tidak hanya sektor atau Departemen Kesehatan. Oleh karenanya perlu suatu *leadership* dari sistem kesehatan untuk mengarahkan sistem-sistem lain bekerja secara sinergi menuju pada arah yang diinginkan.

D. Pengukuran Kinerja RPJMN 2010-2014

Dengan memperhatikan norma pengukuran kinerja pembangunan kesehatan dan pengukuran kinerja RPJMN 2010-2014 bidang kesehatan dan gizi hendaknya dilakukan dengan prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Mengukur status kesehatan dan gizi masyarakat, dengan fokus utama pada kematian ibu, kematian anak, dan kematian/kesakitan penyakit menular utama
2. Mengukur capaian perlindungan finansial terhadap penduduk (finansial protection) antara lain melalui cakupan jaminan pelayanan kesehatan khususnya bagi penduduk miskin
3. Mengukur capaian ketanggapan (*responsiveness*) sistem pelayanan kesehatan antara lain dengan memantau persepsi pengguna terhadap kualitas pelayanan kesehatan
4. Mengintegrasikan indikator-indikator yang ingin dicapai oleh komitmen Millenium Development Goals bidang kesehatan dan gizi meliputi kematian ibu, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, kematian anak, cakupan imunisasi, prevalensi penyakit menular TB, Malaria, dan HIV/AIDS serta status gizi balita.
5. Untuk pemantauan perkembangan RPJMN, indikator-indikator yang digunakan terutama adalah indikator output yang datanya dapat diperoleh melalui survei atau pengumpulan data secara rutin setiap tahun.

BAB VI. POKOK – POKOK PIKIRAN RPJMN 2010-2014

Bab ini berisi tentang pokok-pokok pikiran RPJMN 2010-2014 Bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat yang merupakan hasil sintesa kesenjangan antara kondisi status kesehatan dan gizi serta kinerja sistem kesehatan pada periode 2004-2008 dengan sasaran yang ingin dicapai pada tahun 2014. Perumusan pokok-pokok pikiran ini dipengaruhi oleh landasan hukum dan lingkungan strategis yang berpengaruh terhadap sistem kesehatan ke depan. Pokok-pokok pikiran yang dihasilkan pada perumusan ini merupakan rekomendasi dan menjadi pondasi dalam penyusunan naskah rancangan awal RPJMN 2010-2014 Bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat. Karena berupa rekomendasi, maka rumusan yang disampaikan lebih bersifat *exhaustive* namun terpilih untuk isu-isu penting yang perlu mendapat penekanan dalam perumusan RPJMN 2010-2014.

A. Sasaran

Penetapan rekomendasi tentang sasaran yang ingin dicapai pada RPJMN 2010-2014 merupakan bagian yang memiliki tantangan yang paling tinggi dalam penyusunan RPJMN. Dasar yang digunakan untuk menetapkan sasaran yang ingin dicapai pada tahun 2014 antara lain adalah:

1. Berdasarkan kesepakatan, standar dan komitmen global terutama komitmen pencapaian MDGs pada tahun 2015. Di bidang kesehatan dan gizi maka setidaknya terdapat 5 tujuan (*Goals*) yang dapat dijadikan sebagai referensi, yaitu: status gizi (Tujuan 1), kematian dan kesehatan anak (Tujuan 4), kematian dan kesehatan ibu (Tujuan 5), penyakit menular (Tujuan 6) dan akses terhadap air bersih dan sanitasi (Tujuan 6).
2. Berdasarkan kecenderungan dan proyeksi penduduk. Bappenas, BPS dan UNFPA telah melakukan proyeksi penduduk dan berbagai parameter kependudukan dari tahun 2005 hingga tahun 2025 yang dapat digunakan sebagai salah satu acuan dalam penetapan sasaran. Beberapa indikator yang terkait dengan parameter proyeksi penduduk tersebut antara lain adalah Umur Harapan Hidup dan Angka Kematian Bayi.
3. Keputusan politik juga dijadikan dasar bagi penetapan target yang ingin dicapai pada tahun 2014. Salah satu acuan yang dapat digunakan dalam hal ini antara lain adalah Standar Pelayanan Minimum (SPM) Bidang Kesehatan berdasarkan Permenkes No 741 tahun 2008 yang menetapkan 18 indikator yang dikelompokkan dalam 4 kategori yaitu pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan, surveilans epidemiologi, serta promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Walaupun SPM ditetapkan untuk tingkat kabupaten/kota, indikator dapat digunakan sebagai dasar pada penghitungan sasaran nasional.
4. Penilaian ahli/pakar (*expert judgment*) dapat juga digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam penentuan sasaran. Penilaian ini terutama akan berguna jika disepakati oleh para pengambil kebijakan yang memiliki pengaruh besar dalam penentuan arah kebijakan termasuk dalam alokasi sumber dana untuk membiayai intervensi-intervensi tersebut.

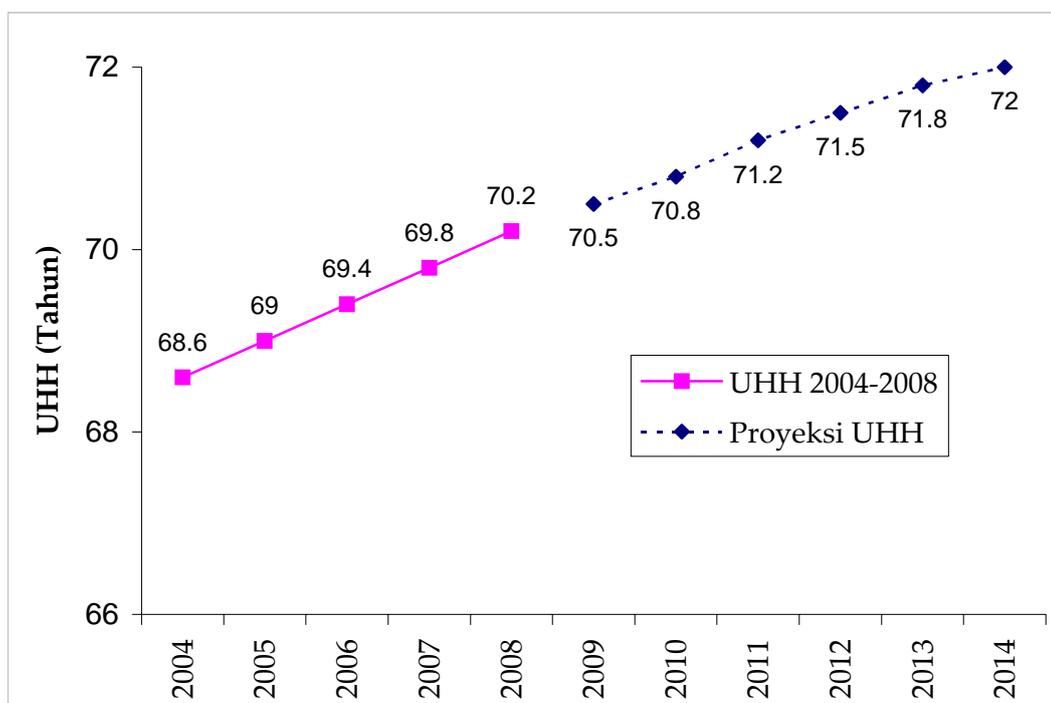
Tentu saja penyusunan sasaran tahun 2015 ini masih sangat sederhana, karena tidak mempertimbangkan berbagai faktor utama yang berpengaruh termasuk epidemiologi, daterminan dan kapasitas sistem baik sumber daya manusia maupun

dana. Oleh karena itu, apa yang disebutkan dalam *exercise* sasaran ini harus dikaji lagi secara mendalam sebelum ditetapkan menjadi sasaran utama RPJMn 2010-2014.

Dengan pertimbangan penetapan tersebut, maka *exercise* tentang sasaran yang ingin dicapai RPJMn pada tahun 2015 adalah sebagai berikut:

1. Umur Harapan Hidup sebesar 72,0 tahun pada tahun 2014
Bappenas, BPS dan UNFPA memproyeksikan umur harapan hidup waktu lahir (Eo) Indonesia pada tahun 2019 sebesar 72,0 tahun, atau dengan rata-rata peningkatan per tahun sebesar 0,3 tahun dari kondisi tahun 2008 sebesar 70,2 tahun. UHH ini dapat dicapai dengan asumsi AKB menurun dari 28,1 (2008) menjadi 20,7 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2014 atau dengan penurunan rata-rata sebesar 4,4 persen per tahun.

Gambar 6. 1 Proyeksi capaian UHH 2009-2014



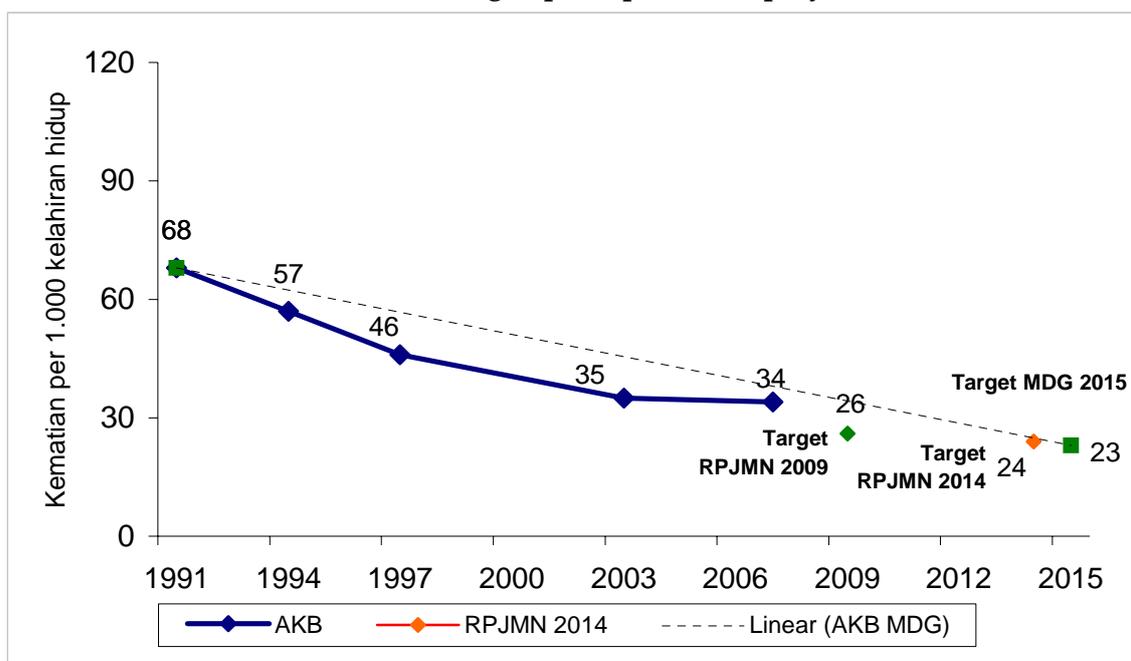
Penetapan Umur Harapan Hidup sebenarnya agak kompleks jika menggunakan proyeksi penduduk, karena penggunaan basis data yang berbeda dengan Angka Kematian Bayi yang umum digunakan. Selama ini indikator AKB mengacu pada SDKI yang dilaksanakan sekitar 4-5 tahun sekali. AKB hasil SDKI berbeda dengan AKB yang digunakan untuk proyeksi penduduk, yang diestimasi dari Sensus Penduduk atau Survei Antar Sensus Penduduk (SUPAS). Dengan demikian akan terdapat inkonsistensi data antara AKB dan UHH pada RPJMn.

Perlu juga diperhatikan bahwa Usia Harapan Hidup di Indonesia tidak pernah diukur secara rutin kecuali dengan proyeksi karena memerlukan data *life table* yang akurat. Menggunakan UHH hasil proyeksi sebagai baseline (tahun awal, menetapkan sasaran, dan menggunakannya kembali untuk mengevaluasi capaian adalah sebuah cara yang tidak benar, karena pasti akan hasilnya menunjukkan bahwa sasaran akan tercapai. Dengan demikian pemakaian indikator UHH perlu sekali dilakukan dengan kehati-hatian untuk dapat mencerminkan kualitas kesehatan bangsa Indonesia secara keseluruhan.

2. Angka Kematian Bayi (AKB) 24 per 1.000 kelahiran hidup (2014), dan Angka Kematian Neonatal sebesar 14,4 per 1.000 kelahiran hidup (2014).

Salah satu komitmen MDGs adalah menurunkan kematian anak (khususnya angka kematian balita dan angka kematian balita) sebesar dua pertiga antara tahun 1990-2015. Dengan menggunakan data SDKI, sebagai *baseline* data dapat digunakan SDKI tahun 1991 yang menunjukkan AKB sebesar 68 per 1.000 kelahiran hidup. Dengan demikian target MDGs yang ingin dicapai adalah menurunkan AKB menjadi 22,6 per 1.000 kelahiran hidup (duapertiga dari AKB tahun dasar 1991). Penetapan sasaran pada tahun 2014 dapat menggunakan asumsi terjadinya penurunan AKB secara *linear* dari kondisi tahun 2007 (SDKI 2007) sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup, maka untuk mencapai MDG tahun 2015 diperlukan penurunan sebesar 1,4 per 1.000 kelahiran hidup per tahun. Dengan laju penurunan seperti ini, maka sasaran AKB pada tahun 2014 adalah sebesar 24 per 1.000 kelahiran hidup. Untuk dapat mencapai sasaran tersebut, maka diperlukan percepatan penurunan kematian bayi dari periode 2003-2007 yaitu rata-rata sebesar 0,4 menjadi 1,4 per 1.000 kelahiran hidup per tahun.

Gambar 6. 2 Kecenderungan pencapaian dan proyeksi AKB

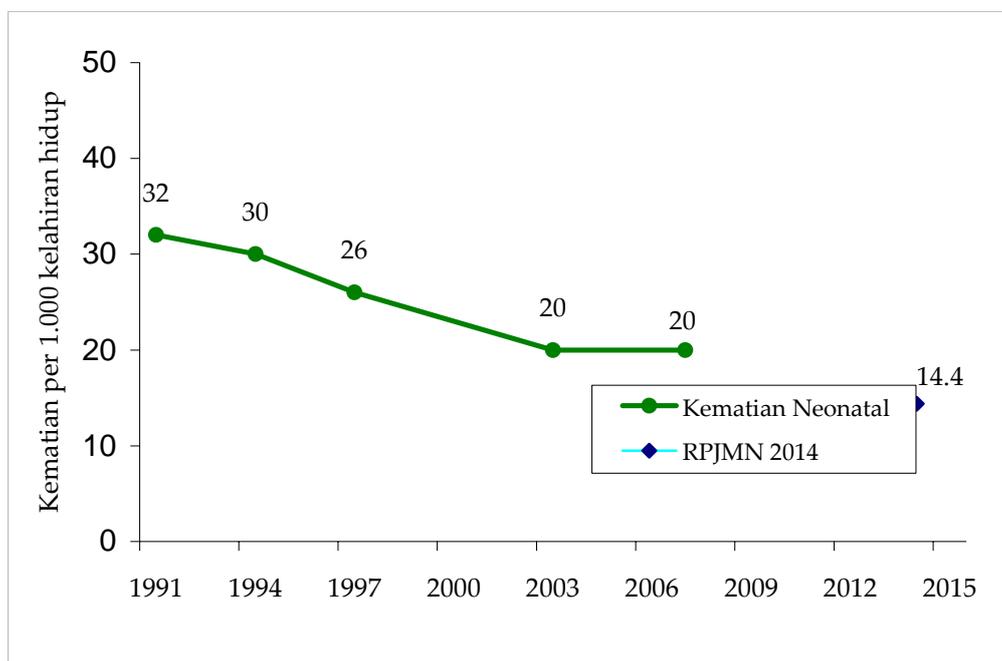


Sumber: SDKI 1991-2007

Salah satu komponen terbesar dari kematian bayi adalah kematian neonatal, yaitu kematian yang terjadi antara usia 0-28 hari. Sejak tahun 1991 angka ini hanya menurun sepertiga, bahkan antara tahun 2003 hingga 2007 tidak terjadi penurunan, yaitu tetap pada 20 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI 2007) dan kematian neonatal berkontribusi pada 60 persen kematian bayi. Oleh karena penurunan kematian bayi perlu difokuskan pada upaya penyelamatan bayi usia 0-28 hari. Penetapan kematian neonatal secara khusus mendapatkan justifikasi kuat dan upaya penurunan kematian bayi dapat dilakukan lebih fokus pada intervensi yang lebih efektif.

Jika hal ini dapat disepakati, maka terdapat dua pilihan sasaran kematian neonatal pada tahun 2014 yaitu: 1) 10,6 per 1.000 kelahiran hidup (dengan asumsi terjadi penurunan duapertiga dari angka tahun 1991) atau; 2) 14,4 per 1.000 kelahiran hidup dengan asumsi kematian neonatal berkontribusi sebesar 60 persen kematian bayi. Dengan melihat kecenderungan stagnansi penurunan kematian neonatal selama periode 2003-2007, maka sasaran 14,4 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2014, tampaknya lebih rasional dengan mempertimbangkan beratnya upaya penurunan AKB saat ini. Untuk mencapai target ini, maka upaya penurunan kematian neonatal harus dapat bekerja seperti kinerja pada periode 1990-2000an.

Gambar 6.3. Kecenderungan pencapaian dan proyeksi kematian neonatal



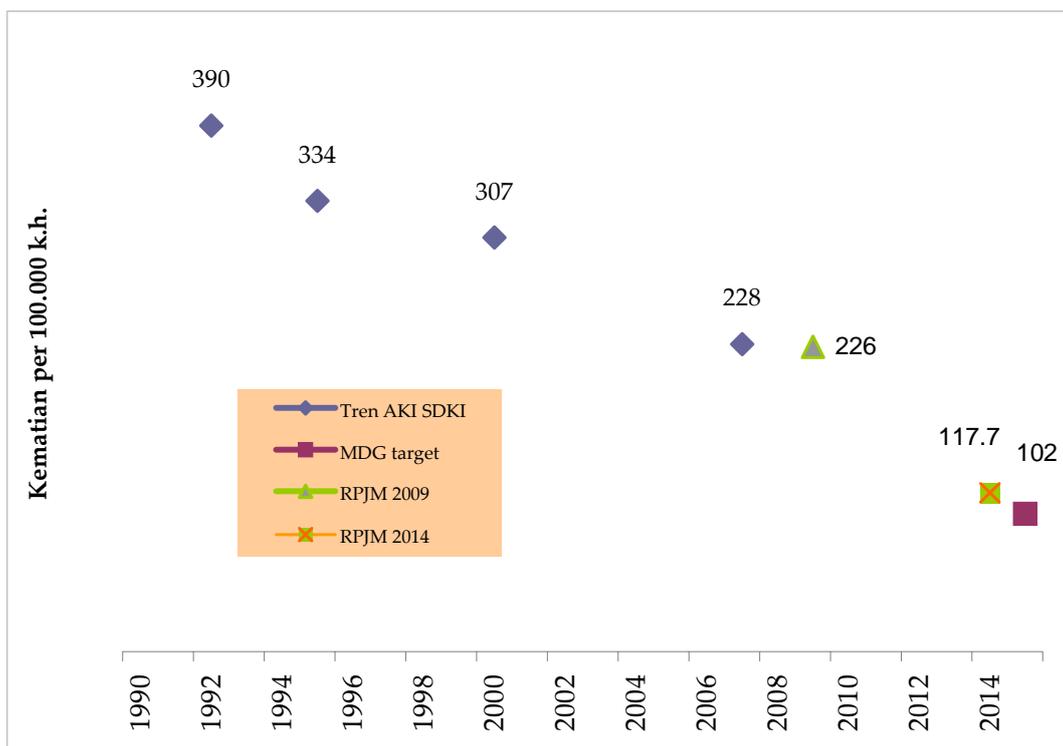
Sumber: SDKI 2007

3. Angka Kematian Ibu sebesar 117,7 per 100.000 kelahiran hidup (2014)

Sesuai dengan komitmen pencapaian MDGs, yaitu untuk menurunkan kematian ibu sebesar tigaperempat antara tahun 1990 dan 2015, maka pada tahun 2015 AKI di Indonesia harus mencapai 102 per 100.000 kelahiran hidup.

Kecenderungan penurunan AKI pada periode 2003-2007 (SDKI) adalah rata-rata 19,7 per 100.000 kelahiran hidup per tahun, sementara itu laju penurunan yang diharapkan untuk dapat mencapai MDGs tahun 2015 adalah 15,7 per 100.000 kelahiran hidup per tahun. Jika laju penurunan seperti periode 2003-2007 dapat terus berlanjut, maka tujuan MDGs dapat dicapai. Secara konservatif, dengan laju penurunan 15,7 per 100.000 kelahiran hidup per tahun, maka pada tahun 2014, kematian ibu akan mencapai 117,7 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup.

Gambar 6. 4. Kecenderungan Pencapaian dan Proyeksi Angka Kematian Ibu



Sumber: SDKI 2003-2007

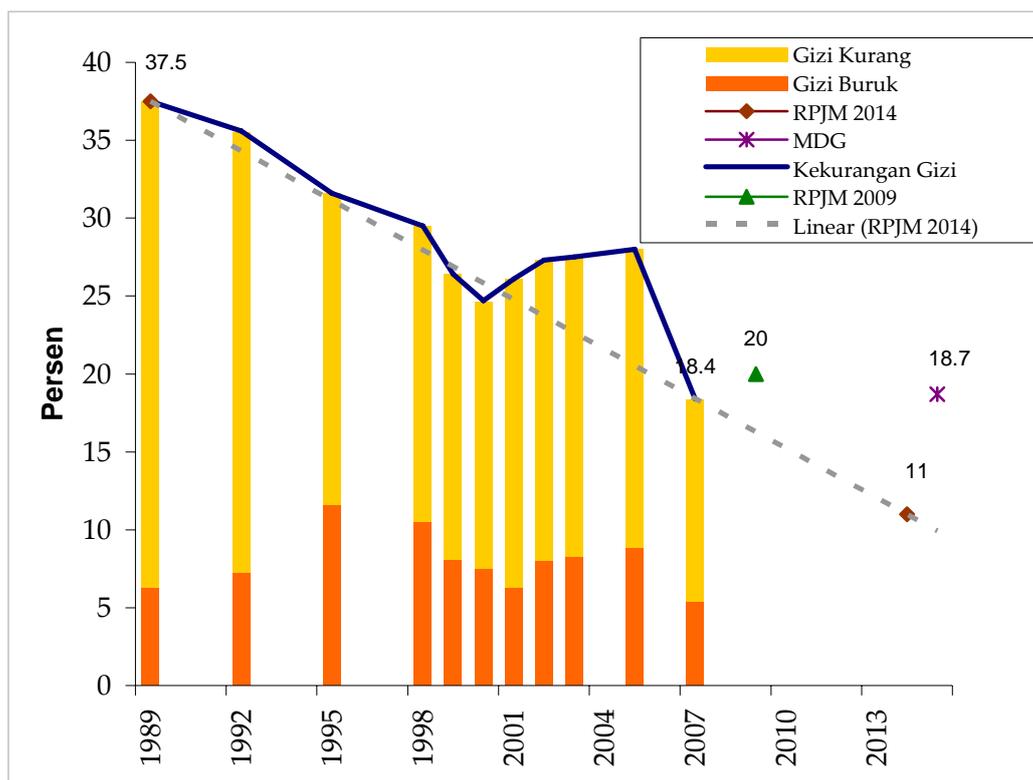
4. Kekurangan gizi pada balita menjadi 11 persen

Pada tujuan pertama MDGs, kekurangan gizi (*underweight*, yaitu berat badan menurut umur) pada balita menjadi salah satu indikator penurunan kemiskinan non pendapatan (*non income poverty*) dengan sasaran menurunkan setengah penduduk yang kelaparan (dalam hal ini kekurangan gizi) antara tahun 1990 dan tahun 2015. Dengan menggunakan basis data Susenas tahun 1989 yaitu pada saat prevalensi kekurangan gizi pada balita sebesar 37,5 persen, maka sasaran tahun 2015 adalah 18,7 persen.

Berdasarkan Riskesdas, pada tahun 2007, prevalensi kekurangan gizi pada balita telah turun dengan cepat mencapai 18,4persen. Dengan demikian, maka tujuan RPJM 2009 dan MDGs 2015 telah tercapai pada tahun 2007. Oleh karena

itu perlu kesepakatan baru mengenai sasaran RPJMN 2014 dan MDGs 2015 yang ingin dicapai. Dengan menggunakan trend jangka panjang antara tahun 1989 – 2007, maka penurunan prevalensi kekurangan gizi rata-rata per tahun adalah 1,06 persen poin. Jika tren ini dapat terus dilanjutkan pada periode 2007-2014, maka prevalensi kekurangan gizi akan dapat mencapai 11 persen. Ini adalah angka yang *progresif* dengan asumsi penurunan prevalensi kekurangan gizi sebesar 1,06 persen poin per tahun.

Gambar 6.5. Kecenderungan Pencapaian dan Proyeksi Status Gizi



Sumber: Riskesdas 2007

Sementara penurunan prevalensi kekurangan gizi terjadi secara positif menurut trend Susenas dan Riskesdas antar tahun 1989-2007, prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) pada balita yang diukur dengan tinggi badan menurut umur masih cukup tinggi, yaitu sebesar 36,8 persen, perlu dipertimbangkan untuk menetapkan indikator sasaran *stunting* pada tahun 2014 sehingga intervensi gizi mempunyai fokus yang lebih tepat dan *cost effective*. Jika menggunakan laju penurunan yang sama dengan *underweight*, yaitu 1,06 persen poin per tahun maka sasaran prevalensi *stunting* pada anak balita pada tahun 2014 adalah 29,4 persen.

5. Meningkatkan cakupan jaminan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk dengan tetap menjamin pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin.

Cakupan jaminan pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator penting untuk mengukur perlindungan finansial penduduk terhadap resiko keuangan akibat

masalah kesehatan. Dengan indikator ini, diharapkan masyarakat tidak mengalami hambatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan karena masalah finansial. Menurut Susenas 2007, jaminan pelayanan kesehatan mencakup 27 persen penduduk Indonesia. Jaminan kesehatan bagi penduduk miskin menyumbang 15 persen, Askes 5 persen, Jamsostek 3 persen, Asuransi swasta dan skema asuransi lainnya (militer, Asuransi oleh Pemda dan masyarakat) 3-4 persen⁵¹.

Secara teoritis, jika semua sistem asuransi yang ada berjalan, maka 48,7 persen atau 102,4 juta penduduk Indonesia tercakup oleh jaminan pelayanan kesehatan yaitu Jamsostek 2,9 juta, Asuransi Swasta 5 juta, Asuransi ABRI 2 juta, dan Jamkesmas 76,4 juta. Jamsostek, asuransi swasta komersial, dan jaminan kesehatan oleh masyarakat, relatif tidak meningkat secara signifikan dibanding Jamkesmas dan Askes. Sementara Jamkesmas belum seluruhnya menjangkau penduduk miskin karena lemahnya distribusi kartu asuransi. Jamsostek diperkirakan baru mencakup 14 persen target pekerja.

Dengan mengacu pada skema di atas, jika kepesertaan asuransi baik sukarela maupun wajib dapat ditingkatkan secara optimal, maka penduduk yang tercakup asuransi minimal dapat mencapai 102,4 juta dengan asumsi sasaran penduduk miskin dan asuransi lainnya tidak berubah. Walaupun demikian, MDGs menetapkan sasaran penurunan penduduk miskin pada tahun 2014 sebesar 7,5 persen atau sekitar 18,6 juta jiwa. Angka ini jauh menurun dari kondisi tahun 2007 sebesar 16,6 persen atau 37,17 juta jiwa atau turun sekitar 50 persen. Dengan demikian sasaran Jamkesmas yang merupakan penyumbang terbesar cakupan jaminan pelayanan kesehatan akan jauh berkurang.

Pada saat yang sama, transisi demografi menyebabkan meningkatkan proporsi penduduk lanjutan usia. Penduduk lansia pada tahun 2007 sebesar 11,8 juta atau 5,2 persen) akan meningkat menjadi 14,1 juta atau 5,8 persen pada tahun 2014. Secara medis lansia lebih mempunyai resiko terhadap masalah penyakit degeneratif dengan unit *cost* yang lebih tinggi. Untuk itu asuransi kesehatan dapat mengambil perannya dalam melindungi penduduk lansia dari masalah finansial akibat masalah kesehatan. Pada saat yang sama, jumlah penduduk usia produktif meningkat dari 154,7 juta atau 68 persen tahun 2007 menjadi 169 juta jiwa atau 69 persen pada tahun 2014. Dengan demikian jika tingkat pekerjaan formal meningkat maka kepesertaan asuransi pekerja (Jamsostek) juga dapat ditingkatkan.

Dengan melihat perubahan penduduk dan perekonomian di atas, maka kepesertaan Jamkesmas bagi penduduk miskin kemungkinan dapat menurun, namun kepesertaan asuransi pekerja dan swasta dapat ditingkatkan. Yang jelas proteksi finansial kepada penduduk miskin menjadi sebuah keniscayaan.

6. Meningkatnya kepuasan masyarakat atas kualitas dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan

⁵¹ World Bank 2008. *Health Public Expenditure Review 2008: Investing in Indonesia's Health. Challenges and Opportunities for Future Public Spending*

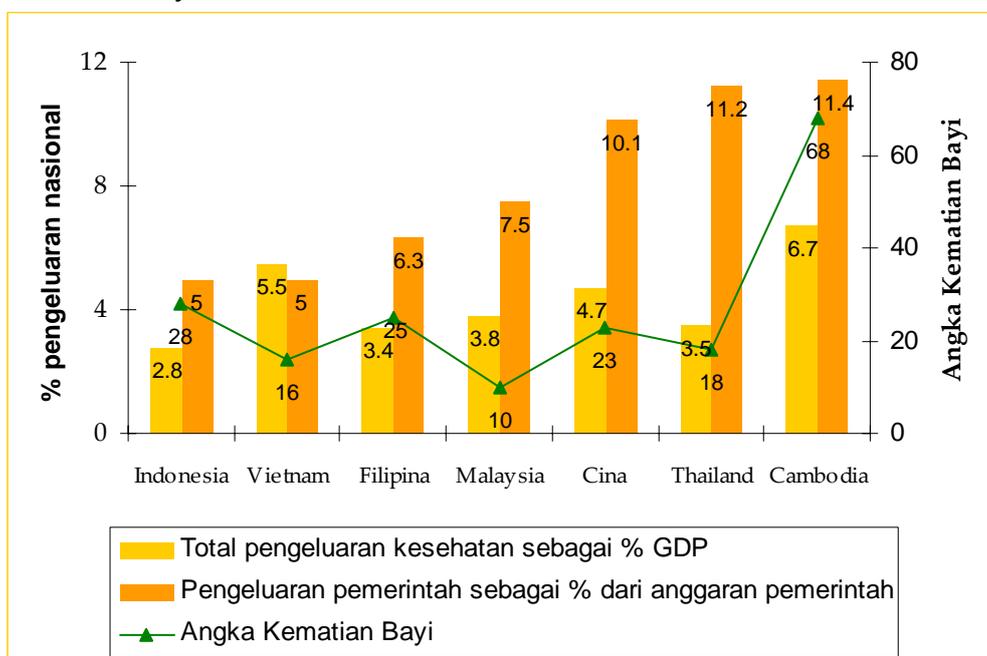
Kepuasan merupakan salah satu indikator dari ketanggapan (*responsiveness*) fasilitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi harapan penduduk yang antara lain diukur dengan orientasi terhadap klien termasuk kecepatan penanganan, akses terhadap jaringan, dukungan sosial selama perawatan, kualitas fasilitas (*amenities*) dasar dan pilihan *provider*. Ketanggapan ini dapat dilihat dari indikator ketanggapan yang dikembangkan oleh Departemen Kesehatan, antara lain lama waktu menunggu, kejelasan informasi petugas, keikutsertaan pasien dalam mengambil keputusan, dan kebersihan ruangan.

Aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat dapat diukur dengan beberapa indikator yang juga telah disurvei dalam Riskesdas 2007, terutama menurunnya persentase rumah tangga dengan jarak tempuh ke fasilitas kesehatan lebih dari 5 kilometer menjadi kurang dari 6 persen dan menurunnya persentase rumah tangga yang memerlukan waktu lebih dari 60 menit untuk mencapai fasilitas kesehatan menjadi kurang dari 2,7 persen.

7. Meningkatnya Pengeluaran pemerintah untuk kesehatan menjadi 6,2 - 8,8 persen dari anggaran APBN

Pada tingkat regional ASEAN tingkat anggaran kesehatan pemerintah Indonesia ini masih relatif rendah baik secara nominal maupun relatif terhadap permasalahan kesehatan yang dihadapi di Indonesia, maupun dibandingkan dengan tingkat pendapatan masyarakat.

Gambar 6. 6. Perbandingan regional pembiayaan kesehatan dan angka kematian bayi⁵²



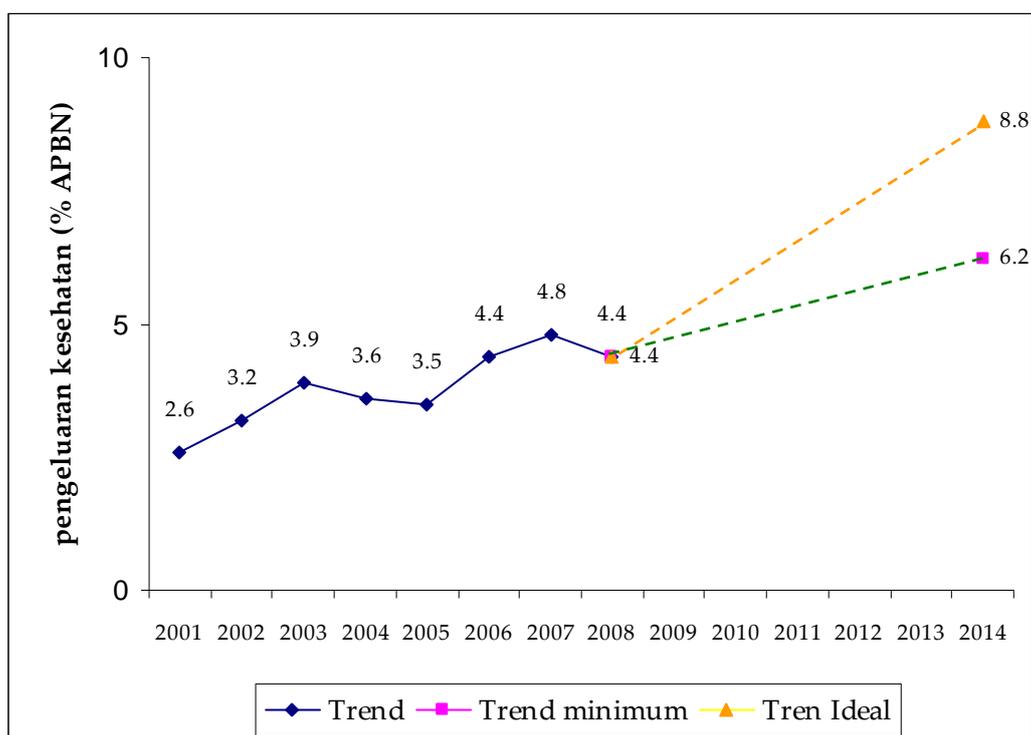
Sumber: Diolah dari WDI 2007

⁵² Angka pada tabel ini berbeda dengan angka-angka di tingkat nasional untuk menjaga konsistensi metode pengukuran dan dapat dibandingkan secara internasional.

Tingkat pengeluaran pemerintah untuk biaya kesehatan di beberapa negara tetangga adalah antar 5 sampai 11,4 persen dari anggaran negara, dan Indonesia berada pada ujung yang paling rendah (5 persen). Indikator pembiayaan kesehatan pemerintah (*public health expenditure*), terhadap keseluruhan anggaran pemerintah di Indonesia tahun 2008 adalah sebesar 4,4 persen dan telah meningkat sebesar 0,9 persen persen poin dari tahun 2005 (3,5 persen), atau meningkat sekitar 0,3 persen per tahun. Dengan asumsi terjadi peningkatan anggaran dengan laju yang sama setiap tahun, maka pada tahun 2014 pengeluaran pemerintah untuk kesehatan diharapkan dapat meningkat menjadi 6,2 persen.

Namun karena beban kesehatan di Indonesia jauh lebih berat (AKI, AKB, penyakit menular) yang tinggi serta jumlah penduduk yang besar dan tersebar luas, peningkatan anggaran kesehatan perlu ditingkatkan lagi. Untuk meningkatkan derajat kesehatan secara optimal dan sesuai dengan arahan RPJMN tahap kedua yang memprioritaskan pada pembangunan sumber daya manusia dengan komponen utama pendidikan dan kesehatan, serta untuk mendukung pencapaian MDGs, perlu peningkatan anggaran kesehatan pada tahun 2014 menjadi 6,2 persen (*trend*) hingga 8,8 persen (2 kali lipat anggaran tahun 2007).

Gambar 6.7 *Trend dan proyeksi pembiayaan kesehatan pemerintah (persen APBN)*



Sumber: Bappenas

8. Pengendalian penyakit menular terutama HIV/AIDS, TB, Malaria, DBD dan Diare

Penyakit HIV/AIDS, TB, Malaria dan Diare merupakan penyakit menular yang sering menjadi masalah besar di Indonesia. Kumulatif kasus HIV dan AIDS meningkat dengan tajam dalam beberapa tahun terakhir dan berpotensi menjadi

beban yang besar baik dari segi epidemiologis maupun keuangan negara. TB merupakan penyebab kematian terbesar kedua untuk semua umur di Indonesia dan Indonesia merupakan negara terbesar ke 3 penyumbang penderita TB dunia.

Dalam MDGs sasaran yang ingin dicapai adalah mengendalikan penyebaran HIV-AIDS dan mulai menurunkan jumlah kasus baru pada tahun 2015. Untuk malaria dan penyakit menular lainnya termasuk TB, MDGs menetapkan target pada tahun 2015 untuk mengendalikan penyakit malaria dan penyakit menular lainnya dan mulai menurunkan jumlah kasus. Target-target ini dapat di adopsi untuk menjadi target yang ingin dicapai pada tahun 2014 dalam RPJMN. Dengan memilih target tersebut, maka upaya pencegahan menjadi salah satu kunci utama dalam pengendalian penyakit menular.

9. Pengendalian penyakit tidak menular

Kegiatan utama dalam pengendalian penyakit tidak menular adalah pencegahan dan pengendalian faktor risiko, penemuan dan penatalaksanaan, surveilans epidemiologi, dan promosi kesehatan (KIE). Karena faktor-faktor terjadinya penyakit menular lebih bersifat kompleks, dan menyangkut perilaku, genetik, karakteristik demografi, dan lingkungan, maka indikator *outcome* yang dapat digunakan adalah menurunnya angka faktor risiko, angka kesakitan, kecacatan dan kematian PTM utama. Walaupun demikian penggunaan indikator ini harus lebih hati-hati karena belum tentu berkaitan langsung dengan kinerja sistem kesehatan.

10. Meningkatnya promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat menjadi arus utama pembangunan kesehatan nasional dalam RPJMN 2010-2014. Oleh karena itu penetapan indikator untuk promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting untuk memberi arah intervensi yang akan dilakukan. Pada saat ini promosi kesehatan menggunakan indikator PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) yang merupakan komposit dari berbagai indikator perilaku tingkat individu dan rumah tangga. Jika dikaji lebih mendalam, cakupan indikator PHBS ini sangat luas, mulai dari mencuci tangan, persalinan oleh tenaga kesehatan hingga kepesertaan dalam jaminan pelayanan kesehatan. Sudah barang tentu pemilihan indikator ini cukup representatif dan komprehensif, namun karena cakupannya yang begitu luas, mengakibatkan kesulitan dalam menterjemahkan ke dalam respon kebijakan yang diperlukan secara spesifik. Oleh karena itu penggunaan PHBS sebagai indikator capaian promosi kesehatan perlu ditinjau kembali dan direvisi menggunakan indikator *output*, yang menilai capaian dari intervensi dalam pendidikan masyarakat (KIE), serta dukungan peraturan dan kebijakan.

Pemberdayaan masyarakat juga merupakan salah satu komponen yang sangat penting dalam pembangunan kesehatan jangka menengah mendatang. Oleh karena itu penetapan sasaran pemberdayaan masyarakat perlu dilakukan secara komprehensif. Beberapa sasaran yang dapat digunakan antara lain adalah Poskesdes yang aktif (sesuai dengan SPM bidang Kesehatan), posyandu yang aktif, utilitas dan pelayanan kesehatan swasta yang meningkat,

11. Terpenuhinya tenaga kesehatan, dengan fokus utama pemenuhan tenaga kesehatan pada fasilitas publik dan tenaga kesehatan di daerah tertinggal, terpencil dan perbatasan

Kebutuhan tenaga kesehatan masih sangat tinggi baik dilihat dari rasio tenaga kesehatan per penduduk maupun dengan membandingkan dengan fasilitas kesehatan sebagai tempat pelayanan. Dari sisi pelayanan pemerintah, pemenuhan tenaga kesehatan strategis untuk fasilitas pelayanan milik pemerintah menjadi sangat penting dan dapat dijadikan sebagai sasaran utama pemenuhan tenaga kesehatan.

B. Isu Strategis

Isu strategis dirumuskan dengan melakukan analisa kesenjangan antara kondisi yang diinginkan (termasuk sasaran) dengan kondisi dan kinerja sistem kesehatan saat ini dengan memperhatikan landasan hukum dan lingkungan strategis

1. Terbatasnya aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas terutama pada kelompok penduduk miskin, daerah tertinggal, terpencil dan perbatasan

- Aksesibilitas terhadap sarana pelayanan kesehatan cukup baik (jumlah, rasio, dan waktu tempuh), namun masih terjadi disparitas yang cukup besar menurut luas wilayah.
- Kualitas Puskesmas belum optimal, misalnya ditandai dengan Puskesmas yang 14 persen rusak berat (tahun 2007), tenaga kesehatan kurang mencukupi, serta tingginya dokter yang tidak hadir dalam jam kerja
- Biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas yang belum memadai
- Utilisasi dan *contact rate* meningkat, tetapi pengobatan sendiri dan penduduk yang tidak berobat masih tinggi
- Utilisasi fasilitas publik meningkat dan utilitas swasta menurun. Hal ini dapat dianggap sebagai pengalihan beban dari swasta ke pemerintah
- Upaya pelayanan kesehatan (primer, sekunder, tersier) masih terfragmentasi sehingga efektivitas, efisiensi, dan *continuum of care* (intra dan intern sarana) pelayanan kesehatan menjadi rendah.
- Ketersediaan tempat tidur rumah sakit (rasio per penduduk) belum mencukupi
- Ketersediaan tenaga dokter spesialis masih kurang terutama untuk rumah sakit di daerah pemekaran, tertinggal, terpencil dan perbatasan.
- Pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan penduduk miskin jauh tertinggal (hanya 11 persen)
- Kunjungan antenatal meningkat, namun disparitas antar wilayah, sosial ekonomi masih tinggi.
- CPR (*contraception prevalence rate*) mengalami stagnasi, *unmet need* meningkat, dan pengelolaan dan kelembagaan program KB melemah
- Banyak bayi yang tidak mendapatkan imunisasi, *drop out rate* tinggi, dan ketepatan waktu imunisasi rendah.

- Pelayanan gizi belum difokuskan pada kelompok sasaran yang paling tepat (ibu hamil dan anak 0-2 th). Pilihan intervensi belum didasarkan atas *cost effectiveness* dan *evidence base*.
- Perbaikan gizi berbasis masyarakat masih lemah dan sistem surveilans yang kurang berjalan.
- Cakupan air minum dan sanitasi meningkat, namun disparitas antar sosial ekonomi makin melebar.
- Kesadaran dan perilaku masyarakat tentang *higiene & sanitasi* masih kurang

2. Masih tingginya kesakitan dan kematian akibat penyakit menular dan tidak menular

- Berbagai penyakit menular masih merupakan masalah kesehatan masyarakat, terutama TB, Malaria, HIV, DBD, dan Diare.
- Jumlah penderita HIV/AIDS tersebar dan meningkat dengan cepat. HIV/AIDS tidak hanya masalah kesehatan tetapi juga masalah sosial, stigma dan diskriminasi, berpotensi menimbulkan dampak kesehatan dan sosial ekonomi yang besar.
- Permasalahan penyakit menular terkait erat dengan perubahan lingkungan dan perilaku masyarakat.
- Prevalensi beberapa penyakit “kuno” terabaikan (*neglected diseases*) mempunyai kecenderungan meningkat
- Beberapa penyakit zoonotik meningkat. Hal ini terkait dengan kerjasama otoritas kesehatan masyarakat dan kesehatan hewan yang masih lemah.
- Penyakit tidak menular (jantung, diabetes, hipertensi, kanker) meningkat dan menjadi penyebab utama kematian. Berkaitan dengan pola hidup tidak sehat dan pengendalian faktor resiko masih lemah.
- Penyakit mental emosional cukup tinggi

3. Belum terlindunginya masyarakat secara maksimal terhadap beban pembiayaan kesehatan

- Pembiayaan kesehatan meningkat, tetapi masih rendah dan peran pemerintah dalam pembiayaan masih rendah
- Pembiayaan kesehatan pemerintah masih didominasi pemerintah pusat dan kontribusi pemerintah daerah cenderung meningkat tetapi masih kecil
- Tingkat penyerapan dana (realisasi anggaran APBN) masih rendah, terutama karena *public financial management* secara keseluruhan yang belum mantap
- Efisiensi alokatif pembiayaan pemerintah masih belum optimal masih cenderung lebih banyak untuk penyediaan sarana dan prasarana kesehatan daripada pembiayaan operasional, preventif, dan promotif
- Pembiayaan Askeskin/Jamkesmas akan memberi manfaat yang optimal jika dapat memperbaiki targeting
- Cakupan asuransi kesehatan belum maksimal karena kepesertaan yang kecil (non jamkesmas). Tantangan ke depan adalah bagaimana mengembangkan asuransi kesehatan nasional (Jamkesmas sebagai cikal bakal), harmonisasi pelayanan, dan penyempurnaan kerangka regulasi

4. **Belum terpenuhinya jumlah, jenis, kualitas serta penyebaran sumber daya manusia kesehatan belum merata, dan belum optimalnya dukungan kerangka regulasi ketenagaan kesehatan**
 - Kekurangan jumlah untuk semua jenis tenaga kesehatan (termasuk pada fasilitas kesehatan milik pemerintah)
 - Distribusi tenaga kesehatan yang timpang, terutama di perdesaan dan daerah dengan cakupan geografis yang luas
 - Kompetensi tenaga kesehatan yang bervariasi terkait dengan sarana dan fasilitas pendidikan
 - Pengembangan tenaga kesehatan belum sistematis, dari segi perencanaan, produksi, distribusi, dan pendayagunaan serta pembinaan dan pengawasannya
 - Kerangka regulasi untuk pengembangan SDM kesehatan masih lemah, sehingga perlindungan profesi dan perlindungan pada masyarakat juga dan daya saing di lingkungan regional maupun global masih lemah

5. **Belum optimalnya ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan obat esensial, penggunaan obat yang tidak rasional, dan penyelenggaraan pelayanan kefarmasian yang berkualitas**
 - Ketersediaan obat esensial di fasilitas pelayanan kesehatan cukup terjaga. Keterjangkauan/harga obat di Indonesia termasuk dalam rata-rata nasional, namun mungkin dapat diturunkan dengan pemakaian bahan baku lokal, penurunan ongkos distribusi dan sistem pengadaan yang efisien
 - Peresepan obat generik esensial cukup baik di Puskesmas, namun di RSUD, RS swasta dan apotek tidak terlalu tinggi (penggunaan obat tidak rasional) antara lain disebabkan oleh adanya *asymmetric information* dan praktek pemasaran yang tidak etis
 - Ketersediaan obat program dan vaksin secara umum cukup, tetapi sering terjadi keterputusan ketersediaan karena adanya kesenjangan waktu antara pengadaan dan pemanfaatan terkait dengan sistem manajemen keuangan (proses pengadaan dan DIPA).
 - Mutu dan keamanan. Beradanya obat palsu atau tidak terdaftar (sekitar 10 persen), sehingga membahayakan konsumen. Evaluasi *pre-market* dan sarana produksi yang tidak memenuhi syarat masih sangat tinggi
 - Sebagian besar (85 persen) bahan baku obat masih di impor sehingga menimbulkan tingkat ketergantungan yang tinggi.
 - Penggalian potensi obat tradisional dari tanaman obat asli Indonesia sangat terbatas
 - Pembiayaan obat di pemda kab/kota rendah dan tergantung pada pembiayaan pusat (41 persen dibiayai pusat)
 - Antisipasi pasar bebas belum di eksplorasi misalnya bagaimana pengaruhnya terhadap harga obat, persaingan makin kuat, pengawasan dan regulasi harus kuat, serta perlunya harmonisasi standar

6. Pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan belum dilakukan secara optimal dan lemahnya kerjasama lintas sektor serta dukungan peraturan perundangan

- Pada beberapa kasus (misalnya ASI eksklusif, merokok) pengetahuan masyarakat cukup baik, tapi tidak dipraktekkan. Oleh karena itu perlu dukungan *enabling factors* (mis sarana) dan *reinforcing factor* (peraturan, panutan). Promosi masih terfokus pada pendidikan kesehatan
- Sarana pelayanan kesehatan dasar sebagai media pelayanan dan promosi kesehatan cenderung berasal dari pemerintah dan ditargetkan, kurang menggali potensi masyarakat.
- Konsep pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan paska krisis belum berkembang kembali dengan baik. Pengembangan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) belum memperhatikan kemampuan dan karakteristik masyarakat sebagai subyek. Orientasi pemberdayaan yang melihat masyarakat sebagai obyek cenderung mematikan UKBM sendiri.
- Aksesibilitas terhadap UKBM cukup tinggi, tapi penggunaannya terhambat oleh kualitas pelayanan
- Kebijakan publik belum memperhatikan aspek kesehatan (*Healthy Public Policy*)

7. Masih terbatasnya kemampuan manajemen dan informasi kesehatan, termasuk dalam pengelolaan administrasi, hukum, dan penelitian dan pengembangan (litbang) kesehatan

- Kebijakan Kesehatan : adanya kesenjangan kebijakan kesehatan (*policy gap*) antara pusat dan daerah. Kebijakan kesehatan belum dibangun atas dasar *evidence based* dan belum bersinergi dan konsisten antara berbagai jenjang kebijakan (intra dan antar sektor)
- Administrasi Kesehatan: Perencanaan, penganggaran, pelaksanaan dan pengendalian dan evaluasi belum mengacu pada PP 38 tahun 2007 (pembagian kewenangan), dan PP 39 tahun 2006 tentang kinerja
- Hukum Kesehatan: Penyusunan peraturan perundang-undangan, harmonisasi peraturan, pelayanan advokasi hukum dan peningkatan kesadaran hukum bagi aparatur kesehatan masih lemah.
- Litbangkes. Kajian sering tidak digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan karena kualitas dan relevansi penelitian yang belum memadai.
- Sistem informasi kesehatan masih lemah untuk dapat digunakan sebagai bahan untuk perumusan kebijakan dan perencanaan kesehatan, hal ini menyangkut tentang mutu data dan kecepatannya.

C. Arah Kebijakan

Arah kebijakan adalah tindakan yang diperlukan untuk dapat mengatasi berbagai isu strategis yang telah diidentifikasi sebelumnya.

1. Peningkatan jumlah, jaringan dan kualitas sarana dan prasarana pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, terutama pada daerah dengan aksesibilitas relatif rendah.
 - Peningkatan jumlah, jaringan dan kualitas sarana dan prasarana pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, terutama pada daerah dengan aksesibilitas relatif rendah
 - Peningkatan kualitas fasilitas kesehatan dasar dan rujukan baik fisik, pelayanan, dan ketenagaan
 - Peningkatan utilisasi fasilitas kesehatan, termasuk dengan menjalin kemitraan dengan masyarakat dan swasta
 - Peningkatan ketersediaan pelayanan kesehatan rujukan terutama di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan daerah pemekaran
 - Revitalisasi program KB melalui penguatan program dan kelembagaan KB
 - Peningkatan utilisasi fasilitas kesehatan, termasuk dengan menjalin kemitraan dengan masyarakat dan swasta.

2. Perbaiki gizi masyarakat, dengan fokus utama pada ibu hamil dan anak hingga usia 2 tahun, dan penanggulangan gizi lebih, antara lain melalui kerjasama lintas sektor, pemilihan intervensi yang efektif dengan didukung oleh data yang kuat
 - Perbaiki gizi masyarakat untuk menanggulangi kekurangan gizi terutama pada ibu hamil dan anak hingga usia 2 tahun
 - Penanggulangan gizi lebih, antara lain dengan memperkuat pendidikan masyarakat, menyebarluaskan Pedoman Umum Gizi Seimbang, memperkuat kerjasama lintas sektor, pemilihan intervensi yang efektif dengan didukung oleh data yang kuat.

3. Pengendalian penyakit menular, terutama TB, Malaria, HIV/AIDS, DBD dan diare serta penyakit zoonotik, dan penguatan upaya eliminasi penyakit-penyakit terabaikan, seperti kusta, *frambusia*, *filariasis*, *schistomiasis*
 - Memperkuat kemampuan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular, terutama TB, Malaria, HIV/AIDS, DBD dan diare
 - Memperkuat upaya menuju eliminasi penyakit-penyakit “kuno” seperti kusta, *frambusia*, *filariasis*, *schistomiasis* dan penyakit zoonotik
 - Peningkatan kesehatan lingkungan dengan menekankan pada akses terhadap air minum dan sanitasi dasar serta perubahan perilaku *higiene* dan sanitasi

4. Penanggulangan penyakit tidak menular melalui surveilans, promosi dan pemberdayaan masyarakat dan manajemen pelayanan.

5. Peningkatan pembiayaan yang diikuti oleh efisiensi penggunaan anggaran
 - Peningkatan pembiayaan kesehatan baik di pusat maupun daerah terutama untuk peningkatan jaminan pelayanan kesehatan penduduk

- miskin, golongan rentan (bayi, ibu hamil, manula) serta pelayanan kesehatan dasar (esensial)
- Meningkatkan efisiensi penggunaan anggaran termasuk memperbaiki alokasi bagi upaya promotif dan preventif dan mengembangkan kemitraan dengan penyedia pelayanan masyarakat dan swasta
 - Memperkuat advokasi bagi pengembangan intervensi publik determinan kesehatan, termasuk penguatan upaya pencapaian MDGs.
6. Pengembangan jaminan pelayanan kesehatan, antara lain dengan pengembangan asuransi kesehatan wajib; dan pengembangan kemitraan dengan penyedia pelayanan masyarakat dan swasta
- Memperkuat perlindungan finansial terutama bagi penduduk miskin antara lain dengan mengembangkan asuransi kesehatan nasional, dan penguatan manajemen, kerangka regulasi, perluasan jangkauan kepesertaan, dan harmonisasi pelayanan.
7. Peningkatan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan untuk pemenuhan kebutuhan nasional sertaantisipasi persaingan global yang didukung oleh sistem perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan secara sistematis dan didukung oleh peraturan perundangan
- Peningkatan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan
 - Pengembangan SDM kesehatan secara sistematis, dari segi perencanaan, pengadaan, dan pendayagunaan serta pembinaan dan pengawasannya, termasuk tenaga kesehatan “langka”
 - Penyusunan peraturan perundangan dan regulasi SDM Kesehatan termasuk kompetensi, standarisasi, akreditasi, dan lisensi dalam kaitan globalisasi dan desentralisasi
 - Peningkatan kerjasama antara institusi pendidikan tenaga kesehatan dengan penyedia pelayanan kesehatan dalam rangka pemenuhan kompetensi tenaga kesehatan.
8. Peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, mutu, dan penggunaan obat, terutama obat esensial termasuk penggunaan obat yang rasional, yang didukung oleh pengembangan peraturan perundangan dan peningkatan pemanfaatan bahan obat asli Indonesia
- Peningkatan ketersediaan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial, termasuk dalam penanganan bencana
 - Peningkatan penggunaan obat yang rasional
 - Peningkatan keamanan, khasiat dan mutu obat beredar
 - Pengembangan peraturan dan regulasi dalam upaya harmonisasi standar termasuk dalam mengantisipasi pasar bebas
 - Peningkatan kualitas sarana produksi dan distribusi produk kefarmasian
 - Peningkatan pemanfaatan bahan obat asli Indonesia

9. Peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dengan penekanan pada perilaku dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat termasuk mendorong penciptaan lingkungan dan peraturan yang kondusif, dan penguatan upaya kesehatan berbasis masyarakat dengan memperhatikan kemampuan dan karakteristik masyarakat
 - Peningkatan peran promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dengan penekanan pada perilaku dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat
 - Mendorong penciptaan lingkungan yang mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat termasuk pengembangan sarana dan prasarana serta peraturan
 - Penguatan upaya-upaya kesehatan berbasis masyarakat seperti posyandu dengan memperhatikan kemampuan dan karakteristik masyarakat

10. Perbaiki manajemen kesehatan melalui pengembangan hukum dan administrasi kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, penapisan teknologi kesehatan dan pengembangan sistem informasi kesehatan
 - Perbaiki manajemen kesehatan melalui peraturan perundangan
 - Peningkatan kualitas penelitian dan pengembangan kesehatan untuk mendukung perumusan kebijakan kesehatan berbasis bukti
 - Penggunaan dan penyebarluasan hasil penelitian dalam pembangunan kesehatan
 - Penapisan teknologi kesehatan dari dalam dan luar negeri untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang berguna dan *cost efektif*
 - Penataan dan pengembangan sistem informasi kesehatan untuk meningkatkan ketersediaan data dan informasi dalam mendukung perencanaan dan pemantauan pembangunan kesehatan

D. Program, Kegiatan dan Indikator

Program kegiatan dan indikator merupakan operasionalisasi dari arah kebijakan yang tertuang dalam dokumen perencanaan sebagai dasar bagi pengalokasian sumberdaya serta panduan dalam penjabaran rincian kegiatan bagi setiap sektor dalam perencanaan tahunan. Program, kegiatan, dan indikator ini masih bersifat tentative dan penetapannya ditentukan untuk diseusiakan dengan kebijakan perencanaan pembangunan terbaru, seperti rencana penerapan Perencanaan dan Penganggaran berbasis Kinerja.

Tabel 6.1. Program/ Kegiatan dan Indikator Capaian

	Program/Kegiatan/Rincian Kegiatan	Indikator Capaian
1	Program Upaya Kesehatan Masyarakat	
	Kegiatan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peningkatan Pelayanan Kesehatan Komunitas ▪ Peningkatan Kesehatan Ibu 	

	Program/Kegiatan/Rincian Kegiatan	Indikator Capaian
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peningkatan Kesehatan Anak ▪ Peningkatan Kesehatan Kerja 	
	<p>Rincian Kegiatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan jumlah dan mutu Puskesmas dan Jaringannya terutama di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan 2. Peningkatan jumlah dan mutu SDM puskesmas terutama di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan 3. Peningkatan pelayanan persalinan di sarana pelayanan kesehatan 4. Peningkatan pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan 5. Komunikasi Informasi dan Edukasi Kesehatan Reproduksi 6. Peningkatan keberlangsungan pelayanan kesehatan bagi ibu dan balita (<i>continuum care</i>) 7. Peningkatan jumlah dan mutu pelayanan kesehatan kerja di insitusi/industri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah puskesmas dan jaringannya 2. Persentase Puskesmas yang mempunyai tenaga kesehatan lengkap 3. Persentase rawat jalan 4. Persentase K4 5. Persentase KN-2 6. Presentase persalinan di fasilitas kesehatan 7. Persentase ibu hamil risiko tinggi yang tertangani 8. Persentase persalinan oleh tenaga kesehatan 9. Persentase kunjungan bayi 10. Persentase pelayanan kesehatan masyarakat miskin 11. Cakupan remaja yang mempunyai pengetahuan tentang kespro 12. Prevalensi kontrasepsi 13. Menurunnya angka kecelakaan kerja dan gangguan kesehatan akibat kerja
2	Program Upaya Kesehatan Perorangan	
	<p>Kegiatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan Pelayanan Kesehatan Perorangan Dasar 2. Peningkatan Pelayanan Kesehatan Rujukan 3. Peningkatan Kesehatan Jiwa 	
	<p>Rincian Kegiatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan mutu pelayanan keperawatan 2. Peningkatan mutu pelayanan penunjang medik 3. Peningkatan pelayanan kesehatan jiwa 4. Pemenuhan dan Peningkatan Fasilitas Sarana dan Prasarana Kesehatan Rujukan 5. Pemenuhan dan Peningkatan Fasilitas Sarana dan Prasarana Kesehatan Dasar 6. Percepatan Peningkatan Pelayanan Dokter Spesialis Berbasis Kompetensi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persentase pasien rujukan 2. Cakupan rawat jalan dan inap penduduk 3. Persentase institusi pelayanan kesehatan perorangan dasar dan rujukan yang diakreditasi 4. Persentase Pelayanan kesehatan masyarakat miskin 5. Persentase RS yg melaksanakan gawat darurat dan PONEK 6. Proporsi tenaga perawat terhadap jenis dan jumlah pelayanan kesehatan perorangan 7. Proporsi tenaga penunjang medik terhadap jenis dan jumlah pelayanan kesehatan perorangan 8. Peningkatan jumlah dokter spesialis 9. Jumlah RS kab/kota yang

	Program/Kegiatan/Rincian Kegiatan	Indikator Capaian
		mempunyai 4 spesialis dasar (bedah, dalam, anak, kebidanan) 10. Indikator kesehatan jiwa
3	Program Perbaikan Gizi Masyarakat	
	Kegiatan: Peningkatan Gizi Masyarakat	
	Rincian Kegiatan 1. Perbaikan gizi pada ibu hamil dan anak sampai usia 2 tahun, melalui pemberian zat gizi mikro, (terutama Vit A, Fe, Yodium), MP – ASI. 2. Promosi PUGS 3. Penanggulangan gizi lebih 4. Meningkatkan kerjasama lintas sektor (KADARZI) 5. Peningkatan keamanan pangan 6. Perbaikan gizi berbasis masyarakat 7. Peningkatan kegiatan fortifikasi zat gizi mikro multipel	1. Prevalensi Gizi kurang dan buruk 2. Persentase ASI eksklusif 3. Cakupan kapsul vit A pada balita 4. Cakupan tablet Fe pada bumil 5. Cakupan keluarga yang mengkonsumsi yodium yg cukup 6. Cakupan MP-ASI pada usia 6-24 bln 7. Proporsi keluarga yang memahami dan melaksanakan PUGS 8. Jumlah kecamatan yg melaksanakan SKPG (Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi) 9. Jumlah balita yang mendapatkan <i>multiple micro nutrient</i> (zat gizi mikro multipel)
4	Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit	
	Kegiatan 1. Peningkatan Surveilans, Epidemiologi, Imunisasi dan Penanggulangan wabah 2. Pengendalian Penyakit Menular Langsung 3. Pengendalian Penyakit Tidak Menular 4. Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang	
	Rincian Kegiatan 1. Peningkatan Surveillance Epidemiologi dan Penanggulangan Wabah 2. Pencegahan dan Penanggulangan Faktor Resiko 3. Peningkatan kesehatan matra 4. Pencegahan dan Penanggulangan penyakit DBD, diare, Flu Burung, malaria, TB dan HIV/AIDS melalui penemuan, diagnosa, dan pengobatan . 5. Peningkatan cakupan imunisasi pada bayi yang didukung oleh ketersediaan vaksin, dan tenaga yang memadai 6. Memperkuat perencanaan dan implementasi penanggulangan PTM dan faktor resikonya.	1. Persentase desa yang mencapai UCI 2. Cakupan imunisasi dasar 3. Angka penemuan kasus (CDR) dan penyembuhan Penyakit TB 4. Angka Acute Flaccid Pralysis 5. Penderita DBD yg dpt ditemukan dan diobati 6. Penderita Malaria yg ditemukan dan diobati 7. CFR Diare pada saat KLB 8. ODHA ditemukan dan mendapatkan pengobatan 9. Pencegahan faktor resiko PTM (Berat badan, rokok, konsumsi lemak, aktifitas fisik) 10. Ditemukan dan diobati nya penyakit zoonosis

	Program/Kegiatan/Rincian Kegiatan	Indikator Capaian
		11. Ditemukan dan diobatinya <i>neglected diseases</i> (kusta, frambusia, filariasis, dll) 12. Ditemukan dan diobatinya hepatitis
5	Program Lingkungan Sehat	
	Kegiatan: 1. Penyehatan Lingkungan dan Air Bersih	
	Rincian Kegiatan: 1. Kegiatan Pemeliharaan dan Pengawasan Kualitas Lingkungan 2. Pengembangan Wilayah Sehat 3. Penyediaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi Dasar Masyarakat Miskin 4. Pengendalian Dampak Pencemaran Lingkungan	1. Persentase Keluarga yg menggunakan air minum 2. Persentase keluarga yang menggunakan sanitasi dasar (cuci tangan dengan sabun, stop buang air besar sembarangan, pengelolaan air minum RT, pengelolaan sampah RT, pengelolaan limbah cair RT) JAGA (Jamban Keluarga) 3. Persentase keluarga yg menghuni rumah sehat 4. Tempat-tempat umum yg memenuhi syarat kesehatan
6	Program Sumber Daya Manusia Kesehatan	
	Kegiatan: 1. Peningkatan Perencanaan SDM Kesehatan 2. Peningkatan Pengadaan SDM Kesehatan 3. Peningkatan Pendayagunaan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan 4. Peningkatan Pendidikan dan Pelatihan SDM Kesehatan 5. Peningkatan Pembinaan dan Pengawasan SDM Kesehatan	
	Rincian Kegiatan: PERENCANAAN 1. Penyusunan perencanaan kebutuhan SDM kesehatan 2. Penyusunan rencana kebijakan dan program PPSDM kesehatan 3. Pengembangan sistem informasi SDM kesehatan 4. Pengembangan peta SDM kesehatan 5. Koordinasi, advokasi dan fasilitasi perencanaan PENGADAAN 1. Pengembangan manajemen sarana pendidikan SDM kesehatan 2. Pengembangan kurikulum dan sistem pendidikan 3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan	1. Tersedianya rencana kebutuhan dan pengembangan SDM kesehatan 2. Tersedianya tenaga kesehatan per 100.000 penduduk 3. Jumlah SDM kesehatan yang diproduksi 4. Jumlah SDM kesehatan yg didayagunakan 5. Jumlah SDM kesehatan yang ditingkatkan kemampuannya 6. Tersedianya peraturan perundangan tentang kompetensi, akreditasi, dan lisensi 7. Terpenuhinya tenaga kesehatan di daerah terpencil, tertinggal, daerah perbatasan, kepulauan

	Program/Kegiatan/Rincian Kegiatan	Indikator Capaian
	<p>SDM kesehatan</p> <p>4. Pengelolaan tugas belajar SDM kesehatan</p> <p>5. Revitalisasi kelembagaan diklat</p> <p>6. Peningkatan sarana dan prasarana diklat</p> <p>PENDAYAGUNAAN</p> <p>1. Pengembangan distribusi SDM kesehatan</p> <p>2. Peningkatan mutu dan kemandirian SDM kesehatan</p> <p>3. Peningkatan kemandirian organisasi profesi SDM kesehatan</p> <p>4. Pemeberdayaan tenaga kesehatan dalam negeri dan luar negeri</p> <p>5. Pengembangan sistem karir SDM kesehatan</p> <p>6. Dikembangkannya sistem insentif</p> <p>PEMBINAAN & PENGAWASAN</p> <p>1. Pembinaan hukum & organisasi</p> <p>2. Peningkatan administrasi umum & kepegawaian</p> <p>3. Pengembangan sistem regulasi</p>	(DTPK)
7	Program Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, Makanan, Minuman	
	<p>Kegiatan:</p> <p>1. Peningkatan Ketersediaan Obat dan Perbekalan kesehatan;</p> <p>2. Peningkatan Mutu Obat dan Perbekalan Kesehatan;</p> <p>3. Peningkatan mutu pelayanan farmasi</p> <p>4. Peningkatan kerasionalan penggunaan obat dan Perbekalan Kesehatan</p> <p>5. Pengembangan peraturan per-UU-an</p>	
	<p>Rincian Kegiatan:</p> <p>KETERSEDIAAN</p> <p>1. Penyediaan obat generik esensial di RS daerah dan swasta</p> <p>2. Penyediaan obat & Alkes di Puskesmas & jaringannya</p> <p>3. Penyediaan obat & alkes di kab/kota</p> <p>4. Penyediaan vaksin & obat program</p> <p>PENINGKATAN MUTU</p> <p>1. Pengembangan & Penggunaan formularium obat di RS</p> <p>PENINGKATAN MUTU PELAYANAN FARMASI</p> <p>1. Peneratapan pelayanan informasi obat di RS</p> <p>2. Peneratapan pelayanan informasi obat di apotik</p> <p>PENINGKATAN KERASIONALAN PENGGUNAAN OBAT</p> <p>1. Penggunaan obat rasional di puskesmas</p>	<p>1. Persentase ketersediaan esensial disarana pelayanan kesehatan</p> <p>2. Persentase Puskesmas dan jaringannya yg tersedia cukup obat dan alat kesehatan dasar</p> <p>3. Persentase alat kesehatan yang beredar memenuhi persyaratan kesehatan</p> <p>4. Cakupan penggunaan obat esensial oleh penduduk</p> <p>5. Tersedianya vaksin dan obat program secara kontinyu sepanjang tahun</p> <p>6. Tersedianya peraturan perundang-undangan tentang sediaan farmasi, alkes, makanan dan minuman</p>

	Program/Kegiatan/Rincian Kegiatan	Indikator Capaian
8	Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	
	Kegiatan: 1. Promosi Kesehatan Masyarakat 2. Pengembangan Upaya Kesehatan Berbasis pada Masyarakat	
	Rincian Kegiatan 1. Peningkatan KIE kesehatan 2. Penyediaan sarana pelayanan kesehatan dasar sebagai media pelayanan dan promosi kesehatan 3. Pengembangan UKBM	1. Persentase rumahtangga berperilaku bersih dan sehat 2. Cakupan penggerakan dan pemberdayaan masyarakat.
9	Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan	
	Kegiatan: 1. Penyusunan dan Pengkajian kebijakan kesehatan. 2. Pengembangan sistem perencanaan dan penganggaran, 3. Pelaksanaan dan pengendalian, pengawasan dan penyempurnaan administrasi keuangan, 4. Pengembangan sistem informasi kesehatan 5. Peningkatan jaminan pembiayaan kesehatan masyarakat 6. Pengembangan komunikasi dan publikasi kesehatan. 7. Pengembangan Hukum Kesehatan	
	Rincian Kegiatan: 1. Merumuskan penyusunan rencana jangka panjang, menengah, tahunan, dan renstra. 2. Melakukan kajian kebijakan di bidang kesehatan 3. Menyusun RKA-KL 4. Memonitor pelaksanaan anggaran K/L 5. Mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pembangunan kesehatan 6. Mengurus revisi DIPA 7. Peningkatan akuntansi pemerintah dan kekayaan milik negara 8. Pembinaan administrasi dan pengelolaan keuangan 9. Mengembangkan sistem jaminan kesehatan masyarakat termasuk kerangka regulasi 10. Mengembangkan NHA (National Health Account) 11. Penyelenggaraan dan pembinaan informasi publik	1. Tersedianya dokumen RPJM, RKP, dan Renstra bidang kesehatan 2. Tersedianya DIPA tepat waktu 3. Realisasi anggaran setiap tahun meningkat 4. Jumlah kajian pembangunan kesehatan 5. Cakupan pengawasan dan penyempurnaan administrasi keuangan 6. Jumlah produk hukum bidang kesehatan 7. Tersedianya standar, pedoman, dan SOP bidang kesehatan 8. Tersedianya data dan informasi kesehatan 9. Cakupan jaminan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat 10. Jumlah kegiatan komunikasi dan publikasi kesehatan

	Program/Kegiatan/Rincian Kegiatan	Indikator Capaian
	12. Penyusunan kajian dan penegmbangan informasi kesehatan 13. Penyusunan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan	11. Tersedianya data NHA setiap tahun
10	Program Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	
	Kegiatan: 1. Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan 2. Penyebarluasan dan pemanfaatan hasil Litbangkes 3. Pengembangan Tenaga Peneliti dan Sarana dan prasarana Peneliti	
	Rincian Kegiatan: 1. Melaksanakan litbang biomedis, farmasi, ekologi kesehatan, status kesehatan, sistem kesehatan, kebijakan kesehatan, gizi dan makanan, tanaman obat, obat tradisional, P2B2, vektor 2. Melaksanakan Risbinkes 3. Melaksanakan Riskesdas 4. Pengembangan SDM peneliti 5. Pengembangan sarana dan prasarana penelitian 6. Diseminasi hasil penelitian pengembangan bagi penyusunan kebijakan 7. Publikasi hasil penelitian	1. Jumlah penelitian dan pengembangan kesehatan 2. Jumlah Policy option dari hasil penelitian dan pengembangan 3. Jumlah publikasi hasil-hasil litbangkes 4. Jumlah tenaga peneliti yang ditingkatkan kemampuannya 5. Terlaksananya Risbinkes dan Riskesdas
11	Program Pengawasan Obat dan Makanan	
	Kegiatan 1. Peningkatan Pengawasan Obat dan Makanan 2. Pengujian sampel obat dan makanan 3. Pemeriksaan sarana produksi dan distribusi obat dan makanan 4. Surveilans dan penyuluhan keamanan obat dan makanan	
	Rincian Kegiatan: 1. Pengujian laboratorium sampel obat, narkotika, psikotropika, obat tradisional, kosmetika, produk komplemen, makanan dan PKRT 2. Pemeriksaan sarana produksi dan distribusi obat, narkotika, psikotropika, obat tradisional, kosmetika, produk komplemen, makanan, dan PKRT dalam rangka GMP (Good Manufacturing Practices) dan GDP (Good Distribution	1. Jumlah sampel yang diperiksa 2. Jumlah sarana produksi yang diperiksa 3. Jumlah peraturan perundang-undangan yang dihasilkan 4. Jumlah produk obat dan makanan yang terawasi 5. Jumlah temuan penyalahgunaan dan kesalahan penggunaan obat dan makanan

	Program/Kegiatan/Rincian Kegiatan	Indikator Capaian
	Practices) 3. Pengawasan narkotika, psikotropika, prekursor, zat adiktif/rokok, dan bahan berbahaya 4. Surveilans dan penyuluhan keamanan pangan 5. Peningkatan Sarana dan Prasarana termasuk Peningkatan Kapasitas SDM 6. Penyusunan Peraturan Perundang-undangan, Standar dan Pedoman Pengawasan Obat dan Makanan 7. Penilaian permohonan pendaftaran produk obat, obat tradisional, kosmetika, produk komplemen, dan makanan 8. Peningkatan penyidikan dan penegakan hukum di bidang obat dan makanan 9. Peningkatan pemberdayaan konsumen	
12	Program Pengembangan Obat Asli Indonesia	
	Kegiatan: 1. Peningkatan Obat Tradisional Indonesia 2. Peningkatan Promosi Obat Bahan Alam Indonesia	
	Rincian Kegiatan: 1. Stimulasi Eksplorasi dan Fasilitasi Pengembangan dan Penelitian Teknologi Produksi Tanaman Obat Bahan Alam Indonesia 2. Pengembangan Standar Tanaman Obat Bahan Alam Indonesia 3. Peningkatan Promosi Obat Bahan Alam Indonesia 4. Pengembangan Sistem dan Layanan Informasi Obat Asli Indonesia (OAI) Terpadu 5. Peningkatan Kerjasama Antar Lembaga Lembaga Penelitian dan Industri Terkait	1. Jumlah penelitian tanaman obat bahan alam Indonesia 2. Jumlah standar tanaman obat yang ditetapkan. 3. Tersedianya produk obat bahan alam Indonesia yang bermutu tinggi 4. Jumlah evaluasi pre market dan post market OAI 5. Jumlah pemeriksaan sarana produksi OAI

E. FOKUS PRIORITAS

Fokus prioritas merupakan isu-isu strategis bidang kesehatan yang perlu mendapatkan penanganan lebih intensif baik dari sisi perencanaan maupun dukungan sumber daya. Fokus prioritas ditentukan dengan menganalisa situasi kondisi saat ini dan ancaman yang dihadapi bila tidak tertangani dengan baik.

Dengan memperhatikan kondisi saat ini dan kondisi ke depan, maka beberapa area yang dapat dijadikan fokus prioritas pembangunan kesehatan dan gizi masyarakat ke depan adalah:

1. Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak

2. Pelayanan kesehatan masyarakat miskin, dan penduduk di daerah terpencil, tertinggal, dan daerah perbatasan serta pulau-pulau terluar
3. Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan
4. Pengendalian penyakit menular terutama HIV/AIDS, Tuberkulosis, Malaria, Demam Berdarah Dengue, dan Diare dan penanggulangan penyakit tidak menular
5. Perbaikan gizi masyarakat
6. Peningkatan Promosi kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

BAB VII. SARAN

Saran:

1. Pada akhir tahun 2008, terjadi krisis ekonomi di banyak negara yang juga berdampak pada perekonomian nasional. Walaupun tidak separah krisis ekonomi pada akhir 1990-an, krisis ekonomi diperkirakan akan dapat mempengaruhi status kesehatan dan gizi masyarakat, termasuk kemampuan negara dan masyarakat dalam mengeluarkan sumber daya untuk pembangunan kesehatan. Oleh karena dampak krisis ini perlu diantisipasi sebisa mungkin antara lain dengan menyesuaikan pendekatan pembangunan kesehatan, termasuk arah kebijakan dan strategis pembangunan kesehatan 2010-2014.
2. Dalam analisa situasi dan lingkungan strategis dikemukakan bahwa walaupun secara nasional status kesehatan dan gizi masyarakat membaik, disparitas antara wilayah, antar propinsi, antara perkotaan dan perdesaan, dan antar kelompok sosial ekonomi (kaya-miskin) masih sangat tinggi dan pada beberapa indikator justru semakin besar. Dengan demikian arah kebijakan pembangunan kesehatan sebisa mungkin dapat menangani masalah disparitas tersebut antara lain dengan menyusun suatu kebijakan yang berjenjang sesuai dengan permasalahan lokal. Untuk mendukung hal tersebut diperlukan dukungan data dan informasi yang kuat berdasarkan spasial yang dapat digunakan untuk menyusun kategorisasi wilayah berdasarkan status kesehatan, kinerja sistem kesehatan, ataupun ciri-ciri lain baik di tingkat propinsi atau kabupaten/kota. Dengan pemilahan wilayah tersebut, diharapkan arah kebijakan dapat lebih spesifik dan lebih terfokus sesuai dengan permasalahan yang dihadapi.
3. Penyusunan sasaran RPJMN 2014 pada kajian ini masih bersifat awal, guna memberikan gambaran ideal tentang sasaran pembangunan kesehatan yang ingin dicapai terutama dalam pemenuhan komitmen global dan nasional seperti *Millenium Development Goals*. Dalam pelaksanaannya, sasaran RPJMN 2014 perlu ditetapkan dengan melihat kemampuan sumber daya yang ada dan tingkat kesulitan setiap indikator, misalnya apakah sebuah sasaran telah masuk ke dalam level rendah (*hard rock*) yang memerlukan sumberdaya luar biasa untuk mencapainya. Selain itu pertimbangan lebih lanjut diperlukan untuk meninjau sumber data yang digunakan dalam mengukur indikator, misalnya umur harapan hidup dan prevalensi kekurangan gizi pada balita, serta angka kematian ibu. Penelitian mengenai metodologi pengumpulan data, komparabilitas, dan ketersediaan data tepat pada waktunya perlu dipertimbangkan lebih detil dalam *exercise* sasaran yang telah dicoba dirumuskan pada kajian ini.
4. Dalam kajian teridentifikasi berbagai permasalahan krusial dan akut yang terus menjadi permasalahan utama pembangunan kesehatan dan gizi seperti kekurangan tenaga kesehatan serta penyebaran yang tidak sesuai kebutuhan lokal, peran swasta dalam pembangunan kesehatan yang tidak terlalu dikenali oleh pemerintah, belum optimalnya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, dan lemahnya kerangka regulasi di bidang

kesehatan. Dalam RPJMN 2010-2014 perlu dirumuskan suatu pendekatan baru (terobosan) yang dapat membantu mempercepat penanganan berbagai isu-isu tersebut. Pendekatan baru tersebut sangat diperlukan, sehingga pembangunan kesehatan lebih dinamis dalam merespon dengan cepat perkembangan-perkembangan terbaru.

5. Keterkaitan antara berbagai dokumen perencanaan seperti RPJMN, RKP, Renstra Kementerian/Lembaga, Rencana Kerja Kementerian/ Lembaga (Renja K/L), serta Rincian Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga (RKA K/L) perlu dijaga dengan baik sehingga terjadi konsistensi antara perencanaan, pelaksanaan dan pencapaian sasaran RPJMN. Keterkaitan ini menjadi salah satu kunci utama dalam menjaga sasaran yang ingin dicapai melalui serangkaian intervensi sesuai dengan perencanaan awal. Secara praktis tahap awal yang perlu dijaga konsistensinya adalah menerjemahkan arah kebijakan (dan sasaran sampai pada tingkat tertentu) ke dalam program, kegiatan dan indikator RPJMN 2010-2014 dan penjabarannya dalam RKP, RKA K/L dan Renja K/L.

DAFTAR PUSTAKA

1. Aram, M. 2007. *Pro-poor targeting and the effectiveness of Indonesia's fuel subsidy reallocation programs. Preliminary analysis of Susenas 2006 poverty programs panel and Governance and Decentralization Survey* 2. World Bank Office Jakarta
2. Aswatini, Mita Noveria dan Fitranita. 2008. *Pola Dan Perilaku Konsumsi Sayur Dan Buah Di Masyarakat Serta Strategi Promosi Peningkatannya*. Makalah disampaikan pada Pra WNPG Pokja Pola Hidup Sehat di Bappenas, 6 Juni 2008
3. Atmarita dan Fallah, T. *Analisis Situasi Gizi di Indonesia*. Proceeding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII tahun 2004
4. Bappenas 2004. *Laporan Kajian Pembiayaan di Era Desentralisasi*
5. Bappenas, 2004. *Kebijakan Perencanaan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Penduduk Miskin*.
6. Bappenas. 2005. *Kajian Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan*.
7. Bappenas, 2006. *Preliminary Damage and Loss Assessment: Yogyakarta and Central Java Natural Disaster*. A joint report of BAPPENAS, the Provincial and Local Governments of D.I. Yogyakarta, the Provincial and Local Governments of Central Java, and international partners
8. Bappenas 2007. *Laporan Pencapaian Millenium Development Goals 2007*.
9. Bappenas. 2007a. *Rancang Bangun Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu untuk Mencapai Sasaran Millenium Development Goals*
10. Bappenas 2008. *Pembiayaan Pencapaian MDGs di Indonesia*.
11. Bappenas 2008b. *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010*
12. Bappenas, 2008c. *Strategi Nasional Pengembangan Anak Usia Dini*
13. Bappenas. 2008d. *National Development Planning Response to Climate Change*
14. Bappenas, BPS dan UNFPA. 2006. *Proyeksi Penduduk Indonesia 2005-2025*.
15. Badan Pusat Statistik (BPS) dan ORC Macro. 2003. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003*, Calverton, Maryland, USA: ORC Macro.
16. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan, dan Measure DHS. 2007. *Laporan Sementara Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*
17. Cahudhury, N. Et. al . 2005. *Missing in Action: Teacher and Health Worker Absence in Developing Countries*. Revised JEP version
18. Caselli, Graziella, 1991. *Health transition and cause specific mortality*, in : Roger Schofield, David Reher and Alain Bideau (eds.), *The decline of mortality in Europe*, p. 68-96. – Oxford, Clarendon Press, 270 p.
19. Choi, Y., Friedman, J., Heywood, P., and Kosen, S. (2006). *Forthcoming: Forecasting Health Care Demand in Middle-Income Country: Disease Transition in East and Central Java, Indonesia*. Research Working Paper. Washington, DC.:World Bank

20. CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
21. Departemen Kesehatan, 2004. *Sistem Kesehatan Nasional*
22. Departemen Kesehatan. 2006. *Buku Saku Anggaran*. Biro Perencanaan dan Anggaran.
23. Departemen Kesehatan. 2007. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2006*
24. Departemen Kesehatan. 2007a. *Buku Saku Anggaran*. Biro Perencanaan dan Anggaran.
25. Departemen Kesehatan. 2008. *Laporan Hasil Riset Kesehatan dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2007*.
26. ECDKN. 2007. *Early child development: a powerful equalizer*. Final report of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
27. Friedman, J., Choi, H., Heywood, P., and Kosen, S. (2006). *“Forecasting Healthcare Demand in Middle Income Countries: Disease Transitions in Central and East Java, Indonesia”*. September 2006 Draft, World Bank
28. Gani, A. et. al 2008: *Kajian Sistem Pembiayaan Kesehatan di Beberapa Kabupaten/Kota*. Laporan Awal
29. Gottret, P. and Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited: A Practitioner’s Guide*. Washington, DC: World Bank
30. Green LW, Kreuter MW. 1991. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach (Second Ed.)* Mountain View, Cal.: Mayfield, 1991.
31. Kristiansen S. and P. Santoso. 2006. *Surviving decentralization? Impacts of regional autonomy on health service provision in Indonesia* *Health Policy* 77 (2006) 247-259
32. National Health Performance Committee 2000. *National Health Performance Framework*. Australian Institute of Health and Welfare.
33. NHPC (National Health Performance Committee) 2000. *National Health Performance Framework*. Australian Institute of Health and Welfare
34. Omran A R., 1971. *The Epidemiologic Transition : a theory of the epidemiology of population change*, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, no 4, p. 509-538.
35. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2005 *Tentang Rencana Induk Rehabilitasi Dan Rekonstruksi Wilayah Dan Kehidupan Masyarakat Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam Dan Kepulauan Nias Provinsi Sumatera Utara*
36. Performance-Based Management Special Interest Group (PBM SIG). 2001. *The Performance-Based Management Handbook*. Volume 2: Establishing an Integrated Performance Measurement System. Oak Ridge Institute for Science and Education. USA
37. Republik Indonesia. *Undang-Undang No 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2025*

38. Republik Indonesia. *Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*
39. Stern N, 2006. *The Economics of Climate Change*. The Stern Review. Cabinet Office–HM Treasury. Cambridge University Press
40. Wagstaff , A. and Claeson, M. (2004). *The Millennium Development Goals for Health: Rising To The Challenges*. Washington, DC. : World Bank
41. Whitehead, M. 2000. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe
42. WHO, 2000. *2000 World Health Report: Health System: Improving Performance*
43. WHO, 2002. *2002 World Health Report: Health System: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*
44. WHO, 2005. *2005 World Health Report: Make Every Mother and Child Count*
45. WHO, 2006. *2006 World Health Report: Working Together for health*
46. World Bank 2006. *World Development Report 2006: Equity and Development*. Oxford University Press, NY
47. World Bank 2006: *Reposition Nutrition as Central to Development*
48. World Bank 2007. *Global Monitoring Report 2007. MDG: Confronting the Challenges of Gender Equality and Fragile States*
49. World Bank 2008a. *Health Public Expenditure Review 2008: Investing in Indonesia's Health. Challenges and Opportunities for Future Public Spending*
50. World Bank 2008b. *Achieving Universal Health Coverage*. Draft version 2, 16 Desember 2008
51. World Bank, 2008c. *Indonesia's Doctors, Midwives and Nurses; Current Stock, Increasing Needs, Future Challenges and Options*. A review of the Health Work Force in Indonesia Health Financing Study. Forthcoming

LAMPIRAN

Lampiran 1. Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKBA) di tingkat propinsi 2007 (SDKI 2007)

Angka Kematian Bayi (AKB)

Propinsi	AKB	Propinsi	AKB
Nangroe Aceh Darussalam	25	Nusa Tenggara Barat	72
Sumatera Utara	46	Nusa Tenggara Timur	57
Sumatera Barat	47	Kalimantan Barat	46
Riau	37	Kalimantan Tengah	30
Jambi	39	Kalimantan Selatan	58
Sumatera Selatan	42	Kalimantan Timur	26
Bengkulu	46	Sulawesi Utara	35
Lampung	43	Sulawesi Tengah	60
Bangka Belitung	39	Sulawesi Selatan	41
Kepulauan Riau	43	Sulawesi Tenggara	41
DKI Jakarta	28	Gorontalo	52
Jawa Barat	39	Sulawesi Barat	74
Jawa Tengah	26	Maluku	59
D.I. Yogyakarta	19	Maluku Utara	51
Jawa Timur	35	Papua	41
Banten	46	Irian Jaya Barat	36
Bali	34		
Indonesia			34

Angka Kematian Balita (AKBA)

Propinsi	AKBA	Propinsi	AKBA
Nangroe Aceh Darussalam	45	Nusa Tenggara Barat	92
Sumatera Utara		Nusa Tenggara Timur	80
	67	Kalimantan Barat	59
Sumatera Barat	62	Kalimantan Tengah	34
Riau	47	Kalimantan Selatan	75
Jambi	47	Kalimantan Timur	38
Sumatera Selatan	52	Sulawesi Utara	43
Bengkulu	65	Sulawesi Tengah	69
Lampung	55	Sulawesi Selatan	58
Bangka Belitung	46	Sulawesi Tenggara	62
Kepulauan Riau	58	Gorontalo	69
DKI Jakarta	36	Sulawesi Barat	96
Jawa Barat	49	Maluku	93
Jawa Tengah	32	Maluku Utara	74
D.I. Yogyakarta	22	Papua	64
Jawa Timur	45	Irian Jaya Barat	62
Banten	58		
Bali	38		
Indonesia			44

Sumber: SDKI 2007

Lampiran 2. Anak Balita yang mendapatkan imunisasi campak menurut propinsi tahun 2007 (Susenat 2007)

Propinsi	imunisasi campak (persen)	Propinsi	Imunisasi campak (persen)
Nangroe Aceh Darussalam	66,98	Nusa Tenggara Barat	81,11
Sumatera Utara	64,99	Nusa Tenggara Timur	79,53
Sumatera Barat	70,08	Kalimantan Barat	66,32
Riau	73,17	Kalimantan Tengah	71,38
Jambi	75,88	Kalimantan Selatan	70,48
Sumatera Selatan	76,49	Kalimantan Timur	79,41
Bengkulu	79,32	Sulawesi Utara	78,26
Lampung	77,57	Sulawesi Tengah	70,63
Bangka Belitung	77,86	Sulawesi Selatan	72,65
Kepulauan Riau	81,11	Sulawesi Tenggara	75,88
DKI Jakarta	82,98	Gorontalo	79,61
Jawa Barat	77,37	Sulawesi Barat	67,13
Jawa Tengah	80,74	Maluku	70,39
D.I. Yogyakarta	81,87	Maluku Utara	69,81
Jawa Timur	78,47	Papua	65,76
Banten	70,64	Irian Jaya Barat	67,88
Bali	80,26		
Indonesia			75,90

Lampiran 3. Persentase Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan menurut Propinsi tahun 2007 (Susenas 2007)

Propinsi	Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (persen)	Propinsi	Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (persen)
Nangroe Aceh Darussalam Sumatera Utara	80,40	Nusa Tenggara Barat	69,86
Sumatera Barat	84,00	Nusa Tenggara Timur	42,47
Riau	85,77	Kalimantan Barat	59,21
Jambi	76,25	Kalimantan Tengah	60,92
Sumatera Selatan	66,78	Kalimantan Selatan	72,11
Bengkulu	73,49	Kalimantan Timur	80,08
Lampung	78,25	Sulawesi Utara	83,23
Bangka Belitung	70,93	Sulawesi Tengah	58,24
Kepulauan Riau	80,34	Sulawesi Selatan	62,77
DKI Jakarta	89,87	Sulawesi Tenggara	46,36
Jawa Barat	97,62	Gorontalo	57,56
Jawa Tengah	61,78	Sulawesi Barat	43,50
D.I. Yogyakarta	79,88	Maluku	41,13
Jawa Timur	95,49	Maluku Utara	37,97
Banten	81,87	Papua	55,99
Bali	64,06	Irian Jaya Barat	52,27
Indonesia	93,73		72,53

Lampiran 4. Prevalensi Kekurangan Gizi (BB/U) menurut propinsi tahun 2007
(Riskesdas 2007)

Propinsi	Gizi	Gizi	Gizi	Propinsi	Gizi	Gizi	Gizi
	Kurang	Buruk	Kurang + Gizi Buruk		Kurang	Buruk	Kurang + Gizi Buruk
	%	%	%		%	%	%
NAD	15.8	10.7	26.5	Nusa Tenggara Barat	16.7	8.1	24.8
Sumatera Utara	14.3	8.4	22.7	Nusa Tenggara Timur	24.2	9.4	33.6
Sumatera Barat	14.3	5.9	20.2	Kalimantan Barat	14.0	8.5	22.5
Riau	13.9	7.5	21.4	Kalimantan Tengah	16.1	8.1	24.2
Jambi	12.6	6.3	18.9	Kalimantan Selatan	18.2	8.4	26.6
Sumatera Selatan	11.7	6.5	18.2	Kalimantan Timur	13.1	6.2	19.3
Bengkulu	11.9	4.8	16.7	Sulawesi Utara	11.5	4.3	15.8
Lampung	11.8	5.7	17.5	Sulawesi Tengah	18.7	8.9	27.6
Bangka Belitung	13.7	4.6	18.3	Sulawesi Selatan	12.5	5.1	17.6
Kepulauan Riau	9.4	3.0	12.4	Sulawesi Tenggara	15.9	6.8	22.7
DKI Jakarta	10.0	2.9	12.9	Gorontalo	17.2	8.2	25.4
Jawa Barat	11.3	3.7	15.0	Sulawesi Barat	15.4	10.0	25.4
Jawa Tengah	12.0	4.0	16.0	Maluku	18.5	9.3	27.8
D.I. Yogyakarta	8.5	2.4	10.9	Maluku Utara	16.1	6.7	22.8
Jawa Timur	12.6	4.8	17.4	Papua Barat	16.4	6.8	23.2
Banten	12.2	4.4	16.6	Papua	14.6	6.6	21.2
Bali	8.2	3.2	11.4				
Indonesia					13,0	5,4	18,4

Lampiran 5. Persentase penduduk usia 10 tahun ke atas yang merokok dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap per propinsi tahun 2007

Propinsi	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Perokok saat ini	Propinsi	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Perokok saat ini
NAD	23.0	6.7	29.7	NTB	25.2	4.9	30.1
Sumatra Utara	23.3	5.5	28.8	NTT	22.2	6.5	28.7
Sumatra Barat	25.7	4.5	30.2	Kalimantan Barat	21.7	5.5	27.2
Riau	24.4	6.0	30.4	Kalimantan Tengah	23.1	5.8	28.9
Jambi	24.5	5.0	29.4	Kalimantan Selatan	20.1	4.1	24.2
Sumatra Selatan	25.4	6.3	31.7	Kalimantan Timur	21.4	4.4	25.7
Bengkulu	29.5	4.6	34.1	Sulawesi Utara	24.6	5.7	30.3
Lampung	28.8	5.6	34.3	Sulawesi Tengah	24.6	6.1	30.7
Bangka Belitung	24.6	3.6	28.2	Sulawesi Selatan	20.9	4.6	25.5
Kepulauan Riau	22.4	4.6	27.0	Sulawesi Tenggara	19.8	6.5	26.4
DKI Jakarta	20.8	7.0	27.8	Gorontalo	27.1	5.5	32.6
Jawa Barat	26.6	5.8	32.4	Sulawesi Barat	20.1	5.3	25.3
Jawa Tengah	24.3	6.4	30.7	Maluku	19.2	6.6	25.8
DI Yogyakarta	23.8	6.0	29.8	Maluku Utara	23.9	6.3	30.2
Jawa Timur	24.3	4.8	29.1	Papua Barat	19.5	7.4	26.9
Banten	25.8	5.5	31.2	Papua	22.0	5.8	27.8
Bali	20.1	4.8	24.9				
				Indonesia	23.7	5.5	29.2

Lampiran 6. Konsumsi Kalori dan Protein

Rata-Rata Konsumsi Kalori (Gram) Per Kapita / Hari menurut Kelompok Makanan

KELOMPOK MAKANAN	2002 *	2002	2003 *	2004 *	2005 *	2005	2006 *	2007 *
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1. Padi-padian	1 039,91	1 038,86	1 035,07	1 024,08	997,31	1 009,13	992,93	953,16
2. Umbi-umbian	55,43	55,43	55,62	66,91	60,40	56,01	51,08	52,49
3. Ikan	42,53	42,67	46,91	45,05	46,98	47,59	44,56	46,17
4. Daging	35,01	35,00	41,71	39,73	39,34	41,45	31,27	41,89
5. Telur dan Susu	39,63	39,64	37,83	40,47	43,67	47,17	43,35	56,96
6. Sayur-sayuran	37,44	37,40	40,95	38,80	40,04	38,72	40,20	46,39
7. Kacang-kacangan	71,66	71,52	63,93	62,24	65,70	69,97	64,42	73,02
8. Buah-buahan	40,75	40,67	42,75	41,61	45,19	39,85	36,95	49,08
9. Minyak dan Lemak	246,66	246,93	241,70	236,67	243,00	241,87	234,50	246,34
10. Bahan minuman	120,00	120,18	115,54	114,75	115,27	110,73	103,69	113,94
11. Bumbu-bumbuan	18,28	18,24	15,89	16,41	18,44	19,25	18,81	17,96
12. Konsumsi lainnya	41,66	41,59	39,60	40,16	49,07	52,84	48,14	70,93
13. Makanan jadi	198,09	197,61	212,31	219,09	232,35	233,08	216,83	246,04
14. Minuman mengandung alkohol	0,09	**)	0,09	0,09	0,07	**)	**)	**)
TOTAL	1 987,14	1 985,73	1 989,90	1 986,06	1 996,83	2 007,65	1 926,73	2 014,91
PERKOTAAN	1 954,30	1 953,41	1 950,30	1 941,90	1 922,00	1 964,00	1 892,40	1 977,01
PERDESAAN	2 013,40	2 011,52	2 018,70	2 019,70	2 060,70	2 042,00	1 953,80	2 050,33

Catatan: *) Bersumber dari Susenas Panel

***) sudah digabung ke dalam kelompok makanan jadi

Rata-Rata Konsumsi Protein (Gram) Per Kapita / Hari Menurut Kelompok Makanan

KELOMPOK MAKANAN	2002 *	2002	2003 *	2004 *	2005 *	2005	2006 *	2007 *
1. Padi-padian	24,42	24,40	24,29	24,05	23,42	23,69	23,33	22,43
2. Umbi-umbian	0,43	0,43	0,44	0,53	0,47	0,45	0,41	0,40
3. Ikan	7,17	7,20	7,91	7,65	7,92	8,02	7,49	7,77
4. Daging	2,26	2,26	2,62	2,54	2,47	2,61	1,95	2,62
5. Telur dan Susu	2,33	2,33	2,22	2,38	2,56	2,71	2,51	3,23
6. Sayur-sayuran	2,49	2,49	2,75	2,57	2,64	2,52	2,66	3,02
7. Kacang-kacangan	6,36	6,35	5,85	5,52	5,78	6,31	5,88	6,51
8. Buah-buahan	0,45	0,45	0,46	0,43	0,50	0,43	0,39	0,57
9. Minyak dan Lemak	0,53	0,53	0,54	0,48	0,50	0,48	0,45	0,46
10. Bahan minuman	1,13	1,13	1,01	1,03	1,09	1,08	1,00	1,13
11. Bumbu-bumbuan	0,79	0,78	0,69	0,71	0,78	0,82	0,81	0,76
12. Konsumsi lainnya	0,75	0,75	0,74	0,76	0,92	1,03	0,95	1,43
13. Makanan jadi	5,34	5,33	5,84	6,01	6,24	6,44	5,83	7,33
TOTAL	54,45	54,42	55,36	54,66	55,29	56,59	53,66	57,66
PERKOTAAN	55,99	55,98	56,7	55,89	55,26	58,32	55	59,17
PERDESAAN	53,22	53,19	54,4	53,69	55,28	55,23	52,6	56,25

Catatan: *) Bersumber dari Susenas Panel

Lampiran 7. Persentase Balita yang mendapat Imunisasi Dasar menurut Provinsi, Jenis Imunisasi dan Tipe Daerah, 2007

Provinsi	BCG	DPT	Polio	Campak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nanggroe Aceh Darussalam	75,64	73,09	83,06	66,98
Sumatera Utara	79,54	76,92	84,10	64,99
Sumatera Barat	85,76	82,22	85,09	70,08
R i a u	86,83	84,04	87,73	73,17
J a m b i	88,68	86,38	87,50	75,88
Sumatera Selatan	89,28	85,75	88,84	76,49
Bengkulu	92,33	90,98	90,95	79,32
Lampung	91,46	88,01	89,91	77,57
Bangka Belitung	88,57	86,19	88,97	77,86
Kepulauan Riau	93,42	90,23	91,83	81,11
DKI Jakarta	96,60	94,61	94,50	82,98
Jawa Barat	91,14	87,32	92,47	77,37
Jawa Tengah	95,29	92,68	93,87	80,74
DI Yogyakarta	99,00	95,81	96,27	81,87
Jawa Timur	91,43	88,38	91,10	78,47
Banten	83,12	80,49	88,93	70,64
B a l i	95,83	93,42	93,84	80,26
Nusa Tenggara Barat	94,04	90,90	90,84	81,11
Nusa Tenggara Timur	90,99	88,80	89,12	79,53
Kalimantan Barat	81,35	78,28	80,56	66,32
Kalimantan Tengah	81,74	80,34	82,50	71,38
Kalimantan Selatan	87,16	83,61	84,43	70,48
Kalimantan Timur	92,66	90,23	91,23	79,41
Sulawesi Utara	95,30	91,92	91,58	78,26
Sulawesi Tengah	83,81	80,92	85,05	70,63
Sulawesi Selatan	86,43	83,28	85,53	72,65
Sulawesi Tenggara	86,58	84,59	85,73	75,88
Gorontalo	90,13	86,84	88,94	79,61
Sulawesi Barat	74,97	72,36	78,07	67,13
Maluku	78,88	77,20	81,37	70,39
Maluku Utara	77,18	73,92	80,38	69,81
Papua Barat	86,50	83,76	85,44	65,76
Papua	80,23	78,74	80,54	67,88
Indonesia	89,40	86,44	89,67	75,90

Sumber : Survei Sosial Ekonomi Nasional 2007

Lampiran 8. Jumlah dokter, bidan dan perawat di Indonesia menurut propinsi tahun 1996 dan 2006

Propinsi	Dokter		Bidan		Perawat	
	1996	2006	1996	2006	1996	2006
Naggroe Aceh Darussalam	564	820	3.248	4.475	3.248	2.158
Sumatera Utara	2.042	2.761	7.939	7.142	7.939	3.314
Sumatera Barat	903	1.013	3.212	2.723	3.212	779
Riau	558	903	2.130	1.616	2.130	1.046
Jambi	345	537	1.576	1.270	1.576	853
Sumatera Selatan	1.093	1.002	3.638	3.048	3.638	1.388
Bengkulu	217	311	1.243	1.287	1.243	587
Lampung	486	710	2.119	2.302	2.119	1.437
Bangka Belitung	-	187	-	346	-	321
Kepulauan Riau	-	287	-	436	-	360
DKI Jakarta	3.591	2.893	1.826	907	1.826	130
Jawa Barat	5.090	5.531	11.710	8.615	11.710	6.101
Jawa Tengah	4.181	5.356	10.048	9.973	10.048	5.899
D.I. Yogyakarta	1.006	1.307	1.786	792	1.786	747
Jawa Timur	4.763	6.410	11.236	10.294	11.236	5.786
Banten	-	1.069	-	2.018	-	1.088
Bali	1.004	1.378	2.147	1.156	2.147	1.072
Nusa Tenggara Barat	248	502	1.659	1.096	1.659	1.428
Nusa Tenggara Timur	249	494	2.555	3.077	2.555	2.168
Kalimantan Barat	350	445	2.064	1.367	2.064	1.415
Kalimantan Tengah	219	317	1.821	1.125	1.821	1.353
Kalimantan Selatan	418	520	2.109	1.778	2.109	1.224
Kalimantan Timur	511	711	2.032	1.152	2.032	1.305
Sulawesi Utara	770	937	3.290	1.273	3.290	1.913
Sulawesi Tengah	325	360	2.258	1.541	2.258	988
Sulawesi Selatan	1.374	1.659	5.275	3.242	5.275	2.340
Gorontalo	-	173	-	374	-	429
Maluku	269	176	2.323	1.009	2.323	937
Maluku Utara	324	146	3.604	712	3.604	531
Papua	-	463	-	2.084	-	2.926