

**RENCANA PEMBANGUNAN
JANGKA PANJANG BIDANG KESEHATAN
2005 - 2025**

**DEPARTEMEN KESEHATAN RI
JAKARTA, 2009**

KATA PENGANTAR

Dalam Undang-undang Nomor. 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) Tahun 2005-2025 tercantum 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. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berdasarkan perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain: ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut dan keluarga miskin. Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui: peningkatan upaya kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan yang ditandai oleh peningkatan pengawasan, dan pemberdayaan masyarakat serta manajemen kesehatan.

Dalam upaya menjamin keberhasilan dan kesinambungan pembangunan kesehatan, maka disusun Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) Tahun 2005-2025 sebagai penjabaran dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) Tahun 2005-2025. RPJP-K Tahun 2005-2025 yang berisi dasar, visi, misi dan arah pembangunan kesehatan yang merupakan pedoman bagi pemerintah dan masyarakat termasuk swasta dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Indonesia 20 tahun ke depan sampai tahun 2025. RPJP-K Tahun 2005-2025 sebagai dokumen kebijakan pembangunan kesehatan adalah satu kesatuan yang tak terpisahkan dengan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) sebagai bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Dengan disusunnya RPJP-K Tahun 2005-2025, maka dapat dijadikan arah dan acuan dalam penyusunan rencana pembangunan jangka menengah bidang kesehatan, seperti: Rencana Pembangunan Kesehatan (Renbangkes), Rencana

Strategis (Renstra) dan Rencana Kerja (Renja) Departemen Kesehatan.

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) tahun 2005-2025 bersama dengan Rencana Pembangunan Kesehatan (Renbangkes) dan Renstra Depkes, juga menjadi acuan dan pedoman dalam penyusunan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJP-D), Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJM-D) dan Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan di Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Dalam penyusunan RPJP-K Tahun 2005-2025, melibatkan berbagai pihak terkait (stakeholders), yang meliputi: sektor kesehatan di pusat dan daerah, lintas sektor, lembaga swadaya masyarakat, dunia usaha, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, akademisi dan para pakar serta media massa.

Perkenankan pada kesempatan ini, saya menyampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah berperan aktif dan memberikan masukan serta berkontribusi positif dalam penyusunan RPJP-K Tahun 2005-2025 ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa selalu melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua dalam penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan menuju terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Indonesia.

Jakarta, April 2009

Menteri Kesehatan RI,

Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP(K).

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
I. PENDAHULUAN.....	1
A. PENGANTAR	1
B. PENGERTIAN	1
C. MAKSUD DAN KEGUNAAN	2
D. LANDASAN	2
E. TATA URUT	7
II. PERKEMBANGAN DAN TANTANGAN	
PEMBANGUNAN KESEHATAN	8
A. PERKEMBANGAN PEMBANGUNAN	
KESEHATAN.....	8
B. TANTANGAN PEMBANGUNAN KESEHATAN....	19
III. DASAR, VISI, DAN MISI PEMBANGUNAN	
KESEHATAN TAHUN 2005-2025.....	25
A. DASAR PEMBANGUNAN KESEHATAN	25
B. VISI	28
C. MISI.....	30

IV. ARAH PEMBANGUNAN JANGKA PANJANG	
BIDANG KESEHATAN 2005-2025.....	34
A. TUJUAN DAN SASARAN	34
B. STRATEGI PEMBANGUNAN KESEHATAN	35
C. UPAYA POKOK PEMBANGUNAN KESEHATAN.	41
V. KEBUTUHAN SUMBER DAYA	66
A. SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN.....	66
B. PEMBIAYAAN KESEHATAN.....	67
C. SEDIAAN FARMASI DAN ALAT KESEHATAN	68
D. ILMU PENGETAHUNAN DAN TEKNOLOGI (IPTEK) KESEHATAN.....	69
VI. PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN.....	72
VII. PENUTUP.....	75
LAMPIRAN.....	76
KONTRIBUTOR.....	78

BAB I PENDAHULUAN

A. PENGANTAR

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) Tahun 2005 – 2025 merupakan penjabaran dari tujuan dibentuknya Pemerintahan Negara Indonesia yang tercantum dalam Pembukaan Undang-undang Dasar (UUD) 1945, yaitu untuk: 1) melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia; 2) memajukan kesejahteraan umum; 3) mencerdaskan kehidupan bangsa; dan 4) ikut menciptakan ketertiban dunia berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial dalam bentuk rumusan visi, misi dan arah Pembangunan Nasional.

Arah pembangunan kesehatan jangka panjang juga sudah tercantum secara ringkas dalam RPJPN tersebut. Untuk dapat memberikan kejelasan yang lebih spesifik dari arah pembangunan kesehatan termaksud, maka dipandang perlu ditetapkan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) Tahun 2005 – 2025.

B. PENGERTIAN

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) Tahun 2005 – 2025 adalah rencana pembangunan nasional di bidang kesehatan, yang merupakan penjabaran dari RPJPN Tahun 2005 – 2025,

dalam bentuk dasar, visi, misi, arah dan kebutuhan sumber daya pembangunan nasional di bidang kesehatan untuk masa 20 tahun ke depan, yang mencakup kurun waktu sejak tahun 2005 sampai dengan tahun 2025.

C. MAKSUD DAN KEGUNAAN

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) Tahun 2005 - 2025 sebagai rencana pembangunan kesehatan nasional di bidang kesehatan untuk jangka waktu 20 tahun ke depan sampai dengan tahun 2025, ditetapkan dengan maksud memberikan arah sekaligus menjadi acuan bagi pemerintah dan masyarakat termasuk swasta dalam mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan sesuai dengan dasar, visi, misi dan arah pembangunan kesehatan yang telah disepakati. Dengan demikian diharapkan seluruh upaya yang dilakukan oleh masing-masing pelaku pembangunan kesehatan dapat bersinergi dan saling melengkapi antara satu pelaku dengan pelaku pembangunan kesehatan lainnya. Dalam kaitan ini Sistem Kesehatan Nasional sebagai bentuk dan cara penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan perlu mengacu pada RPJPK Tahun 2005 - 2025 ini.

D. LANDASAN

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) Tahun 2005 – 2025 adalah rencana pembangunan nasional di bidang kesehatan, yang merupakan penjabaran dari RPJPN Tahun 2005-2025. Dalam kaitan ini landasan penyelenggaraan

pembangunan kesehatan nasional tersebut meliputi terutama:

1. **Landasan Idiil** yaitu Pancasila

Substansi dari Pancasila mempunyai kebenaran yang universal dari bangsa Indonesia dahulu, sekarang dan di masa yang akan datang. Kelima sila Pancasila: Ketuhanan yang Maha Esa, Kemanusiaan yang adil dan beradab, Persatuan Indonesia dan Kerakyatan yang dipimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam permusyawaratan perwakilan serta dengan mewujudkan suatu Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia merupakan landasan idiil yang kuat bagi pembangunan kesehatan.

2. **Landasan Konstitusional** yaitu UUD 1945, khususnya :

- a. Pasal 28 A : Setiap orang berhak untuk hidup serta mempertahankan hidup dan kehidupannya.
- b. Pasal 28 H : Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
- c. Pasal 28 C : Setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan ketentuan dasarnya, berhak mendapatkan pendidikan dan memperoleh manfaat dari alam pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidup dan demi kesejahteraan umat manusia.

- d. Pasal 28 B :Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi
 - e. Pasal 34 ayat 2 : Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.
 - f. Pasal 34 ayat 3 : Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.
3. **Landasan Operasional** meliputi seluruh ketentuan peraturan perundangan yang berkaitan penyelenggaraan pembangunan kesehatan, terutama:
- a. Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat (MPR) Republik Indonesia Nomor VII Tahun 2001 tentang Visi Indonesia Masa Depan. Dalam ketetapan ini ditetapkan Visi Indonesia Masa Depan terdiri dari tiga visi yaitu: 1) Visi ideal yaitu cita-cita luhur sebagaimana termaktub dalam pembukaan Undang-undang Dasar Tahun 1945, 2) Visi antara yaitu visi Indonesia 2020 yang berlaku sampai dengan tahun 2020, dan 3) Visi lima tahunan sebagai mana termaksud dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah.
 - b. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Dalam hal Undang-undang ini antara lain ditetapkan bahwa pengelolaan kesehatan meliputi kegiatan perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pengendalian program serta sumber daya yang dapat menunjang peningkatan upaya kesehatan (Pasal 67 ayat 2)

- c. Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional. Dalam Undang-undang ini antara lain ditetapkan bahwa perencanaan adalah suatu proses untuk menentukan tindakan masa depan yang tepat, melalui urutan pilihan dengan mempertimbangkan sumber daya yang tersedia. Dalam Undang-undang ini juga ditetapkan bahwa dalam sistem perencanaan tersebut mencakup lima pendekatan dalam seluruh rangkaian perencanaan, yaitu: 1) politis, 2) teknokratik, 3) partisipatif, 4) atas-bawah, dan 5) bawah-atas
- d. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Dalam Undang-undang ini antara lain ditetapkan bahwa pengaturan praktik kedokteran ini bertujuan untuk: 1) memberikan perlindungan kepada pasien, 2) mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis yang diterapkan oleh dokter dan dokter gigi, dan 3) memberikan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter dan dokter gigi (Pasal 3). Dalam pasal 71 ditetapkan bahwa pemerintah daerah, organisasi profesi membina serta mengawasi praktik kedokteran sesuai dengan fungsi dan tugas masing-masing.
- e. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dalam Undang-undang ini antara lain ditetapkan bahwa sistem ini bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarga (Pasal 3). Jenis program jaminan sosial ini meliputi jaminan: 1)

- kesehatan, 2) keselamatan kerja, 3) hari tua, 4) pensiunan, dan 5) kematian (Pasal 18)
- f. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Dalam Undang-undang ini antara lain ditetapkan bahwa urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah terdiri atas urusan wajib dan urusan pilihan. Penyelenggaraan pemerintahan yang bersifat wajib berpedoman pada standar pelayanan minimal yang dilaksanakan secara bertahap dan ditetapkan oleh Pemerintah. Dalam pasal 13 ditetapkan bahwa urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah provinsi merupakan urusan dalam skala provinsi yang meliputi, antara lain penanganan bidang kesehatan. Demikian pula dalam pasal 14 ditetapkan bahwa urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah Kabupaten/Kota meliputi antara lain penanganan bidang kesehatan.
- g. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Perencanaan Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025. Dalam Undang-undang ini antara lain telah ditetapkan Visi, Misi, Arah, Tahapan dan Prioritas Pembangunan Nasional Jangka Panjang. Pembangunan kesehatan dalam undang-undang ini merupakan bagian dari pembangunan sumber daya manusia. Dalam Undang-undang ini telah ditetapkan arah, dasar, langkah peningkatan, faktor lingkungan, penekanan dan wawasan pembangunan kesehatan serta pembangunan dan perbaikan gizi.

Dalam Lampiran 1 dikemukakan pula beberapa peraturan perundangan yang lebih operasional dan spesifik untuk mendukung pelaksanaan dari RPJPK ini.

E. TATA URUT DOKUMEN RPJPK

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) Tahun 2005 – 2025 disusun dengan tata urut sebagai berikut:

BAB I	PENDAHULUAN
BAB II	PERKEMBANGAN DAN TANTANGAN PEMBANGUNAN KESEHATAN
BAB III	DASAR, VISI, DAN MISI PEMBANGUNAN KESEHATAN TAHUN 2005 – 2025
BAB IV	ARAH PEMBANGUNAN JANGKA PANJANG BIDANG KESEHATAN 2005- 2025
BAB V	KEBUTUHAN SUMBER DAYA
BAB VI	PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN
BAB VII	PENUTUP

BAB II

PERKEMBANGAN DAN TANTANGAN PEMBANGUNAN KESEHATAN

A. PERKEMBANGAN PEMBANGUNAN KESEHATAN

Undang-undang Dasar 1945 dan Konstitusi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) serta Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

Dalam Undang-undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang RPJPN Tahun 2005 – 2025 juga dinyatakan bahwa dalam rangka mewujudkan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas dan berdaya saing, maka kesehatan bersama-sama dengan pendidikan dan peningkatan daya beli keluarga/masyarakat adalah tiga pilar utama untuk meningkatkan kualitas SDM dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia.

SDM yang berkualitas merupakan subjek dan sekaligus objek pembangunan. Kualitas SDM menjadi semakin baik yang antara lain ditandai dengan meningkatnya nilai Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia dari 0,586 pada tahun 2000 pada peringkat ke-112 dari 175 negara menjadi 0,728 pada tahun 2007 pada peringkat ke-107 dari 177 negara.

Prospek kedepan pembangunan SDM diarahkan pada peningkatan kualitas SDM, yang ditandai dengan

meningkatnya IPM dan Indeks Pembangunan Gender (IPG), serta tercapainya penduduk tumbuh seimbang di Indonesia.

Pembangunan kesehatan merupakan investasi dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Indikator kesehatan yang menjadi bagian dari Indeks Pembangunan Manusia (IPM) telah dapat ditingkatkan. Pembangunan kesehatan telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara bermakna. Derajat kesehatan masyarakat telah menunjukkan perbaikan seperti dapat dilihat dari angka kematian bayi, angka kematian ibu melahirkan dan umur harapan hidup.

Angka kematian bayi (AKB) menurun dari 46 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1997 dan menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI 2007). Demikian juga angka kematian ibu (AKI) melahirkan menurun dari 334 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI 2007). Sejalan dengan penurunan angka kematian bayi, umur harapan hidup (UHH) meningkat dari 68,6 tahun pada tahun 2004 menjadi 70,5 tahun pada tahun 2009. Prevalensi gizi kurang pada balita, menurun dari 25,8% pada akhir tahun 2003 menjadi sebesar 18,4 % pada tahun 2007 (Riskesdas 2007).

1. Upaya Kesehatan

Dalam upaya percepatan penurunan angka kematian ibu (AKI), pada tahun 2007 telah dikembangkan

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) di hampir seluruh kabupaten/kota. Sejalan dengan itu kunjungan *antenatal care* (K-1) telah meningkat dari 88,9% pada tahun 2004, menjadi 92,06% pada tahun 2007. Kunjungan *antenatal care* (K-4) juga meningkat dari 77% pada tahun 2004 menjadi 81,75% pada tahun 2007. Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan meningkat dari 74,3% pada tahun 2004 menjadi 79,32% pada tahun 2007. Sedangkan kunjungan neonatal (KN) meningkat dari 61% pada tahun 2004 menjadi 85,1% pada tahun 2007. Sejak tahun 2005, telah dilaksanakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin yang dimulai dengan 36,1 juta penduduk miskin. Jumlah penduduk miskin yang dijamin Pemerintah terus meningkat, dan pada tahun 2008 jumlah penduduk yang dicakup mencapai 76,4 juta termasuk penduduk hampir miskin dan tidak mampu.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan didukung dengan ketersediaan berbagai fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit pemerintah dan swasta berjumlah 1.268 buah pada tahun 2005, dan bertambah menjadi 1.319 buah pada tahun 2007. Sementara itu, Puskesmas berjumlah 7.669 buah pada tahun 2005 dan bertambah menjadi 8.114 buah pada tahun 2007. Jumlah Puskesmas Pembantu telah bertambah dari 22.002 buah pada tahun 2005 menjadi 22.347 buah pada tahun 2007. Disamping itu, jumlah Puskesmas Keliling juga bertambah dari 5.655 buah pada tahun 2005 menjadi 7.188 buah pada tahun 2007. Selain itu terdapat berbagai fasilitas

pelayanan kesehatan milik swasta atau perorangan, seperti: praktik dokter, klinik, apotek, laboratorium, rumah sakit, perusahaan farmasi, dan asuransi kesehatan.

Kunjungan rawat inap di rumah sakit pada tahun 2005 sebanyak 526.000 kasus, meningkat menjadi 1,58 juta kasus tahun 2006, dan tahun 2007 sebanyak 1,91 juta kasus. Pelayanan kesehatan khusus seperti pelayanan jantung juga meningkat secara bermakna, yaitu: 380 kasus pada tahun 2005, meningkat menjadi 2.950 kasus tahun 2006, dan meningkat lagi pada tahun 2007 telah mencapai 6.401 kasus.

Berbagai penyakit menular memang masih merupakan masalah kesehatan masyarakat. Namun demikian kontribusi penyakit menular terhadap kesakitan dan kematian semakin menurun. Angka kesakitan penyakit TB Paru telah menurun dari 107 per 100.000 penduduk pada tahun 2005 menjadi 102 per 100.000 penduduk pada tahun 2007. Prevalensi penyakit TB Paru sebesar 0,99 % (Hasil Riskesdas 2007). Angka kesakitan penyakit malaria juga menurun, yang dapat dilihat dari *Annual Malaria Incidence* (AMI) yang menurun dari 24,75 per 1.000 pada tahun 2005 menjadi 19,67 per 1.000 penduduk pada tahun 2007. Demikian pula *Annual Parasite Incidence* (API) menurun dari 0,23 per 1.000 pada tahun 2005 menjadi 0,16 per 1.000 penduduk pada tahun 2007 (Hasil Riskesdas 2007 prevalensi malaria 2,85 %). Yang menggembirakan adalah angka kematiannya menurun dengan cukup bermakna, yakni

dari 0,92% pada tahun 2005 menjadi 0,56% pada tahun 2007. *Incidence Rate* penyakit demam berdarah (DBD) meningkat tahun demi tahun, yang disebabkan penanganan lingkungan kurang baik yang berkaitan dengan masih kurangnya perilaku hidup bersih dan sehat. Prevalensi DBD sebesar 0,6 %, sedangkan angka kematiannya (CFR) terus dapat ditekan dari 1,36% pada tahun 2005 menjadi 1,03% pada tahun 2007 (Riskesmas 2007). Surveillans penyakit HIV/AIDS juga terus meningkat. Kasus baru AIDS yang dapat ditemukan terus meningkat, sehingga pada tahun 2007 ini terdapat 11.687 penderita AIDS yang sedang menjalani perawatan dan pengobatan. Upaya pencegahan penyakit AIDS juga terus ditingkatkan, agar tidak menularkan pada orang lain.

2. Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan sudah semakin meningkat dari tahun ke tahun. Persentase pengeluaran nasional sektor kesehatan pada tahun 2005 adalah sebesar 0.81% dari Produk Domestik Bruto (PDB) meningkat pada tahun 2007 menjadi 1.09 % dari PDB, meskipun belum mencapai 5% dari PDB seperti dianjurkan WHO. Demikian pula dengan anggaran kesehatan, pada tahun 2005 besarnya APBN kesehatan adalah Rp 11.114 Triliun, meningkat menjadi Rp 18.750 Triliun pada tahun 2007. Anggaran kesehatan per kapita bersumber dari APBN kesehatan dan Dana Alokasi Khusus pada tahun 2005 adalah Rp 15.772 meningkat menjadi Rp 32.975 pada tahun 2007. Pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan terus

meningkat, namun kontribusi pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan masih kecil yakni hanya 38% dari total pembiayaan kesehatan.

Peningkatan presentase pembiayaan kesehatan tersebut, diupayakan untuk lebih mengutamakan upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan, sebagai perwujudan semangat mencegah lebih baik daripada mengobati.

Sementara itu cakupan jaminan kesehatan telah meningkat menjadi 46,5% dari keseluruhan penduduk pada tahun 2008. Peningkatan yang signifikan ini terutama dengan adanya program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin sebesar 76.4 juta (34,2%).

Hasil Riskesdas tahun 2007 memperlihatkan bahwa sumber pembiayaan pelayanan kesehatan masih didominasi oleh *out of pocket* (71,0%), selebihnya sekitar 29 % sumber pembiayaan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai jenis jaminan kesehatan. Hasil Riskesdas juga menunjukkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat miskin, baik pada kasus-kasus biasa maupun kasus-kasus katastrofik meningkat secara bermakna. Proses persiapan implementasi UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dimana jaminan kesehatan merupakan salah satu program jaminan sosial yang akan dilaksanakan menuju kepesertaan semesta jaminan kesehatan, terus dilakukan.

Meskipun isu kesehatan merupakan isu sentral dalam berbagai Pemilihan Kepala Daerah (Pilkada) dan Pemilihan Presiden (Pilpres), namun pembiayaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah saat ini masih rendah, rata-rata nasional masih dibawah 6-9% dari total pembiayaan pemerintah. Hal ini menunjukkan bahwa sektor kesehatan masih belum di prioritaskan. Menurut UU Nomor 17 Tahun 2007 tentang RPJPN 2005-2025, pembangunan kesehatan merupakan investasi dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia sehingga penting perannya dalam meningkatkan pertumbuhan ekonomi dan menurunkan tingkat kemiskinan dan pengangguran.

3. Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan

Tenaga kesehatan di Puskesmas pada tahun 2007 telah tersedia sebanyak 139.093 orang, sementara di Rumah Sakit Pemerintah telah tersedia 5.946 dokter spesialis. Dokter Umum Indonesia masih termasuk rendah di regional ASEAN dengan rasio per 100.000 penduduk di Filipina (58), Malaysia (70), Indonesia (19). Data terakhir PODES menunjukkan jumlah dokter meningkat 6,36% selama 10 tahun. Sementara beberapa jenis tenaga kesehatan masih tergolong langka: misalnya terapis, epidemiolog, radiografer, dan lain-lain.

Dalam distribusi tenaga kesehatan, proporsi dokter per 100.000 penduduk di Jawa Bali dan di luar Jawa Bali relatif seimbang dengan angka Jawa Bali 18,5 dan

Luar Jawa Bali 18,1. Sedangkan dokter spesialis 2/3 dari jumlah yang ada berada di Jawa. Untuk bidan di Jawa Bali lebih sedikit yakni 26 daripada luar Jawa 52 per 100.000. Di daerah terpencil 4 dari 10 tenaga mempunyai rencana untuk pindah karena alasan jauh dari keluarga dan pengembangan karir.

Meskipun upaya pemenuhan kebutuhan SDM Kesehatan telah dilakukan dengan menempatkan tenaga kesehatan di seluruh Indonesia, namun masih belum mencukupi dari segi jumlah, jenis dan kualitas tenaga kesehatan yang dibutuhkan untuk dapat tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

4. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan

Upaya perlindungan masyarakat terhadap penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan telah dilakukan secara komprehensif.

Untuk menjamin keterjangkauan obat esensial, pemerintah telah menetapkan harga obat generik esensial mencakup 455 item obat. Disamping itu masyarakat miskin telah mendapatkan pengutamaan dalam pelayanan kesehatan dasar khususnya pelayanan obat melalui subsidi pemerintah sebesar Rp.3.800/kapita tahun 2007 dan Rp. 4.200/kapita di tahun 2008 dengan asumsi jumlah penduduk sebesar 225 juta, yang secara bertahap harus terus ditingkatkan untuk mencapai minimum \$2,00/kapita sesuai dengan rekomendasi WHO. Sementara ini melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

untuk masyarakat miskin, pemerintah menyediakan pula dana untuk pelayanan kesehatan yang sebagian diantaranya untuk belanja obat.

Pasar sediaan farmasi masih didominasi oleh produksi domestik, bahan baku impor mencapai 85% dari kebutuhan. Sebanyak 204 perusahaan farmasi berlisensi Indonesia, hanya 67 memproduksi obat generik esensial. Sektor pengobatan tradisional cukup beragam dan substansial: 900 industri kecil dan 130 menengah. Sebanyak 9.600 tanaman berpotensi mempunyai efek pengobatan,

Peresepan obat generik berlogo di Puskesmas sebesar 90%, di RSU: 66%, di RS swasta & apotek: 49%. Ketersediaan Obat Generik Berlogo tinggi, harga murah tapi akses masyarakat terhambat karena "asymmetric information" dan praktek pemasaran yang kurang baik

5. Manajemen dan Informasi Kesehatan

Kebijakan pembangunan kesehatan belum seluruhnya dirumuskan dengan memanfaatkan hasil penelitian atau kajian sehingga belum sepenuhnya berbasis bukti.

Regulasi bidang kesehatan pada saat ini belum cukup, baik jumlah, jenis, maupun efektifitasnya. Sehingga terjadi kerancuan dalam pelaksanaan kegiatan di lapangan, termasuk di dalamnya perlindungan hukum terhadap pelaksana pelayanan kesehatan.

Sistem informasi kesehatan dalam era otonomi daerah mengalami hambatan. Data dan informasi yang diperoleh masih terfragmentasi dan belum didukung dengan data terpilah menurut jenis kelamin serta tidak menggambarkan permasalahan kesehatan secara utuh.

Perencanaan pembangunan kesehatan belum seperti yang diharapkan karena masih terjadinya disparitas kemampuan tenaga perencana antar wilayah. Secara nasional, keterkaitan alur perencanaan belum optimal khususnya terkait dengan hubungan antara rencana pembangunan jangka panjang nasional (RPJPN), jangka menengah (RPJMN dan Renstra KL) dan rencana tahunan (Renja KL) dengan RPJPD, RPJMD, Renstra SKPD dan Renja SKPD.

Ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan telah berkembang pesat namun belum dapat dimanfaatkan secara optimal karena masih rendahnya kualitas sumber daya manusia.

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

6. Pemberdayaan Masyarakat

Rumah tangga (RT) yang telah melaksanakan PHBS meningkat dari 27% pada tahun 2005 menjadi 36,3% pada tahun 2007 namun masih jauh dari sasaran yang harus dicapai pada tahun 2009 yakni 60%.

Jumlah Posyandu semakin meningkat, tetapi pemanfaatan dan perbaikan kualitas perlu ditingkatkan. Pada tahun 2007 sebanyak 27,3% RT memanfaatkan posyandu, 10% membutuhkan tetapi tidak memanfaatkan, dan 62,5% tidak membutuhkan dengan alasan karena pelayanan Posyandu tidak lengkap (49,6%), jauh (26%), dan tidak ada Posyandu (24%). (Riskesdas 2007)

Dalam rangka pengembangan Desa Siaga, pada tahun 2007 mengalami hambatan dalam pelaksanaannya, sehingga pembangunan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) yang ditargetkan sebanyak 30.000 buah pada tahun 2007, hanya dapat direalisasikan sebanyak 20.986 buah. Data terakhir sampai tahun 2008 telah terbentuk 47.111 Desa Siaga yang dilengkapi dengan Poskesdes dari target 70.000 buah. Pada tahun 2007 pemerintah membentuk 600 Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), dan telah diberikan pula bantuan stimulan untuk pengembangan 229 Musholla Sehat.

B. TANTANGAN MASA DEPAN PEMBANGUNAN KESEHATAN

Dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang RPJPN disebutkan bahwa tantangan pembangunan bidang kesehatan yang dihadapi antara lain adalah mengurangi kesenjangan status kesehatan masyarakat dan akses terhadap pelayanan kesehatan antar wilayah, tingkat sosial ekonomi, dan gender; meningkatkan jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan yang kurang memadai; meningkatkan akses terhadap fasilitas kesehatan; dan mengurangi beban ganda penyakit yaitu pola penyakit yang diderita oleh sebagian besar masyarakat adalah penyakit infeksi menular, namun pada waktu yang bersamaan terjadi peningkatan penyakit tidak menular serta meningkatnya penyalahgunaan narkotik dan obat-obat terlarang.

1. Penduduk Indonesia akan bertambah banyak dengan piramida penduduk yang terus berubah. Jumlah penduduk Indonesia yang pada tahun 2005 sebesar 219,9 juta orang, akan menjadi 274 juta orang pada tahun 2025. Penduduk usia lanjut dan usia produktif termasuk usia angkatan kerja akan bertambah besar proporsinya. Sementara itu penduduk usia muda (bayi dan anak), meskipun proporsinya menurun, jumlahnya tetap meningkat. Disamping itu karena adanya kesenjangan pembangunan antar wilayah menimbulkan urbanisasi yang tidak terkendali. Begitu pula kemiskinan dan pengangguran dengan segala akibatnya terhadap kesehatan tetap ada terus sampai tahun 2025, walaupun jumlahnya sudah menurun.

Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan, terdapat beberapa tantangan yang dihadapi antara lain: rendahnya kualitas kesehatan penduduk yang tampak dari masih tingginya AKB, angka kematian anak balita (AKABA) dan AKI serta tingginya proporsi anak balita yang mengalami gizi kurang.

Menjelang tahun 2025 derajat kesehatan masyarakat diharapkan akan semakin bertambah baik karena menurunnya AKB dan AKABA, meningkatnya status gizi masyarakat, serta UHH. Namun demikian upaya penurunan AKI masih merupakan tantangan yang berat.

2. Masalah kesehatan masyarakat lainnya yang dihadapi adalah beban ganda penyakit yaitu disatu pihak masih banyaknya penyakit infeksi yang harus ditangani, dilain pihak semakin meningkatnya penyakit tidak menular. Selain itu beberapa penyakit infeksi cenderung meningkat kembali (*re-emerging diseases*) seperti penyakit TB, dan malaria. Penyakit infeksi baru (*new emerging diseases*) juga telah muncul, utamanya yang disebabkan karena virus seperti: HIV/AIDS, SARS, dan flu burung (*avian influenza*). Ke depan Indonesia perlu mewaspadaai timbulnya penyakit-penyakit baru yang diakibatkan oleh virus.

Tantangan lain yang dihadapi adalah adanya kecenderungan meningkatnya masalah kesehatan jiwa, masalah-masalah yang berkaitan dengan usia

lanjut yang akan menyebabkan meningkatnya beban pelayanan dan pembiayaan kesehatan, kecelakaan lalu lintas dan kecelakaan akibat kerja, dampak perubahan iklim, dan meningkatnya pencemaran lingkungan serta perubahan gaya hidup yang tidak sehat. Penyakit jantung dan pembuluh darah (Kardiovaskular), kanker, dan penyakit tidak menular lainnya juga cenderung meningkat.

Pelayanan kesehatan masyarakat diharapkan menjadi sangat maju menjelang tahun 2025 sehingga dapat melayani semua kebutuhan pelayanan kesehatan. Akibat penyalahgunaan Napza juga merupakan tantangan yang berat dalam pembangunan kesehatan.

3. Desentralisasi bidang kesehatan dan komitmen pemerintah belum dapat berjalan sesuai yang diharapkan. Kerjasama lintas sektor dan dukungan peraturan perundangan merupakan tantangan yang sangat penting.

Manajemen kesehatan yang meliputi kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, sistem informasi kesehatan, dan hukum kesehatan yang mencakup perlindungan masyarakat, penegakan dan kesadaran hukum belum sepenuhnya mendukung pembangunan kesehatan. Meskipun sistem informasi kesehatan sangat penting untuk mendukung pembangunan kesehatan, akan tetapi tidak mudah dalam pengembangannya agar berhasil-guna dan berdayaguna.

4. Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan pada umumnya masih menempatkan masyarakat sebagai

objek, bukan sebagai subjek pembangunan kesehatan. Pengetahuan, sikap dan perilaku serta kemandirian masyarakat untuk hidup sehat masih belum memadai. Peningkatan kemitraan dan tersedianya SDM Kesehatan yang mendukung penyelenggaraan pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan merupakan tantangan yang sangat penting.

5. Tantangan dalam upaya kesehatan terutama mengenai kesenjangan kualitas kesehatan dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu antar wilayah, gender, dan antar kelompok tingkat sosial ekonomi; pelayanan kesehatan reproduksi yang masih lemah; serta terbatasnya jumlah dan belum optimalnya alokasi pembiayaan kesehatan.

Dalam pembiayaan kesehatan dimasa depan diharapkan hampir seluruh penduduk Indonesia diperkirakan telah dicakup oleh sistem jaminan kesehatan sosial.

Sediaan farmasi dan alat kesehatan yang aman, bermanfaat dan bermutu diperkirakan belum sepenuhnya tersedia secara merata dan terjangkau oleh masyarakat.

6. Dewasa ini belum memadainya jumlah, penyebaran, komposisi dan mutu tenaga kesehatan. Merupakan tantangan bagi pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan, bahwa menjelang tahun 2025 pemenuhan seluruh kebutuhan SDM Kesehatan bagi pembangunan kesehatan telah tercapai.

7. Selain itu, dalam upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, beberapa masalah dan tantangan baru muncul sebagai akibat dari perubahan sosial budaya, ekonomi dan politik serta perubahan lingkungan strategis, baik global, regional, maupun nasional. Perubahan sosial budaya, ekonomi dan politik yang berpotensi terjadinya konflik sosial dapat menimbulkan masalah kesehatan. Terorisme, utamanya bioterorisme dapat menjadi ancaman dalam pembangunan kesehatan.

Tantangan global yang dihadapi adalah upaya dalam pencapaian sasaran *Millennium Development Goals* (MDGs). Tantangan global lainnya antara lain adalah perdagangan bebas, dan sumber daya kesehatan yang ikut mengglobal, perlu diantisipasi. Pengaruh globalisasi dan liberalisasi perdagangan serta pelayanan publik melalui kesepakatan *General Agreement on Trade in Service* (GATS) dan *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS), dimulainya pasar bebas ASEAN pada tahun 2003 dan pasar bebas Asia Pasific pada tahun 2020 akan mempengaruhi berbagai aspek penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Masuknya modal asing dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, dan tenaga kesehatan asing perlu diwaspadai. Bentuk kewaspadaan antara lain diperlukannya langkah-langkah nyata dalam mempersiapkan diri khususnya di bidang kualitas, kecukupan dan pemerataan SDM serta menyusun regulasi untuk mencegah dampak negatif globalisasi terhadap pelayanan kesehatan di dalam negeri.

Sedangkan dalam lingkup nasional antara lain adalah upaya penerapan kebijakan pemerataan pembangunan kesehatan secara lebih luas, yang didukung dengan sumber daya yang cukup.

BAB III

DASAR, VISI, DAN MISI

PEMBANGUNAN KESEHATAN TAHUN 2005-2025

A. DASAR PEMBANGUNAN KESEHATAN

Landasan idiil pembangunan nasional adalah Pancasila, dan landasan konstitusionalnya adalah Undang-undang Dasar 1945. Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Oleh karenanya pembangunan kesehatan diselenggarakan pula dengan berlandaskan pada Pancasila dan Undang-undang Dasar 1945.

Kesehatan sebagai hak asasi manusia secara tegas di amanatkan oleh Undang-undang Dasar 1945, di mana dinyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Di dunia internasional, Konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) tahun 1948 juga menyatakan bahwa "*Health is a fundamental right*", yang mengandung suatu kewajiban untuk menyetatkan yang sakit dan mempertahankan serta meningkatkan yang sehat. Hal ini melandasi pemikiran bahwa sehat sebagai hak asasi manusia dan sehat sebagai investasi.

Dasar pembangunan kesehatan adalah norma, nilai kebenaran, dan aturan pokok yang bersumber dari

falsafah dan budaya Bangsa Indonesia, yang dipergunakan sebagai landasan untuk berpikir dan bertindak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Dasar pembangunan kesehatan meliputi:

1. Perikemanusiaan

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

2. Pemberdayaan dan Kemandirian

Setiap orang dan masyarakat bersama dengan pemerintah berperan, berkewajiban dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya. Pembangunan kesehatan harus mampu mem-bangkitkan dan mendorong peran aktif masyarakat. Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan berlandaskan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri serta kepribadian bangsa dan semangat solidaritas sosial serta gotong-royong.

3. Adil dan Merata

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

4. Pengutamaan dan Manfaat

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mengutamakan kepentingan umum dari pada kepentingan perorangan atau golongan. Upaya kesehatan yang bermutu diselenggarakan dengan memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta harus lebih mengutamakan pendekatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berlandaskan pada dasar kemitraan atau sinergisme yang dinamis dan tata penyelenggaraan pemerintahan yang baik, sehingga secara berhasil guna dan bertahap dapat memberi manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat, beserta lingkungannya. dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut dan masyarakat miskin.

B. VISI

Kesehatan adalah salah satu unsur dari masyarakat Indonesia yang sejahtera, yaitu tercapainya hak atas hidup sehat bagi seluruh lapisan masyarakat melalui sistem kesehatan yang dapat menjamin terlindunginya masyarakat dari berbagai risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan dan tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, terjangkau dan merata. Kesehatan sebagai investasi akan menghasilkan penduduk yang sehat dan produktif sebagai SDM pembangunan yang berkelanjutan serta memiliki daya saing global.

Keadaan masa depan masyarakat Indonesia yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan negara yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku hidup sehat, baik jasmani, rohani maupun sosial, dan memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Keadaan masyarakat Indonesia di masa depan atau visi yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan dirumuskan sebagai:

INDONESIA SEHAT 2025

Dalam Indonesia Sehat 2025, lingkungan strategis pembangunan kesehatan yang diharapkan adalah lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keadaan

sehat jasmani, rohani maupun sosial, yaitu lingkungan yang bebas dari kerawanan sosial budaya dan polusi, tersedianya air minum dan sarana sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang memiliki solidaritas sosial dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.

Perilaku masyarakat yang diharapkan dalam Indonesia Sehat 2025 adalah perilaku yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan; mencegah risiko terjadinya penyakit; melindungi diri dari ancaman penyakit dan masalah kesehatan lainnya; sadar hukum; serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat, termasuk menyelenggarakan masyarakat sehat dan aman (*safe community*).

Dalam Indonesia Sehat 2025 diharapkan masyarakat memiliki kemampuan menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu dan juga memperoleh jaminan kesehatan, yaitu masyarakat mendapatkan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya. Pelayanan kesehatan bermutu yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan dalam keadaan darurat dan bencana, pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan masyarakat serta diselenggarakan sesuai dengan standar dan etika profesi.

Diharapkan dengan terwujudnya lingkungan dan perilaku hidup sehat, serta meningkatnya kemampuan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu,

maka akan dapat dicapai derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat yang setinggi-tingginya.

C. MISI

Dengan berlandaskan pada Dasar Pembangunan Kesehatan, dan untuk mewujudkan Visi Indonesia Sehat 2025, ditetapkan 4 (empat) misi Pembangunan Kesehatan, yaitu:

1. Menggerakkan Pembangunan Nasional Berwawasan Kesehatan

Pembangunan kesehatan harus berwawasan kesehatan, yaitu setiap kebijakan publik selalu memperhatikan dampaknya terhadap kesehatan.

Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi pula oleh hasil kerja serta kontribusi positif berbagai sektor pembangunan lainnya. Untuk optimalisasi hasil kerja serta kontribusi positif tersebut, harus dapat diupayakan masuknya wawasan kesehatan sebagai asas pokok program pembangunan nasional. Kesehatan sebagai salah satu unsur dari kesejahteraan rakyat juga mengandung arti terlindunginya dan terlepasnya masyarakat dari segala macam gangguan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

Untuk dapat terlaksananya pembangunan nasional yang berkontribusi positif terhadap kesehatan seperti dimaksud di atas, maka seluruh unsur pembangunan kesehatan atau subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional berperan sebagai penggerak utama pembangunan nasional berwawasan kesehatan.

2. Mendorong Kemandirian Masyarakat untuk Hidup Sehat

Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat termasuk swasta, dan pemerintah. Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan setiap individu, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya dilakukan tanpa meninggalkan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Kesadaran, kemauan dan kemampuan setiap individu, keluarga dan masyarakat untuk menjaga kesehatan, memilih, dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. Masyarakat harus mampu melakukan program pengabdian, memperjuangkan kepentingan masyarakat di bidang kesehatan, dan melakukan pengawasan sosial terhadap pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, salah satu upaya pokok atau misi pembangunan kesehatan adalah mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.

3. Memelihara dan Meningkatkan Upaya Kesehatan yang Bermutu, Merata, dan Terjangkau

Pembangunan kesehatan diselenggarakan guna menjamin tersedianya upaya kesehatan, baik upaya kesehatan primer dan sekunder maupun upaya kesehatan tersier yang bermutu, merata, dan terjangkau oleh masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pengutamaan pada upaya pencegahan (preventif), dan peningkatan kesehatan (promotif) bagi segenap warga negara Indonesia, tanpa mengabaikan upaya penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan, diperlukan pula upaya peningkatan lingkungan yang sehat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan kemitraan antara pemerintah, dan masyarakat termasuk swasta.

Untuk masa mendatang, apabila sistem jaminan kesehatan sosial telah berkembang, penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan primer akan diserahkan kepada masyarakat dan swasta dengan menerapkan konsep dokter keluarga. Di daerah yang sangat terpencil, masih diperlukan upaya kesehatan perorangan oleh Puskesmas.

4. Meningkatkan dan Mendayagunakan Sumber Daya Kesehatan

Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, sumber daya kesehatan perlu ditingkatkan dan

didayagunakan, yang meliputi sumber daya manusia kesehatan, pembiayaan kesehatan, serta sediaan farmasi dan alat kesehatan. Sumber daya kesehatan meliputi pula penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan/kedokteran, serta data dan informasi yang makin penting peranannya.

Tenaga kesehatan yang bermutu harus tersedia secara mencukupi, terdistribusi secara adil, serta dimanfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya-guna.

Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat, swasta, dan pemerintah harus tersedia dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan dimanfaatkan secara berhasil-guna serta berdaya-guna. Jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, bertujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan yang aman, bermanfaat dan bermutu harus tersedia secara merata serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Upaya dalam meningkatkan ketersediaan tersebut, dilakukan dengan upaya peningkatan manajemen, pengembangan dan penggunaan teknologi di bidang sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan serta pengawasan *pre market* dan *post market* sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan yang komprehensif.

BAB IV

ARAH PEMBANGUNAN JANGKA PANJANG

BIDANG KESEHATAN 2005-2025

A. TUJUAN DAN SASARAN

1. Tujuan

Tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2025 adalah meningkatnya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud, melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia.

2. Sasaran

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, yang ditunjukkan oleh indikator dampak yaitu:

Meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH) dari 69 tahun pada tahun 2005 menjadi 73,7 tahun pada tahun 2025.

Menurunnya Angka Kematian Bayi dari 32,3 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 menjadi 15,5 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2025.

Menurunnya Angka Kematian Ibu dari 262 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 menjadi 74 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2025.

Menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita dari 26% pada tahun 2005 menjadi 9,5% pada tahun 2025.

B. STRATEGI PEMBANGUNAN KESEHATAN

Untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan, maka strategi pembangunan kesehatan yang akan ditempuh sampai tahun 2025 adalah:

1. Pembangunan Nasional Berwawasan Kesehatan

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat yang sangat fundamental. Pembangunan kesehatan juga sekaligus sebagai investasi pembangunan nasional, dengan demikian pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional. Dalam kaitan ini pembangunan nasional perlu berwawasan kesehatan. Diharapkan setiap program pembangunan nasional yang terkait dengan pembangunan kesehatan, dapat memberikan kontribusi yang positif terhadap tercapainya nilai-nilai dasar pembangunan kesehatan.

Untuk terselenggaranya pembangunan nasional berwawasan kesehatan, perlu dilaksanakan kegiatan advokasi, sosialisasi, orientasi, kampanye dan pelatihan, sehingga semua pelaku pembangunan nasional (*stakeholders*) memahami dan mampu melaksanakan pembangunan nasional berwawasan kesehatan. Selain itu perlu pula dilakukan penjabaran lebih lanjut dari pembangunan nasional berwawasan kesehatan, sehingga benar-benar dapat dilaksanakan dan diukur tingkat pencapaian dan dampak yang dihasilkan.

Dalam penyelenggaraan pembangunan nasional berwawasan kesehatan, pengembangan hukum kesehatan di masa mendatang menjadi sangat penting, untuk menjamin terwujudnya kepastian hukum, keadilan hukum, dan manfaat hukum.

2. Pemberdayaan Masyarakat dan Daerah

Peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan semakin penting. Masalah kesehatan perlu diatasi oleh masyarakat sendiri dan pemerintah. Selain itu, banyak permasalahan kesehatan yang wewenang dan tanggung jawabnya berada di luar sektor kesehatan. Untuk itu perlu adanya kemitraan antar berbagai pelaku pembangunan kesehatan. Penyelenggaraan pemberdayaan masyarakat meliputi: a) penggerakan masyarakat; masyarakat mempunyai peluang yang sebesar-besarnya untuk terlibat aktif dalam proses pembangunan kesehatan, b) pengorganisasian dalam pemberdayaan; diupayakan agar peran organisasi

masyarakat lokal makin berfungsi dalam pembangunan kesehatan, c) advokasi; masyarakat memperjuangkan kepentingannya di bidang kesehatan, d) kemitraan; dalam pemberdayaan masyarakat penting untuk meningkatkan kemitraan dan partisipasi lintas sektor terkait, swasta, dunia usaha dan pemangku kepentingan, e) sumberdaya; diperlukan sumberdaya yang memadai seperti SDM, sistem informasi dan dana.

Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik daerah. Oleh karenanya dalam pembangunan kesehatan diperlukan adanya pendelegasian wewenang yang lebih besar kepada daerah. Kesiapan daerah dalam menerima dan menjalankan kewenangannya dalam pembangunan kesehatan, sangat dipengaruhi oleh tingkat kapasitas daerah yang meliputi perangkat organisasi dan sumber daya manusianya, serta kemampuan fiskal. Untuk itu harus dilakukan penetapan yang jelas tentang peran pemerintah pusat dan pemerintah daerah di bidang kesehatan, upaya kesehatan yang wajib dilaksanakan oleh daerah, dan pengembangan serta pemberdayaan sumber daya daerah.

3. Pengembangan Upaya dan Pembiayaan Kesehatan

Pengembangan pelayanan atau upaya kesehatan, yang mencakup upaya kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perorangan diselenggarakan

sesuai dengan kebutuhan masyarakat (*client oriented*), dan dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, merata, terjangkau, berjenjang, profesional, dan bermutu. Pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin perlu mendapatkan pengutamaan. Penyelenggaraan upaya kesehatan diutamakan pada upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan, tanpa mengabaikan upaya pengobatan dan pemulihan kesehatan. Penyelenggaraan upaya kesehatan dilakukan dengan prinsip kemitraan antara pemerintah, masyarakat, dan swasta.

Menghadapi lingkungan strategis pembangunan kesehatan, perlu dilakukan reorientasi upaya kesehatan, yaitu yang berorientasi terutama pada desentralisasi, globalisasi, perubahan epidemiologi, dan menghadapi keadaan bencana.

Pengembangan upaya kesehatan perlu memanfaatkan teknologi kesehatan/kedokteran dan informatika yang semakin maju, antara lain: pembuatan berbagai vaksin, pemetaan dan test dari gen, terapi gen, tindakan dengan intervensi bedah yang minimal, transplantasi jaringan, otomatisasi administrasi kesehatan/kedok-teran, upaya klinis dan rekam medis dengan dukungan komputerisasi, serta telekomunikasi jarak jauh (*tele-health*).

Dalam 20 tahun mendatang, pelayanan RS terus dikembangkan dan kegiatan-kegiatannya harus bertumpu kepada fungsi sosial yang dikaitkan dengan sistem jaminan kesehatan sosial nasional.

Puskesmas harus mampu melaksanakan fungsinya sebagai penggerak pemberdayaan masyarakat, pusat penanggulangan masalah kesehatan dan pusat pelayanan kesehatan primer.

Pembiayaan kesehatan yang berasal dari berbagai sumber, baik dari pemerintah, masyarakat, dan swasta harus mencukupi bagi penyelenggaraan upaya kesehatan, dan dikelola secara berhasil-guna dan berdaya-guna. Pembiayaan kesehatan untuk menjamin terpelihara dan terlindunginya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, diselenggarakan secara nasional dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.

Penting untuk dikembangkan sinergisme, terutama diantara upaya kesehatan dan pembiayaan kesehatan berdasarkan prinsip asuransi sosial, dengan dukungan pengembangan sumber daya manusia kesehatan berbasis kompetensi, yang dilandasi oleh peningkatan etika dan hukum. Berbagai organisasi profesi kesehatan dan pemerintah sangat berperan dalam mengembangkan sinergi dimaksud.

Peran swasta dalam upaya kesehatan perlu terus dikembangkan secara strategis dalam konteks pembangunan kesehatan secara keseluruhan. Interaksi upaya publik dan sektor swasta penting untuk ditingkatkan secara bertahap.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan dimaksud perlu didukung dengan penelitian dan pengkajian

kesehatan yang bersifat mendasar, luas dan berjangkau ke depan.

4. Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat tidak akan terwujud apabila tidak didukung oleh sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi jumlahnya, dan profesional, yaitu sumber daya manusia kesehatan yang mengikuti perkembangan IPTEK, menerapkan nilai-nilai moral dan etika profesi yang tinggi. Semua tenaga kesehatan dituntut untuk selalu menjunjung tinggi sumpah dan kode etik profesi.

Dalam pelaksanaan strategi ini dilakukan perencanaan kebutuhan dan penentuan standar kompetensi tenaga kesehatan, pengadaan tenaga kesehatan, dan pendayagunaan tenaga kesehatan serta pembinaan dan pengawasan sumber daya manusia kesehatan, Upaya pengadaan tenaga kesehatan dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan di Indonesia dalam era desentralisasi dan globalisasi. Upaya pengadaan ini dilakukan melalui pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan. Pendayagunaan tenaga kesehatan antara lain meliputi: distribusi tenaga kesehatan secara merata dan peningkatan karier dari tenaga kesehatan tersebut. Pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan dilakukan melalui peningkatan komitmen dan legislasi yang meliputi antara lain sertifikasi, uji

kompetensi, registrasi, dan perijinan (licensing) tenaga kesehatan. Disamping itu, penting dilakukan upaya untuk pemenuhan hak-hak tenaga kesehatan.

5. Penanggulangan Keadaan Darurat Kesehatan

Keadaan darurat kesehatan dapat terjadi karena bencana, baik bencana alam maupun bencana karena ulah manusia, termasuk konflik sosial. Keadaan darurat kesehatan akan mengakibatkan dampak yang luas, tidak saja pada kehidupan masyarakat di daerah bencana, namun juga pada kehidupan bangsa dan negara. Oleh karenanya penanggulangan keadaan darurat kesehatan yang mencakup upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan, dilakukan secara komprehensif, mitigasi serta didukung kerjasama lintas sektor dan peran aktif masyarakat. Mengingat keadaan perkembangan kesehatan di Papua yang perlu perhatian khusus, diadakan Program Nasional Selamatkan Papua (*Save Papua*) di bidang kesehatan.

C. UPAYA POKOK PEMBANGUNAN KESEHATAN

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan diutamakan bagi penduduk rentan, yakni ibu, bayi, anak, usia lanjut dan keluarga miskin yang dilaksanakan melalui peningkatan upaya pokok pembangunan kesehatan yang terdiri dari: Upaya Kesehatan; Pembiayaan Kesehatan; Sumber Daya Manusia Kesehatan; Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan, Manajemen dan Informasi Kesehatan serta Pemberdayaan Masyarakat

Upaya pokok tersebut dilaksanakan dengan memperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan IPTEK, globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan, dan kerjasama lintas sektor.

Pembangunan kesehatan diprioritaskan pada pemberdayaan dan kemandirian masyarakat, serta upaya kesehatan, khususnya upaya peningkatan dan pencegahan, yang ditunjang oleh pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan.

Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan tersebut diberikan perhatian khusus kepada pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin, daerah tertinggal, daerah bencana, daerah perbatasan, daerah terpencil termasuk pulau-pulau kecil, dengan memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender.

Untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan sampai dengan tahun 2025 dan dengan mempertimbangkan kemungkinan ketersediaan sumber daya kesehatan, maka peningkatan upaya pokok pembangunan kesehatan dalam RPJPK dilaksanakan sesuai dengan tahapan rencana pembangunan jangka menengah bidang kesehatan (RPJM-K). Pentahapan RPJPK dimaksudkan untuk memberikan tuntunan bagi penyusunan RPJM-K, yang harus disesuaikan dengan perkembangan dan kemajuan pembangunan nasional bangsa Indonesia. Pentahapan yang diuraikan bersifat indikatif dan harus disesuaikan dengan kondisi nyata pada saat penyusunan RPJM-K, agar lebih bermanfaat

dan memberikan respons yang tepat bagi perkembangan pembangunan kesehatan di Indonesia.

Pentahapan RPJPK dalam 4 (empat) periode RPJM-K disusun dengan memperhatikan pentahapan RPJPN sebagaimana ditetapkan dalam Undang-undang nomor 17 Tahun 2007, yang antara lain menetapkan:

Dalam RPJM ke-1 (2005–2009) kesejahteraan masyarakat Indonesia telah meningkat yang ditandai dengan meningkatnya kualitas sumber daya manusia. Peningkatan kualitas sumber daya manusia, antara lain, ditandai oleh meningkatnya indeks pembangunan manusia (IPM) dan indeks pembangunan gender (IPG) sebagai hasil dari upaya pembangunan nasional, termasuk peningkatan kualitas dan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, peningkatan kesejahteraan dan perlindungan perempuan dan anak, dan pengendalian jumlah dan laju pertumbuhan penduduk.

Dalam RPJM ke-2 (2010–2014), kesejahteraan masyarakat terus meningkat yang ditunjukkan oleh membaiknya berbagai indikator pembangunan sumber daya manusia, seperti meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat, meningkatnya kesetaraan gender, meningkatnya tumbuh kembang optimal, kesejahteraan dan perlindungan anak, terkendalinya jumlah dan laju pertumbuhan penduduk, serta menurunnya kesenjangan antar individu, antar kelompok masyarakat, dan antar daerah.

Dalam RPJM ke-3 (2015–2019) kesejahteraan masyarakat terus membaik, meningkat sebanding dengan negara-negara berpenghasilan menengah. Kualitas sumber daya manusia (SDM) terus membaik yang ditandai antara lain oleh meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat, meningkatkan kesetaraan gender, meningkatnya tumbuh kembang optimal, kesejahteraan dan perlindungan anak, serta terpenuhinya penyediaan air minum untuk memenuhi kebutuhan dasar masyarakat.

Dalam RPJM ke-4 (2020–2024) kesejahteraan masyarakat terus meningkat yang ditunjukkan antara lain oleh mantapnya SDM berkualitas dan berdaya saing yang didukung oleh meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat, meningkatnya tumbuh kembang optimal, kesejahteraan dan perlindungan anak, terwujudnya kesetaraan gender, serta bertahannya kondisi dan penduduk tumbuh seimbang.

Pentahapan RPJPK dalam RPJM-K secara indikatif adalah sebagai berikut:

1. RPJM-K ke-1 (2005-2009)

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan.

Dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, perhatian khusus diberikan pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu dan Anak, pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, penanggulangan penyakit dan gizi

buruk, penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana, dan pelayanan kesehatan di daerah terpencil, daerah tertinggal, dan daerah perbatasan. Peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, dilakukan dengan lebih mengoptimalkan kemampuan Puskesmas dan kualitas pelayanan di rumah sakit, serta sistem rujukannya. Penanggulangan penyakit menular diutamakan pada penyakit yang menimbulkan masalah kesehatan masyarakat dan menurunkan produktivitas penduduk. Upaya penanggulangan penyakit tidak menular terus dikembangkan, dalam rangkaantisipasi permasalahan kesehatan di masa depan. Upaya pembangunan dan perbaikan gizi masyarakat dilaksanakan secara optimal sehingga tercapai kecukupan pangan di tingkat rumah tangga dengan kandungan gizi yang cukup, seimbang, serta terjamin keamanannya. Penanggulangan keadaan darurat kesehatan, termasuk masalah kesehatan akibat bencana telah dapat dilaksanakan secara komprehensif dengan dukungan kerjasama lintas sektor dan peran aktif masyarakat. Penelitian dan pengembangan kesehatan yang bersifat mendasar, luas, dan menjangkau ke depan mulai dikembangkan dan dilembagakan.

Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah semakin meningkat dengan diarahkan pada pemenuhan pembiayaan pada pelayanan kesehatan perorangan bagi seluruh masyarakat rentan dan keluarga miskin (penerima bantuan iuran/PBI).

Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan bagi masyarakat rentan dan penduduk miskin mulai dikembangkan ke arah cara pra-upaya. Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan pada kelompok formal/ penerima upah dan kelompok informal dengan cara pra-upaya terus didorong dan ditingkatkan.

Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat dan swasta terus didorong agar semakin meningkat. Pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah difokuskan pada pencapaian sasaran prioritas pembangunan kesehatan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat yang semakin meningkat dan proporsional.

Pembelanjaan dana kesehatan untuk pelayanan kesehatan perorangan baik bersumber dari pembiayaan pemerintah maupun masyarakat dilaksanakan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel dengan pelayanan terkendali. Pembelanjaan kesehatan untuk pelayanan kesehatan masyarakat diarahkan kepada upaya peningkatan dan pencegahan untuk mengatasi masalah kesehatan utama. Bantuan sosial telah diberikan kepada masyarakat miskin dan tidak mampu dalam bentuk jaminan pemeliharaan kesehatan.

Pemenuhan kebutuhan Sumberdaya Manusia (SDM) Kesehatan, terutama untuk pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya, termasuk bidan di perdesaan dan Rumah Sakit Kabupaten/Kota sebagian besar telah terpenuhi.

Kemampuan perencanaan SDM Kesehatan pada tingkat pusat dan di beberapa provinsi telah meningkat dan mampu menyusun rencana kebutuhan SDM Kesehatan secara lengkap dan rinci. Dalam pengadaan SDM Kesehatan penguatan pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan dilaksanakan agar sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. Pelatihan tersebut terutama meliputi pelatihan teknis, fungsional dan manajemen kesehatan. Dalam pendayagunaan SDM Kesehatan rencana distribusi SDM Kesehatan dan rencana penguatan manajemen karier SDM Kesehatan telah disusun. Pembinaan, pengawasan, dan dukungan sumberdaya untuk pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan semakin ditingkatkan antara lain dengan meningkatkan komitmen politik dengan ditetapkannya strategi Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan dalam UU Kesehatan yang baru.

Upaya optimalisasi industri farmasi nasional dilaksanakan guna meningkatkan distribusi, pelayanan dan pemanfaatan sediaan farmasi dan alat kesehatan dengan mulai meningkatkan kemandirian pada pengadaan bahan baku. Pengkajian harga sediaan farmasi dan alat kesehatan dilakukan dalam kerangka meningkatkan keterjangkauan masyarakat terhadap harga obat. Rasionalisasi harga obat dapat dilaksanakan. Sarana distribusi sediaan farmasi dan alat kesehatan sektor swasta ditingkatkan, dalam upaya mendekatkan pelayanan obat kepada masyarakat dengan harga yang terjangkau.

Pengawasan sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan lebih dikembangkan.

Pada tahap ini kebijakan dan administrasi kesehatan dikembangkan untuk menerapkan dasar-dasar sinergisme antara upaya-upaya pokok pembangunan kesehatan, yaitu upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumberdaya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, serta pemberdayaan masyarakat. Sistem informasi kesehatan dalam era desentralisasi dibangun kembali. Di bidang hukum kesehatan, dengan berbagai perubahan lingkungan strategis baik internal maupun eksternal, dilakukan konsolidasi dan penataan kembali berbagai peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan yang sudah kurang sesuai lagi dengan perkembangan.

Pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan terus ditingkatkan, sehingga peran dan kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan meningkat. Edukasi kesehatan lebih ditingkatkan dalam upaya memberikan pengetahuan, kemauan dan kemampuan bagi individu, kelompok dan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Revitalisasi berbagai upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) ditingkatkan. Penggerakkan kelompok-kelompok masyarakat yang tergabung dalam organisasi kemasyarakatan dilakukan guna mewujudkan peran aktifnya dalam penyelenggaraan pembangunan. Kemampuan masyarakat desa dalam mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan,

termasuk masalah kesehatan akibat bencana secara dini mulai dikembangkan.

2. RPJM-K ke-2 (2010-2014)

Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas telah lebih berkembang dan meningkat.

Dalam upaya mencapai target MDGs di bidang kesehatan penyelenggaraan upaya kesehatan ditingkatkan intensitasnya dengan tetap memberikan perhatian khusus pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu dan anak, pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, penanggulangan penyakit dan gizi buruk, penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana, dan pelayanan kesehatan di daerah terpencil, daerah tertinggal, daerah perbatasan, serta pulau-pulau terluar dan terdepan. Revitalisasi Puskesmas dilaksanakan agar dapat melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perorangan secara serasi dan sinergis sesuai dengan perkembangan IPTEK kesehatan. Kualitas pelayanan di rumah sakit dan sistem rujukan terus ditingkatkan. Penanggulangan penyakit menular terus ditingkatkan, terutama ditujukan pada penyakit-penyakit terutama target penurunan angka kesakitan yang disepakati dalam MDGs. Upaya penanggulangan penyakit tidak menular telah lebih berkembang sejalan dengan meningkatnya penduduk usia lanjut dan perubahan pola hidup masyarakat. Upaya pembangunan dan perbaikan gizi masyarakat dilaksanakan dengan lebih optimal. Upaya

penanggulangan pencemaran lingkungan lebih ditingkatkan dan dikembangkan lagi. Pelayanan kesehatan geriatri mulai dikembangkan. Penyediaan air minum dan sarana sanitasi dasar sudah makin meningkat. Pembangunan berwawasan kesehatan sudah mulai dilaksanakan secara konsisten oleh semua bidang-bidang pembangunan nasional. Penelitian dan pengembangan kesehatan yang mendasar telah berkembang mendukung upaya pembangunan kesehatan. Teknologi kesehatan lebih meningkat.

Pembiayaan kesehatan bersumber dari pemerintah lebih meningkat lagi dengan sustainabilitas pemenuhan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan bagi seluruh masyarakat rentan dan keluarga miskin (PBI). Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat dan swasta telah semakin meningkat serta telah ada upaya kemitraan pemerintah dan swasta. Pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah telah fokus pada pencapaian prioritas pembangunan kesehatan dengan sebagian besar pembiayaan pemerintah untuk pelayanan kesehatan masyarakat.

Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan penduduk miskin mulai dilakukan secara pra-upaya dengan prinsip asuransi kesehatan sosial yang telah melembaga. Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan secara kelompok formal/penerima upah telah dilakukan dengan cara jaminan kesehatan sosial dan mulai melembaga. Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan kelompok informal mulai

melembaga dan menganut prinsip asuransi kesehatan sosial.

Pembelanaan dana kesehatan untuk pelayanan kesehatan perorangan bersumber dari pembiayaan pemerintah yang dilakukan melalui jaminan kesehatan sosial telah dilaksanakan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel dengan pelayanan terkendali secara berkesinambungan. Pembelanaan dana kesehatan untuk pelayanan kesehatan bersumber dari pembiayaan swasta dan masyarakat semakin efektif, efisien, transparan dan akuntabel dengan pelayanan terkendali. Pembelanaan dana kesehatan untuk pelayanan kesehatan masyarakat telah semakin mengarah kepada upaya peningkatan dan pencegahan untuk mengatasi masalah kesehatan.

Pemenuhan kebutuhan SDM Kesehatan untuk daerah terpencil sebagian besar telah dipenuhi, termasuk daerah perbatasan dan kepulauan. SDM Kesehatan di pusat dan daerah memiliki kompetensi sesuai profesi dan kebutuhan ditempat kerja. Kemampuan daya saing SDM Kesehatan meningkat. Pusat dan semua Provinsi telah mampu melaksanakan perencanaan SDM Kesehatan, yang didukung oleh sistem informasi SDM Kesehatan. Pendidikan dan pelatihan SDM Kesehatan dapat berkembang sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan dan terkait dengan sistem pendidikan secara nasional. Standar pelayanan kesehatan dan standar kompetensi SDM Kesehatan sebagai acuan dalam penerapan standar pendidikan dan pelaksanaan pendidikan tersebut. Program distribusi dan rencana penguatan manajemen karier

SDM Kesehatan, dilaksanakan sesuai rencana yang ditetapkan. Organisasi profesi, komponen masyarakat dan sektor lain terkait makin berperan dalam pembangunan kesehatan. Pembinaan, pengawasan, monitoring dan penilaian terhadap SDM Kesehatan telah berjalan dengan efektif. Sinergisme antara pembinaan, pengawasan perencanaan, pendayagunaan dan pengadaan SDM Kesehatan makin meningkat. Dukungan sumber daya untuk Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan telah makin meningkat. Dukungan peraturan perundang-undangan untuk pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan dapat makin ditingkatkan.

Industri farmasi nasional sudah optimal dan telah dapat menyediakan sediaan farmasi dan alat kesehatan, khususnya dalam memenuhi kebutuhan dalam negeri. Pemerintah mulai memfasilitasi pengadaan dan memproduksi bahan baku sediaan farmasi. Harga sediaan farmasi dan alat kesehatan lebih terjangkau oleh masyarakat. Standar produksi sediaan farmasi nasional telah memenuhi standar internasional. Pendistribusian, pelayanan, dan pemanfaatan sediaan farmasi dan alat kesehatan telah memenuhi kebutuhan, yang menjamin ketersediaan sediaan farmasi, terutama obat generik di masyarakat. Pengawasan sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan lebih berkembang lagi. Telah terbentuk laboratorium unggulan yang menerapkan standar internasional.

Kebijakan dan administrasi kesehatan dapat lebih mendukung terwujudnya sinergisme antar berbagai upaya pokok pembangunan kesehatan telah mulai berkembang. 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. Hukum dan perundang-undangan di bidang kesehatan telah mulai tertata dengan baik.

Pemberdayaan dan kemandirian masyarakat dalam pembangunan kesehatan telah lebih meningkat, sehingga peran dan kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan terus berkembang. Pelibatan aktif masyarakat dalam proses pembangunan kesehatan makin berkembang. Edukasi kesehatan terus ditingkatkan dengan berbagai inovasi, dalam upaya mewujudkan pengetahuan, kemauan dan kemampuan bagi individu, kelompok dan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Perilaku individu, kelompok dan masyarakat yang mendukung kesehatan telah lebih berkembang dan dilaksanakan secara konsisten. Berbagai upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yang ada telah kembali mampu melakukan kegiatan dan fungsinya. Penggerakkan kelompok-kelompok masyarakat yang tergabung dalam organisasi kemasyarakatan terus ditingkatkan. Peran aktif dan kontribusi organisasi kemasyarakatan dalam pembangunan kesehatan telah lebih nyata. Kemampuan masyarakat desa dalam mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan, termasuk masalah

kesehatan akibat bencana secara dini telah lebih berkembang.

3. RPJM-K ke-3 (2015-2019)

Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas telah mulai mantap.

Penyelenggaraan upaya kesehatan tetap memberikan perhatian khusus pada golongan penduduk rentan, seperti ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, masyarakat miskin serta masyarakat pekerja sektor informal. Puskesmas telah dapat melaksanakan upaya kesehatan secara serasi dan sinergis sesuai dengan perkembangan IPTEK kesehatan. Kualitas pelayanan di rumah sakit dan sistem rujukan telah meningkat. Penanggulangan penyakit menular telah meningkat dan mulai mantap. Upaya penanggulangan penyakit tidak menular sudah mulai mantap. Sejalan dengan itu pelayanan kesehatan geriatri telah dikembangkan. Pembangunan dan perbaikan gizi masyarakat telah optimal. Upaya penanggulangan pencemaran lingkungan telah berkembang. Penyediaan air minum dan sarana sanitasi dasar sudah memenuhi kebutuhan masyarakat. Pembangunan nasional berwawasan kesehatan sudah dilaksanakan secara konsisten oleh semua bidang-bidang pembangunan nasional. Wilayah sehat telah lebih berkembang dan merupakan kebutuhan dari masyarakat, yang didukung dengan penyediaan air minum dan sarana sanitasi dasar yang lebih merata, serta pengendalian dampak risiko pencemaran lingkungan yang diselenggarakan

bersama masyarakat. Penelitian dan pengembangan kesehatan yang menghasilkan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan terus meningkat dalam mendukung upaya pembangunan kesehatan.

Pembiayaan kesehatan bersumber dari pemerintah lebih meningkat lagi dan mendekati besaran ideal proporsional terhadap anggaran pembangunan pemerintah dan terjaga kesinambungannya dengan pemenuhan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan seluruh masyarakat rentan dan keluarga miskin dengan nilai per kapita yang memadai. Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat dan swasta telah semakin meningkat serta telah ada upaya pelembagaan kemitraan pemerintah dan swasta. Pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah telah fokus pada pencapaian prioritas pembangunan kesehatan dengan sebagian besar pembiayaan pemerintah untuk pelayanan kesehatan.

Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan sebagian besar penduduk telah dilakukan secara pra-upaya melalui jaminan kesehatan sosial yang telah melembaga dalam satu kesatuan prinsip penyelenggaraan dan berskala nasional. Pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah sebagian besar digunakan untuk pelayanan kesehatan masyarakat disamping untuk pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin.

Pembelanjaan dana kesehatan untuk pelayanan kesehatan perorangan bersumber dari pembiayaan pemerintah, swasta dan masyarakat sebagian besar

telah dilaksanakan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel dengan pelayanan terkendali secara berkesinambungan melalui jaminan kesehatan sosial yang telah melembaga dalam satu kesatuan prinsip penyelenggaraan dan berskala nasional. Pembelanjaan dana kesehatan untuk pelayanan kesehatan masyarakat telah fokus kepada upaya peningkatan dan pencegahan untuk mengatasi masalah kesehatan.

Kebutuhan berbagai SDM Kesehatan berkualitas untuk seluruh daerah terpencil sudah dapat tercapai termasuk daerah perbatasan dan kepulauan. Kemampuan daya saing SDM Kesehatan makin meningkat. Semua Kabupaten dan Kota telah mampu melakukan perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan, yang didukung oleh Sistem Informasi SDM Kesehatan. Sinergisme pengadaan SDM Kesehatan, termasuk pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan dengan sistem pendidikan nasional telah terwujud. Berbagai kompetensi SDM Kesehatan sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan. Adanya percepatan pelaksanaan program distribusi dan manajemen karier SDM Kesehatan. Organisasi profesi, komponen masyarakat dan sektor lain terkait berperan penting dalam pembangunan kesehatan. Pembinaan, pengawasan, monitoring dan penilaian terhadap SDM Kesehatan berjalan dengan efektif dan efisien. Sinergi antara pembinaan, pengawasan, perencanaan, pendayagunaan dan pendidikan tenaga kesehatan serta pelatihan SDM Kesehatan dan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan dapat

terwujud. Dukungan sumber daya untuk pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan telah terpenuhi. Sudah tersedia dan mulai dilaksanakan dukungan peraturan perundang-undangan untuk pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan.

Industri farmasi nasional tidak saja dapat memenuhi kebutuhan obat dalam negeri, namun mulai mampu bersaing untuk mengekspor obat keluar negeri. Produksi bahan baku sediaan farmasi di dalam negeri telah berkembang dalam mendukung produksi obat, sehingga harga obat dapat benar-benar terjangkau oleh masyarakat. Jaminan ketersediaan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang aman dikonsumsi digunakan secara merata dan mampu memenuhi tuntutan mutu penyelenggaraan upaya kesehatan, serta terjangkau oleh masyarakat banyak. Keamanan dan mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan dapat dijamin dengan kuatnya pengawasan sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan.

Kebijakan dan administrasi kesehatan telah dapat sepenuhnya mendukung terwujudnya sinergisme dan keterpaduan berbagai upaya pokok pembangunan kesehatan. Sistem informasi kesehatan juga sudah mantap. Pengembangan hukum kesehatan, dan praktek serta aparturnya sudah berkembang dengan mantap.

Pemberdayaan dan kemandirian masyarakat dalam pembangunan kesehatan telah mantap, sehingga

peran dan kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan telah berkembang dan lebih nyata. Perilaku individu, kelompok dan masyarakat yang mendukung kesehatan telah terwujud dan dilaksanakan secara berkesinambungan, serta mulai memberikan dampak pada pengendalian masalah kesehatan yang dihadapinya. Kemampuan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) dalam melakukan kegiatan dan fungsinya semakin bermutu. Peran aktif dan kontribusi organisasi kemasyarakatan dalam pembangunan kesehatan telah mantap. Masyarakat mulai mampu mengenal dan merespon permasalahan kesehatan termasuk masalah kesehatan akibat bencana secara lebih dini, semakin nyata.

4. RPJM-K ke-4 (2020-2025)

Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas telah menjangkau dan merata di seluruh wilayah Indonesia.

Upaya kesehatan telah dapat dilaksanakan dengan berkualitas, serasi, bersinergi dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Penyelenggaraan upaya kesehatan, baik pelayanan kesehatan masyarakat maupun pelayanan kesehatan perorangan tetap memberikan perhatian khusus pada golongan penduduk rentan, seperti ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, dan masyarakat miskin serta masyarakat pekerja sektor informal. Pelayanan kesehatan yang bermutu di Puskesmas dan rumah sakit dan sistem rujukannya telah berjalan sesuai harapan masyarakat. Pelayanan

kesehatan termasuk pelayanan obat, telah dapat merespon kebutuhan masyarakat. Penanggulangan penyakit menular dan penyakit tidak menular telah dapat dilaksanakan dengan mantap dalam mengatasi penyakit yang menjadi masalah kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan geriatri berkembang dan berjalan dengan efektif. Pembangunan dan perbaikan gizi masyarakat telah optimal dan dapat dilaksanakan secara berkesinambungan. Pemeliharaan dan pengawasan lingkungan sudah mantap. Penyediaan air minum dan sarana sanitasi dasar sudah sepenuhnya sesuai dengan keperluan masyarakat. Pembangunan nasional berwawasan kesehatan telah dapat dilaksanakan sepenuhnya. Penelitian dan pengembangan kesehatan telah dapat dilaksanakan secara merata dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Pembiayaan kesehatan bersumber dari Pemerintah telah mencapai besaran proporsional yang ideal terhadap anggaran pembangunan pemerintah dan terjaga kesinambungannya serta telah melembaga dengan pemenuhan pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin dengan nilai per kapita yang memadai. Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat dan swasta telah semakin meningkat serta kemitraan pemerintah dan swasta telah melembaga. Pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah telah fokus pada pencapaian prioritas pembangunan kesehatan dan sepenuhnya digunakan untuk

pelayanan kesehatan masyarakat disamping pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan seluruh penduduk telah dilakukan secara pra-upaya melalui jaminan kesehatan sosial yang telah melembaga dalam satu kesatuan prinsip penyelenggaraan dan berskala nasional.

Pembelanjaan kesehatan untuk pelayanan kesehatan masyarakat bersumber dari pembiayaan pemerintah, swasta dan masyarakat seluruhnya telah dilaksanakan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel dengan pelayanan terkendali secara berkesinambungan. Pembelanjaan kesehatan untuk pelayanan kesehatan masyarakat telah fokus kepada upaya pencegahan dan peningkatan untuk mengatasi masalah kesehatan yang utama melalui pelembagaan.

Pemenuhan seluruh kebutuhan SDM Kesehatan berkualitas dapat tercapai melalui pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan. Kemampuan daya saing SDM Kesehatan telah mantap. Kemampuan perencanaan SDM Kesehatan telah berkembang dengan didukung oleh sistem informasi SDM Kesehatan yang efektif dan efisien. Pengadaan SDM Kesehatan dapat menghasilkan semua SDM Kesehatan yang mempunyai kompetensi sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan. Pelaksanaan program distribusi dan manajemen karier SDM Kesehatan juga telah mantap. Organisasi profesi, komponen masyarakat dan sektor lain terkait berperan makin mantap dalam pembangunan kesehatan. Sinergi antara pembinaan, pengawasan, perencanaan,

pendayagunaan dan pendidikan serta pelatihan SDM Kesehatan dan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan dapat terwujud dengan efektif dan efisien. Dukungan sumber daya untuk pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan telah terjamin kesinambungannya. Pelaksanaan peraturan perundang-undangan untuk mendukung pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan sudah mantap.

Industri farmasi nasional telah berkembang dan mampu berdaya saing regional dan global. Produksi bahan baku sediaan farmasi di dalam negeri telah dapat memenuhi sebagian besar kebutuhan industri farmasi. Obat murah dan berkualitas, dengan mudah telah sepenuhnya dapat diakses oleh masyarakat. Jaminan ketersediaan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang aman telah merata dan mampu memenuhi tuntutan mutu penyelenggaraan upaya kesehatan.

Semua unsur manajemen kesehatan yang terdiri dari kebijakan dan administrasi kesehatan, sistem informasi kesehatan, dan hukum kesehatan, serta penelitian dan pengembangan kesehatan, telah dapat dilaksanakan secara mantap dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Pemberdayaan dan kemandirian masyarakat sudah sepenuhnya memberikan kontribusi yang bermakna bagi penyelenggaraan pembangunan kesehatan dan pembangunan nasional berwawasan kesehatan. Perilaku individu, kelompok dan masyarakat telah

dilaksanakan secara konsisten, serta memberikan dampak pada upaya pemeliharaan kesehatannya. Upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) telah mampu mendukung upaya peningkatan kesehatan masyarakat. Kesinambungan dan kemantapan peran aktif dan kontribusi organisasi kemasyarakatan dalam pembangunan kesehatan telah terwujud. Masyarakat telah mampu mengenal dan merespon permasalahan kesehatan termasuk masalah kesehatan akibat bencana secara lebih dini, telah terwujud dan berkesinambungan.

Dengan memperhatikan pentahapan upaya pokok pembangunan kesehatan tersebut di atas, maka dalam penyusunan RPJM-K setiap tahapannya perlu pula ditetapkan pentahapan sumber daya pendukung dan hasil kegiatan sebagai berikut :

1. Semua desa telah menjadi Desa Siaga aktif, yang mempunyai minimal sebuah Pos Kesehatan Desa.
2. Semua kecamatan telah memiliki minimal sebuah Puskesmas yang melayani maksimal 30.000 penduduk dan dilengkapi dengan fasilitas sanitasi dasar yang memadai.
3. Semua kabupaten/kota telah memiliki minimal Rumah Sakit setara Rumah Sakit Umum kelas C.
4. Semua desa telah memiliki tenaga bidan yang kompeten.

5. Semua Puskesmas telah memiliki minimal seorang tenaga dokter dan tenaga kesehatan lainnya sesuai standar.
6. Semua rumah sakit kabupaten/kota telah memiliki minimal empat tenaga dokter spesialis dasar (dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan, dokter spesialis anak, dokter spesialis bedah, dan dokter spesialis penyakit dalam), dan empat tenaga dokter spesialis penunjang (dokter spesialis anestesi, radiologi, rehabilitasi medik dan patologi klinik). Rumah sakit tersebut telah terakreditasi minimal dalam lima pelayanan spesialistik.
7. Semua Pos Kesehatan Desa, Puskesmas, dan Rumah Sakit Kabupaten/Kota didukung dengan biaya operasional yang memadai.
8. Pembiayaan kesehatan dapat diupayakan minimal 5% dari PDB.
9. Semua Rukun Warga/lingkungan telah memiliki minimal satu Posyandu aktif yang melaksanakan kegiatan minimum sebulan sekali.
10. Semua desa mampu mengenali dan mengatasi masalah kesehatan setempat secara dini sesuai kompetensinya.
11. Semua kejadian luar biasa (KLB)/wabah penyakit dan masalah kesehatan akibat bencana dapat ditangani kurang dari 24 jam.

12. Penanganan penyakit wabah pada fasilitas pelayanan kesehatan dapat menekan angka kematiannya dibawah 1%.
13. Tingkat kesembuhan penyakit Tuberculosis dapat dipertahankan sebesar 90%.
14. Semua Puskesmas perawatan telah mampu melaksanakan pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar (PONED).
15. Semua Rumah Sakit Kabupaten/Kota telah mampu melaksanakan pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif (PONEK).
16. Semua keluarga telah menggunakan air bersih dan fasilitas sanitasi dasar.
17. Semua keluarga telah menghuni rumah yang memenuhi syarat kesehatan.
18. Semua desa telah mencapai *universal coverage immunization* (UCI).
19. Semua persalinan telah ditolong oleh bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan.
20. Semua penduduk Indonesia telah dicakup oleh Sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

21. Seluruh sarana produksi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan memenuhi GMP (*Good Manufacturing Practice*).
22. Seluruh sarana distribusi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan memenuhi GDP (*Good Distribution Practice*).
23. Seluruh label dan iklan/promosi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan memenuhi persyaratan.

BAB V

KEBUTUHAN SUMBER DAYA

Untuk dapat melaksanakan upaya pokok pembangunan kesehatan diperlukan sumberdaya kesehatan yang memadai, terutama meliputi:

- A. Sumber Daya Manusia Kesehatan
- B. Pembiayaan Kesehatan
- C. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan
- D. Ilmu Pengetahuan dan Tehnologi Kesehatan (IPTEK)

A. SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan adalah tenaga kesehatan profesi dan non profesi serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan, yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat

Tenaga kesehatan profesi adalah tenaga kesehatan yang telah melalui pendidikan vokasi atau pendidikan akademis dan profesi di bidang kesehatan. Sedangkan tenaga kesehatan non profesi adalah tenaga kesehatan yang telah melalui pendidikan vokasi, pendidikan akademis tanpa melalui pendidikan profesi dalam bidang kesehatan

Tenaga pendukung/penunjang kesehatan adalah setiap tenaga yang telah memiliki ijazah pendidikan vokasi atau pendidikan akademis dan profesi pendidikan di luar kesehatan dan mengabdikan dirinya di bidang kesehatan

sesuai keahliannya serta tenaga lainnya yang telah mengikuti pelatihan di bidang kesehatan sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan/pelayanan kesehatan

Pembangunan kesehatan harus didukung dengan pemenuhan seluruh kebutuhan SDM Kesehatan yang berkualitas, memiliki kemampuan perencanaan yang mantap dengan didukung oleh sistem informasi SDM Kesehatan yang efektif dan efisien.

Program distribusi dan manajemen karier SDM Kesehatan juga harus dapat dilaksanakan dalam rangka mendukung pemerataan dan peningkatan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu dibutuhkan upaya-upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan dan pengawasan, SDM Kesehatan yang efektif dan efisien.

B. PEMBIAYAAN KESEHATAN

Guna mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan juga dibutuhkan pembiayaan kesehatan yang dapat menjamin kecukupan, pembelanjaan, ekuitas, portabilitas, berkelanjutan, efektif dan efisien, akuntabel, subsidiaritas dan fleksibilitas.

Pembiayaan kesehatan merupakan suatu proses yang terus-menerus dan terkendali, agar tersedia dana kesehatan yang memadai dan berkesinambungan, yang bersumber dari masyarakat, pemerintah, dunia usaha, dan sumber lainnya. Perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan merupakan hal yang penting agar dapat dimobilisasi sumber-sumber dana kesehatan, mengalokasikannya secara rasional serta

menggunakannya secara efisien dan efektif serta diarahkan pada hal-hal pokok yakni kesinambungan pembiayaan program kesehatan prioritas, menghilangkan hambatan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dikarenakan pembiayaan tunai perorangan, pemerataan dalam akses pelayanan, peningkatan efisiensi dan efektifitas alokasi sumber daya serta kualitas pelayanan. Pembiayaan kesehatan yang mengutamakan pemerataan serta berpihak kepada masyarakat miskin akan mendorong tercapainya akses yang universal.

Arah kedepan, pengalokasian pembiayaan kesehatan yang bersumber pemerintah diharapkan tidak lagi membiayai pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif, sehingga sepenuhnya dapat membiayai upaya kesehatan peningkatan dan upaya kesehatan pencegahan. Pemerintah hanya membiayai upaya kesehatan kuratif dan rehabilitatif bagi masyarakat rentan dan miskin, yang dikelola melalui sistem jaminan kesehatan. Pengelolaan pembiayaan kesehatan melalui sistem jaminan kesehatan nasional diharapkan telah mantap. Semua penduduk juga diharapkan dapat dicakup dalam jaminan kesehatan nasional.

C. SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN MAKANAN

Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya yang berkaitan untuk menjamin keamanan, khasiat/kemanfaatan, mutu sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, ketersediaan dan keterjangkauan obat, terutama obat

esensial serta digunakan secara rasional dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Yang dimaksud dengan sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional, dan kosmetika.

Guna menjamin ketersediaan dan keterjangkauan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang bermutu dan aman, maka dalam penyelenggaraannya diperlukan upaya-upaya yang dapat memberikan jaminan keamanan dan kualitas, responsif terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat dan perorangan, menjunjung tinggi prinsip transparansi, *cost effective* dalam pemanfaatannya, mandiri dalam mencukupi kebutuhan sediaan farmasi dan alat kesehatan dan berorientasi pada klien dengan mempertimbangkan kearifan lokal.

Dimasa mendatang, industri farmasi nasional diharapkan telah berkembang dan mampu berdaya saing regional dan global. Produksi bahan baku di dalam negeri juga diharapkan telah dapat memenuhi sebagian besar kebutuhan industri obat. Obat murah dan berkualitas, dengan mudah telah sepenuhnya dapat diakses oleh masyarakat. Jaminan ketersediaan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang aman telah merata dan mampu memenuhi tuntutan mutu penyelenggaraan upaya kesehatan.

D. ILMU PENGETAHUAN DAN TEKNOLOGI KESEHATAN

Pengembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (Iptek) Kesehatan sangat diperlukan untuk mempertajam penentuan prioritas penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu dibutuhkan berbagai upaya

dalam menumbuhkan kemampuan mendayagunakan dan memanfaatkan kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan dalam rangka mendukung terwujudnya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Pemanfaatan kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan dapat dilakukan melalui pembentukan daya inovasi dalam mentransformasikan kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan menjadi produk layanan kesehatan, baik untuk memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap jenis pelayanan kesehatan maupun untuk mengantisipasi peluang pasar global. Keunggulan dan kemandirian pengembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan harus ditumbuhkan untuk menjaga ketahanan pembangunan kesehatan nasional dari tekanan negara-negara maju yang menggunakan keunggulan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi untuk melindungi kepentingannya sendiri.

Dengan demikian pembangunan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan harus diarahkan untuk meningkatkan nilai tambah dan mutu penyelenggaraan pembangunan kesehatan nasional, baik untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat maupun untuk keperluan memperbesar kemampuan daya saing sektor kesehatan di era globalisasi.

Dalam mendukung tercapainya kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan, maka diperlukan langkah-langkah terpadu dan berkelanjutan melalui berbagai kegiatan antara lain:

1. Peningkatan mutu dan kapasitas penelitian dan kajian bidang kesehatan dalam menyediakan masukan dan rekomendasi bagi pengembangan program pembangunan kesehatan.
2. Pengembangan sistem pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan untuk membentuk keahlian dan keterampilan SDM Kesehatan di bidang-bidang teknologi yang strategis serta mengantisipasi timbulnya kesenjangan keahlian sebagai akibat kemajuan teknologi.
3. Pemberdayaan dan keterlibatan sektor swasta bidang kesehatan melalui intensitas kemitraan penelitian dan kajian dalam pendayagunaan kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan.
4. Pengembangan sarana, prasarana dan jaringan sistem informasi kesehatan untuk mendorong pengembangan standar dan mutu pelayanan kesehatan.

BAB VI PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN

Pengawasan penyelenggaraan RPJPK adalah suatu proses pengamatan yang meliputi pemantauan dan penilaian terhadap pelaksanaan/penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan rencana, ketentuan perundang-undangan dan kebijakan yang ditetapkan.

Pengawasan atas penyelenggaraan pemerintahan/RPJK Tahun 2005 – 2025, diperlukan untuk mewujudkan pemerintahan yang baik, bersih, efektif serta efisien. Pengawasan diperlukan untuk menjaga pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana serta peraturan perundangan yang telah ditetapkan.

Pengawasan dapat dilakukan secara langsung yaitu mendatangi obyek yang menjadi sasaran pengawasan dan pengawasan tidak langsung yaitu dilakukan pengujian dan penilaian atas laporan penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Pengawasan penyelenggaraan RPJPK Tahun 2005 – 2025 meliputi pengawasan internal, pengawasan eksternal dan pengawasan masyarakat yang dilaksanakan dengan mengacu pada norma, yaitu: a) Obyektif, profesional dan tidak mencari-cari kesalahan ;b) Terus menerus untuk hasil yang berkesinambungan; c) Efektif untuk menjamin adanya tindakan koreksi yang cepat dan tepat; d) Mendidik dan dinamis.

Untuk mewujudkan praktik-praktik penyelenggaraan pemerintahan yang baik (*good governance*), dalam pelaksanaannya mempunyai karakteristik, yaitu: partisipasi, kepastian hukum, transparansi, responsif, keadilan, efektifitas dan efisiensi, akuntabilitas.

Pengendalian dalam penyelenggaraan RPJPK Tahun 2005-2025 adalah oleh pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah, lintas sektor dalam lingkup pemerintahan baik di pusat maupun daerah

Pengendalian penyelenggaraan RPJPK Tahun 2005 – 2025 meliputi pemantauan, supervisi dan tindak lanjut terhadap penyimpangan pencapaian upaya pokok pembangunan kesehatan.

Penyelenggaraan RPJPK Tahun 2005 – 2025 dilakukan dengan menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi, serta dengan kerjasama yang sinergis antar para pihak, dalam semangat kemitraan. Untuk mewujudkan kerjasama yang sinergis antar semua pelaku pembangunan kesehatan guna mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan, maka RPJPK Tahun 2005 – 2025 perlu disosialisasikan kepada semua para pihak/pelaku penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

RPJPK Tahun 2005 – 2025 ini merupakan acuan bagi masyarakat dalam melakukan peran aktifnya dalam pembangunan kesehatan

RPJPK Tahun 2005 – 2025 ini juga merupakan acuan bagi lintas sektor dalam lingkup pemerintahan baik di pusat

maupun di daerah dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian berbagai kegiatan pembangunannya, baik yang secara langsung berkaitan dengan kesehatan, maupun kegiatan pembangunan sektor masing-masing yang berwawasan kesehatan.

Pengawasan dilaksanakan pada setiap tingkatan sesuai fungsi tugas, untuk menjaga arah pembangunan dan *good governance*. Aparat pengawas seperti: BPK, BPKP dan Itjen akan melaksanakan tugas sesuai tupoksinya termasuk pengawasan oleh masyarakat dan DPR dengan fungsi pengawasannya. Rencana dapat diperbaiki atau disesuaikan bila dijumpai perubahan lingkungan strategis yang penting sehingga merubah Sistem Kesehatan Nasional.

Dalam pelaksanaan RPJPK Tahun 2005 - 2025, secara nasional harus berpedoman pada Sistem Kesehatan Nasional. Sedangkan dalam lingkup daerah, agar berpedoman pada bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah masing-masing

BAB VII

PENUTUP

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) Tahun 2005 – 2025 yang berisi dasar, visi, misi dan arah pembangunan kesehatan sebagai dokumen yang tak terpisahkan dengan Sistem Kesehatan Nasional (SKN), merupakan pedoman bagi pemerintah dan masyarakat termasuk swasta dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Indonesia 20 tahun ke depan sampai tahun 2025.

RPJPK Tahun 2005 – 2025 ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam penyusunan rencana pembangunan kesehatan jangka menengah (5 tahunan), Rencana Strategis Departemen Kesehatan, dan Rencana Kerja Departemen Kesehatan. RPJPK bersama-sama dengan Rencana Pembangunan Kesehatan Jangka Menengah juga diharapkan menjadi acuan dan pedoman dalam penyusunan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD), Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Strategis (Renstra) SKPD.

Setiap lima tahun RPJPK ini dimutakhirkan kembali sesuai pentahapan dari RPJMK.

**BEBERAPA PERATURAN PERUNDANGAN YANG LEBIH
OPERASIONAL DAN SPESIFIK UNTUK MENDUKUNG
PELAKSANAAN RPJPK TAHUN 2005-2025**

1. Undang-undang Nomor 1 Tahun 1962 tentang Karantina Laut
2. Undang-undang Nomor 2 Tahun 1962 Tentang Karantina Udara
3. Undang-undang Nomor 7 Tahun 1984 Tentang Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi
4. Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen
5. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak
6. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2003 Tentang Keuangan Negara
7. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2004 Tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga
8. Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 Tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintahan Pusat dan Pemerintahan Daerah.
9. Instruksi Presiden Nomor 9 Tahun 2000 Tentang Pengarusutamaan Gender dalam Bidang Pembangunan
10. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.65 Tahun 2005, Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal.
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 72 tahun 2005 Tentang Desa.

12. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 73 tahun 2005 Tentang Kelurahan.
13. Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2007, Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan, antara Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.
14. Peraturan pemerintah No.8 tahun 2008 Tentang Tata cara penyusunan, pengendalian dan evaluasi pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah
15. Peraturan Pemerintahan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2008 Tentang Kecamatan.
16. Kep Menpan No. 63 Tahun 2003 Tentang Pelayanan Publik
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 741/Per/VII/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota
18. Peraturan Menteri Kesehatan No.1575/Menkes/SK/XI/2005 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1295/Menkes/Per/XII/2007
19. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 267/Menkes/SK/III/2008 Tentang Pedoman Teknis Pengorganisasian Dinas Kesehatan Daerah
20. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 922/MENKES/SK/X/2008 tentang Pedoman Teknis Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota
21. Sistem Administrasi Negara Kesatuan Republik Indonesia (SANKRI) tahun 2002

**KONTRIBUTOR PENYUSUNAN
RENCANA PEMBANGUNAN JANGKA PANJANG BIDANG KESEHATAN
(RPJPK) TAHUN 2005-2025**

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) Tahun 2005 – 2025 ini berhasil disusun atas partisipasi aktif dan kontribusi positif dari berbagai pihak, baik dari tingkat Pusat maupun Daerah, yaitu sebagai berikut:

Kontributor Pusat: Siti Fadilah Supari, Sjafii Ahmad, Faiq Bahfein, Budihardja, Nyoman Kandun, Abdurachman, Gunawan Setiadi, Titte Kabul Adimidjaja, Madiono, Indah Yuningprapti, Murti Utami, Bambang Sardjono, Rustam S. Pakaya, Indriyono Tantor, Nasirah Bahaudin, Zulkarnain Kasim, A. Choliq Amin, Deddy Ruswendi, Suprijadi, Achmad Hardiman, Dotti Indrasanto, Mulya Hasymi, Bambang Hartono, Ida Bagus Indra Gotama, Ratna Rosita Hendarji, Yusharmen, Setiawan Soeparan, Suharsono Sumantri, Untung Suseno, R. Hapsara HR, Broto Wasisto, Harmein Harun, Trisa Wahjuni Putri, R.J. Sukowidodo, Iswandi Mourbas, Indira Puspasari, Syamsul Bahri, Soenarjo Soejoso, Bambang Widodo, Sri Suharningsih, Wirabrata, Armanusah, Suprawoto, Sri Suryanto, Fajar Teguh Prihatna, Hardini Kusumadewi, Nagiot C. Tambunan, Jofizal Jannis, Donald Pardede, Kuswati Ningsih, Hasnawati, Wirakamboja, Bambang Hariyanto, Ockti Palupi, Theresia Hermin, Edi Suranto, Yulfita Rahardjo, Tjipto Rahardjo, Abidinsyah Siregar, Meinarwati, Agus Iriawan, Jajang Subagya, Ruhayati, Nadial Roesdal, Mary S. Maryam, Faisal Barabas, Yuniar S, SK. Amdani, Widyawati, Taufik Izwan, M. Royan, Rahbudi Helmi, Lenny Evanita, Suginarti, Toto Heryanto, Chirul R. Nasution, Gemala Hatta, DM. Wismarini, Gerald Mario S., Sardikin Giriputro, Dian Damairini, Dien Emawati, Adang Bachtiar, Syahrul A., Dedi Supratman, Eny Susilowati, Yanti Nurbayanti, Sri Rachmani, Adnan Mahmud, Bachtiar Oesman, E. Suharto, Peter Andreas, Harif Fadhillah, Emi Nurjasmi, Zaura Rini Anggraini, Arum Atmawikarta, Guntur DW, Entos Z, Kamaruzaman, Lovita T, Isti Ratnaningsih, Nurbaiti, Kodrat Pramudho, Sugito, Emmilya Rosa, Mulyadi, Rahmat Kurniadi, Noto Basuki, Sugeng LA, Rita Djupuri, Delnalis, Agung Indarto, Rita Ratna Puri, Diah Puspitasari, Herma Trilas M. Purba.

Kontibutor Daerah: Yoserizal, Rais Lamangkona, Jimmy Lee, Sutrisno, Mahmud Fauzi, Adi Wirachjanto, Tri Martiana, Zainuddin, Bambang Agus Legowo, Suchyar Iskandar, Sasli Adis, Ridarson, Sofia Wirda, Risma Yulius, Herry Tjahjono, Ni Wayan Mariani, AA. Gede Agung Wiadnya Putra Agus Salim Mooduto, H. Abriansyah Alam, Rosihan Adhani, Poedjo Prasetyo, Bambang Sugeng W., Djayusmantoko, Durahman, H. Nuzwli Husnedi, Didi Suwanto, Irwan, T. Ibnu Alferally, Tukijan, Safri, Syafrudin Rasyid, Endro Buono, Melzan Dharmayuli, Abdul Gani Sitepu, Munzir Purba, Shermina Oruh, Yanti, Benny Patiasina, One Widyawati, Hendra Kusumajaya, H. Muchtar, Prof. Veni Haju, Hendra, H. Achmad

Said, Siti Aisyah, Tin tin F, I Wayan A.S., Oslinda Martony, Pande Putujaraga, Ridwan Thaha, Jeane Pangemanan, Nizwardi Azkha, Jauhari, Kiswanto, Bairizal, Sultan Akbar Torutju, Eny Setiowati, Prijono, Indro Darmadji, Syahrani Djedi, Pius Weraman, Fauzi Ali Amin, Andi M. Ishak.

Editor:

R. Hapsara HR, Untung Suseno, Trisa Wahjuni Putri, Iswandi Mourbas,
RJ. Sukowidodo

Dan kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan RPJPK Tahun 2005 – 2025 yang namanya tidak dapat disebutkan satu persatu. Mohon maaf bila ada kesalahan dalam penulisan nama.