



## **BERITA DAERAH KOTA PEKALONGAN**

**TAHUN 2010 NOMOR 38**

---

### **PERATURAN WALIKOTA PEKALONGAN**

**NOMOR : 38 TAHUN 2010**

**TENTANG**

### **SISTEM KESEHATAN KOTA PEKALONGAN**

**WALIKOTA PEKALONGAN,**

- Menimbang** : a. bahwa untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kota Pekalongan, perlu arah dan keterpaduan dari semua potensi dalam proses pembangunan kesehatan yang berkesinambungan;
- b. bahwa untuk menentukan arah dan keterpaduan, serta mengantisipasi berbagai perubahan dan tantangan strategis dalam pembangunan kesehatan, diperlukan sistem yang dapat digunakan sebagai pedoman untuk mengatur berbagai potensi di Kota Pekalongan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Sistem Kesehatan Kota Pekalongan;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat, dan Daerah Istimewa Jogjakarta, sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1954 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 16 dan 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Kota-kota Besar dan Kota-kota Kecil di Djawa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1954 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 551);
2. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);

4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
5. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 1988 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Pekalongan, Kabupaten Daerah Tingkat II Pekalongan dan Kabupaten Daerah Tingkat II Batang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1988 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3381);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 3 Tahun 2007 tentang Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah kepada Pemerintah, Laporan Keterangan Pertanggungjawaban Kepala Daerah kepada DPRD dan Informasi Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah kepada Masyarakat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4693);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
10. Peraturan Daerah Kotamadya Daerah Tingkat II Pekalongan Nomor 5 Tahun 1992 tentang Pekalongan Kota Batik sebagai Sesanti Masyarakat dan Pemerintah Kotamadya Pekalongan dalam Membangun Masyarakat Kota dan Lingkungannya (Lembaran Daerah Kotamadya Daerah Tingkat II Pekalongan Nomor 13 Tahun 1992 Seri D Nomor 8);
11. Peraturan Daerah Kota Pekalongan Nomor 5 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kota Pekalongan Tahun 2005-2010 (Lembaran Daerah Kota Pekalongan Tahun 2007 Nomor 5);
12. Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kota Pekalongan (Lembaran Daerah Kota Pekalongan Tahun 2008 Nomor 7);

Memperhatikan : 1 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 8 Tahun 2009 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 23 Tahun 2007 tentang Pedoman Tata Cara Pengawasan Atas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah;

2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 574/Menkes/SK/IV/2000 tentang Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 922/Menkes/SK/X/2008 tentang Pedoman Teknis Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/Menkes/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN);
5. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 47 Tahun 2006 tentang Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Tengah;
6. Peraturan Walikota Pekalongan Nomor 35 Tahun 2008 tentang Tugas dan Fungsi Dinas Daerah Kota Pekalongan (Berita Daerah Kota Pekalongan Tahun 2008 Nomor 35);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA PEKALONGAN TENTANG SISTEM KESEHATAN KOTA PEKALONGAN.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Kota adalah Kota Pekalongan.
2. Pemerintah Kota adalah Walikota, dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintah daerah.
3. Walikota adalah Walikota Pekalongan.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kota Pekalongan.
5. Sistem Kesehatan Kota di Kota Pekalongan yang selanjutnya disebut Sistem Kesehatan Kota adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta di Kota yang secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
6. Sub sistem adalah sub sistem sebagai bagian Sistem Kesehatan Kota.

BAB II  
MAKSUD, TUJUAN DAN AZAS

Pasal 2

- (1) Sistem Kesehatan Kota dimaksudkan untuk dapat dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah, baik oleh masyarakat, swasta maupun oleh pemerintah kota serta pihak-pihak terkait lainnya.
- (2) Tujuan Sistem Kesehatan Kota adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua potensi warga masyarakat Kota Pekalongan, baik masyarakat, swasta, maupun pemerintah secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

- (3) Dasar penyelenggaraan Sistem Kesehatan Kota meliputi :
- a. hak asasi manusia;
  - b. sinergisme dan kemitraan yang dinamis;
  - c. komitmen dan tata pemerintahan yang baik (*Good Governance*);
  - d. dukungan regulasi;
  - e. antisipatif dan pro Aktif;
  - f. responsif gender;
  - g. kearifan lokal.

### BAB III SISTEM KESEHATAN KOTA

#### Pasal 3

Sistem Kesehatan Kota menjadi pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kota Pekalongan, baik oleh masyarakat, swasta maupun pemerintah.

#### Pasal 4

Sistem Kesehatan Kota sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, tercantum dalam Lampiran Peraturan Walikota ini.

### BAB IV PELAKSANAAN

#### Pasal 5

- (1) Sistem Kesehatan Kota dilaksanakan secara bertahap dan berkesinambungan.
- (2) Sistem Kesehatan Kota sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan dengan melibatkan berbagai pelaku kepentingan yang meliputi :
  - a. masyarakat, yang meliputi tokoh masyarakat, masyarakat madani, lembaga swadaya masyarakat, media massa, organisasi profesi, akademisi, para pakar serta masyarakat luas termasuk swasta atau dunia usaha;
  - b. pemerintah baik pemerintah provinsi dan kota;
  - c. badan legislatif baik di provinsi maupun di kota;
  - d. badan yudikatif.
- (3) Peran masing-masing pelaku kepentingan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), adalah :
  - a. masyarakat berperan dalam advokasi, pengawasan sosial, dan penyelenggaraan berbagai pelayanan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan kemampuan masing-masing untuk pembangunan kesehatan;
  - b. pemerintah berperan sebagai penanggungjawab, penggerak, pembina dan pelaksana pembangunan kesehatan dalam lingkup wilayah kerja dan kewenangan masing-masing;
  - c. badan legislatif berperan melakukan persetujuan anggaran dan pengawasan terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan, melalui penyusunan produk-produk hukum dan mekanisme kemitraan antara eksekutif dan legislatif;
  - d. badan yudikatif berperan menegakan pelaksanaan hukum dan peraturan perundangan yang berlaku di bidang kesehatan.
- (4) Semua pelaku kepentingan menjalankan perannya secara bersinergi.

Pasal 6

- (1) Walikota bertanggungjawab atas terlaksananya Sistem Kesehatan Kota.
- (2) Dinas Kesehatan mengkoordinir pelaksanaan operasional Sistem Kesehatan Kota.

**BAB V  
PEMBINAAN**

Pasal 7

- (1) Pemerintah Kota memfasilitasi penerapan sub sistem dalam Sistem Kesehatan Kota dengan mekanisme kerja antar pelaksana penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kota Pekalongan.
- (2) Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam bentuk :
  - a. penyusunan mekanisme kerja dari masing-masing sub sistem di Kota Pekalongan;
  - b. supervisi dan pemberdayaan pada penerapan sub sistem sesuai Sistem Kesehatan Kota;
  - c. penyusunan dan penerapan Sistem Kesehatan Kota di Kota Pekalongan.

**BAB VI  
PENGAWASAN, PENGENDALIAN DAN PENILAIAN**

Pasal 8

- (1) Walikota melaksanakan pengawasan, pengendalian dan penilaian penerapan Sistem Kesehatan Kota.
- (2) Kepala Dinas Kesehatan memfasilitasi dan mengkoordinasikan pelaksanaan pengawasan, pengendalian dan penilaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

**BAB VII  
PEMBIAYAAN**

Pasal 9

- Semua biaya yang timbul sebagai akibat ditetapkan Peraturan Walikota ini dibebankan pada :
- a. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kota Pekalongan;
  - b. sumber dana lain yang sah dan tidak mengikat.

**BAB VIII  
KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 10

Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan ini sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya akan diatur lebih lanjut oleh Kepala Dinas Kesehatan.

Pasal 11

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Pekalongan.

Ditetapkan di Pekalongan  
pada tanggal 30 Desember 2010

**WALIKOTA PEKALONGAN**

Cap

ttd

**MOHAMAD BASYIR AHMAD**

Diundangkan dalam Berita Daerah Kota Pekalongan Tahun 2010 Nomor 38

SEKRETARIS DAERAH  
KOTA PEKALONGAN



Drs DWI ARIE PUTRANTO, M.Si  
Pembina Utama Muda  
NIP.19551212 198503 1 017

**SISTEM KESEHATAN KOTA PEKALONGAN**

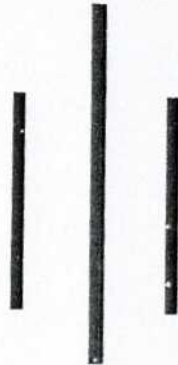
LAMPIRAN I : PERATURAN WALIKOTA PEKALONGAN  
NOMOR : 38  
TANGGAL : 30 Desember 2010



**PEMERINTAH KOTA PEKALONGAN  
DINAS KESEHATAN  
Jl. Jetayu No. 4 Telepon / Faximile (0285) 421972  
PEKALONGAN**



## SISTEM KESEHATAN KOTA PEKALONGAN



PEMERINTAH KOTA PEKALONGAN  
DINAS KESEHATAN  
Jl. Jetayu No. 4 Telepon / Faximile (0285) 421972  
PEKALONGAN

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR		
DAFTAR ISI		
<b>BAB I</b>	<b>PENDAHULUAN</b>	<b>2</b>
A	Latar belakang	2
B	Pengertian Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota	2
C	Maksud Penyusunan SKK	2
D	Landasan SKK	3
<b>BAB II</b>	<b>ANALISIS SITUASI DAN ISUE STRATEGIS</b>	<b>4</b>
A	Analisis Situasi Pembangunan Kota Pekalongan	4
B	Analisis Situasi Pembangunan Kesehatan	7
C	Isue Strategis	19
D	Isue Global	21
<b>BAB III</b>	<b>ASAS SISTEM KESEHATAN KOTA</b>	<b>22</b>
A	Dasar Pembangunan Kesehatan Kota Pekalongan	22
B	Dasar SKK	22
<b>BAB IV</b>	<b>BENTUK POKOK SISTEM KESEHATAN KOTA PEKALONGAN</b>	<b>24</b>
A	Tujuan SKK	24
B	Kedudukan SKK	24
C	Subsistem SKK	24
D	Tata Hubungan Antar Subsistem Dengan Lingkungannya	25
<b>BAB V</b>	<b>CARA PENYELENGGARAAN SISTEM KESEHATAN KOTA PEKALONGAN</b>	<b>27</b>
A	Sub Sistem Upaya Kesehatan	27
B	Sub Sistem Pembiayaan Kesehatan	33
C	Sub Sistem Sumber Daya Manusia Kesehatan	36
D	Sub Sistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan	41
E	Sub Sistem Manajemen dan Informasi Kesehatan	46
F	Sub Sistem Pemberdayaan Masyarakat	49
<b>BAB VI</b>	<b>DUKUNGAN PENYELENGGARAAN SISTEM KESEHATAN KOTA PEKALONGAN</b>	<b>53</b>
A	Pengorganisasian Dan Peran Dalam SKK	53
B	Proses Penyelenggaraan SKK	53
C	Tata Penyelenggaraan SKK	54
D	Sumber Daya Penyelenggaraan SKK	55
E	Kerjasama	56
<b>BAB VII</b>	<b>PENUTUP</b>	<b>56</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>		



## BAB I PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

Dalam Undang-undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 pada pasal 28 H Ayat (1), yang menekankan pentingnya kesehatan sebagai hak asasi manusia, merupakan perubahan dan tantangan strategis bagi pembangunan kesehatan. Ketetapan MPR R.I Nomor X tahun 1998 tentang Pokok-pokok Reformasi Pembangunan mengamanatkan perlu dilaksanakannya pembaharuan melalui reformasi total kebijakan pembangunan dalam segala bidang. Untuk bidang kesehatan pembaharuan tersebut telah berhasil dilaksanakan yakni dengan ditetapkannya Visi Pembangunan Kesehatan di Indonesia yang baru, yaitu Visi Indonesia Sehat 2010. Selanjutnya berdasarkan Visi tersebut, telah berhasil ditetapkan pula dasar-dasar, misi, strategi, kebijakan dan berbagai pokok pembangunan kesehatan.

Dalam rangka melaksanakan kebijakan otonomi daerah, desentralisasi merupakan salah satu strategi yang ditetapkan untuk mencapai Indonesia Sehat 2010. Dalam pelaksanaan desentralisasi, telah ditetapkan pula Keputusan Menteri Kesehatan R.I Nomor: 004/MENKES/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi. Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan yang ditetapkan pada tahun 2003 antara lain telah menggariskan perlunya disusun SKK oleh Daerah dengan memperhatikan SKN, Renstrada dan Visi Daerah.

SKN 2004 sebagai pengganti SKN 1982, pada hakekatnya merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan, penting untuk dimutakhirkan menjadi SKN 2009 agar dapat mengantisipasi berbagai tantangan perubahan pembangunan kesehatan dewasa ini dan dimasa depan. Dalam mengantisipasi ini, perlu mengacu terutama pada arah, dasar, dan strategi pembangunan kesehatan yang ditetapkan dalam Undang-undang nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) tahun 2005-2025 dan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) Tahun 2005-2025.

Dalam SKN telah digariskan pula pentahapan penyelenggaraannya, yang antara lain memfasilitasi pengembangan Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota (SKK) dengan mengacu pada SKN dan mempertimbangkan kondisi, dinamika, dan masalah spesifik daerah. Dalam penyusunan SKK tersebut perlu dengan seksama memperhatikan komitmen dilaksanakannya Standar Pelayanan Minimal di bidang kesehatan dan juga komitmen global dalam pembangunan kesehatan, seperti pencapaian *Millennium Development Goals, Macro-economic and Health, Sustainable Development, Poverty Reduction Strategic Paper, dan A World Fit for Children.*

Pemerintah Pusat memfasilitasi pengembangan dan penguatan SKK dalam bentuk peraturan perundang-undangan daerah serta memfasilitasi advokasi dan sosialisasi SKK sesuai kebutuhan.

### B. PENGERTIAN SISTEM KESEHATAN KOTA (SKK)

Sistem Kesehatan Kota adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta di Kota yang secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pada hakekatnya SKK juga merupakan wujud dan sekaligus metode penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.

Dalam pengembangan SKK, perlu digaris bawahi bahwa SKN sebagai wujud penyelenggaraan pembangunan kesehatan nasional, terdiri dari keseluruhan Sistem Kesehatan Provinsi (SKP), dan masing-masing SKP terdiri dari berbagai Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota (SKK) dalam wilayah provinsi. Oleh karenanya kedudukan SKN merupakan suprasistem dari SKK, atau dengan kata lain SKK merupakan bagian integral dari SKN.

SKK menguraikan secara spesifik unsur-unsur upaya kesehatan; pembiayaan kesehatan; sumberdaya manusia kesehatan; sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan; pemberdayaan masyarakat; dan manajemen dan informasi kesehatan sesuai dengan potensi, kondisi dinamika dan masalah spesifik daerah.

### C. MAKSUD PENYUSUNAN SISTEM KESEHATAN KOTA (SKK)

Penyusunan SKK ini dimaksudkan untuk dapat dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah, baik oleh masyarakat, swasta maupun oleh pemerintah daerah serta pihak-pihak terkait lainnya. Sehingga tersusunnya SKK ini untuk mempertegas makna pembangunan kesehatan dalam rangka pemenuhan hak asasi manusia, memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD) Kota Pekalongan Tahun 2005-2025, memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, serta meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan kesehatan di Kota Pekalongan.



#### D. LANDASAN SKK

Landasan pentingnya menyusun **Sistem Kesehatan Kota** Pekalongan, sebagai berikut:

1. **Landasan Idiil** yaitu Pancasila.
2. **Landasan Konstitusional** yaitu UUD 1945, khususnya:
  - a. Pasal 28 A ; setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya.
  - b. Pasal 28 H ayat (1); setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
  - c. Pasal 28 H ayat (3) ; setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.
  - d. Pasal 34 ayat (2) ; Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.
  - e. Pasal 34 ayat (3) ; Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.
  - f. Pasal 28 B ayat (2) ; setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang.
  - g. Pasal 28 C ayat (1) ; setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia.
3. **Landasan Operasional** yaitu :
  - a. UU No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
  - b. UU No 10 tahun 2004 tentang pembentukan peraturan perundang-undangan
  - c. UU No 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
  - d. Peraturan Pemerintah No 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten/Kota
  - e. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 922/Menkes/SK/X/2008 tentang Pedoman Teknis Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
  - f. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 8 Tahun 2009 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 23 Tahun 2007 tentang Pedoman Tata Cara Pengawasan Atas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.
  - g. Kepmenkes No 374/Menkes/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN).
  - h. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 47 Tahun 2006 tentang Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
  - i. Revitalisasi Paradigma Sehat , relevansi dan implikasi oleh Pemerintah Kabupaten/Kota.
  - j. Reposisi peran pemerintah, swasta dan rakyat dalam pembangunan Kesehatan.
  - k. Tantangan pembangunan kesehatan di masa depan (transisi demografi, transisi epidemiologis, pengaruh global, MDG's, Indeks Pembangunan Manusia.dll).
  - l. Peraturan Walikota Pekalongan No 11 Tahun 2008 tentang Percepatan Pembangunan Keluarga Sejahtera Berbasis Masyarakat (P2KSBM) Kota Pekalongan.
  - m. Peraturan Walikota Pekalongan No 7 Tahun 2009 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan pada BLUD RSUD Benda Kota Pekalongan.
  - n. Peraturan Walikota Pekalongan No 5 A Tahun 2010 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Kota Pekalongan.
  - o. Peraturan Walikota Pekalongan No 12 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Kota Pekalongan
  - p. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kota Pekalongan Tahun 2005-2025 Bidang Kesehatan



## BAB II ANALISIS SITUASI DAN ISUE STRATEGIS

Dalam bab ini, dikemukakan secara ringkas analisis situasi pembangunan Kota Pekalongan dan kecenderungan pembangunan sektor-sektor yang terkait dengan kesehatan, analisis situasi pembangunan kesehatan di Kota Pekalongan serta isue strategis dan isue global tentang penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

### A. ANALISIS SITUASI PEMBANGUNAN KOTA PEKALONGAN

#### 1. Kependudukan

Berdasarkan Data SUSENAS Badan Pusat Statistik Kota Pekalongan Tahun 2008, jumlah Penduduk Kota Pekalongan tahun 2008 adalah 273.911 Jiwa. Dibandingkan tahun 2007 adalah 271.990 Jiwa. Sehingga terjadi penambahan penduduk sebesar sebanyak 1.921 jiwa atau naik 0.70%

Kepadatan penduduk di Kota Pekalongan cenderung meningkat seiring dengan kenaikan jumlah penduduk. Adapun rata-rata kepadatan penduduk tercatat 6.053 jiwa setiap kilometer persegi dan wilayah terpadat adalah Kecamatan Pekalongan Barat dengan kepadatan 8.691 jiwa setiap kilometer persegi.

Rasio ketergantungan (Dependency Ratio) Kota Pekalongan adalah sebesar 52,7, yang artinya bahwa setiap 100 penduduk usia produktif menanggung sekitar 53 orang penduduk usia tidak produktif. Hal ini disebabkan karena jumlah penduduk usia 15 – 64 tahun lebih besar dari penduduk usia 0 – 14 tahun dan 65 tahun ke atas.

Penduduk Kota Pekalongan menyebar secara tidak merata di seluruh wilayah Kota Pekalongan. Jumlah penduduk terbanyak berada di Kecamatan Pekalongan Barat dengan jumlah mencapai 87.343 jiwa. Kemudian secara berurutan mengikuti adalah Kecamatan Pekalongan Utara sebanyak 72.155 jiwa, Kecamatan Pekalongan Timur sebanyak 63.645 jiwa dan Kecamatan Pekalongan Selatan sebanyak 50.768 jiwa.

#### 2. Lingkungan Fisik dan Biologi serta eksploitasi alam

Lingkungan fisik dan biologi berubah sangat cepat akibat berbagai pembangunan, antara lain: pembangunan gedung; jalan; jembatan; pengembangan pemukiman; persampahan; munculnya pabrik/industri; meningkatnya jumlah kendaraan bermotor; akan memberikan dampak masalah di bidang kesehatan dengan berbagai limbah termasuk limbah industri dan asapnya. Eksploitasi alam yang tidak terkendali dan perubahan lingkungan yang mengarah pada perusakan, berakibat

munculnya masalah kesehatan. Perubahan iklim dan keseimbangan ekologi, meningkatnya bencana alam, akan berdampak masalah kesehatan masyarakat di masa mendatang yang makin serius.

Kota Pekalongan merupakan salah satu sentra industri batik di Jawa Tengah. Terkait dengan ini pencemaran akibat limbah batik menjadikan Kota Pekalongan sebagai Kota yang paling tercemar di Jawa Tengah. Pencemaran sungai oleh limbah batik disebabkan karena limbah pengolahan batik dari industri besar maupun rumah tangga yang mengandung bahan kimia, tidak diolah terlebih dahulu sebelum dibuang ke sungai, sehingga mengakibatkan air sungai berwarna kehitam-hitaman, serta memunculkan bau yang menyengat. Akibat dari pencemaran ini, sumur-sumur penduduk yang tinggal di sekitar sungai menjadi berubah warna dan rasa sehingga tidak layak untuk dikonsumsi.

Salah satu cara yang bisa dilakukan untuk mengurangi pencemaran air sungai adalah dengan memperbanyak pembangunan IPAL (Instalasi Pengolahan Air Limbah) bersama.

Saat ini baru ada 1 unit IPAL bersama yaitu di Kelurahan Jenggot. Dan hanya bisa menampung limbah sebanyak 400m<sup>3</sup>, dari 700m<sup>3</sup> limbah yang dikeluarkan industri batik rumah tangga di wilayah tersebut per hari. Selebihnya bersama dengan industri di wilayah Kelurahan Kauman, Kramatsari, Kergon, Pabean, dan Pasirsari limbah dibuang ke sungai.

Disamping pencemaran sungai, Kota Pekalongan merupakan daerah yang sering terjadi bencana banjir serta rob akibat pasang air laut. Hal ini disebabkan karena drainase yang kurang lancar dan sebagian wilayahnya merupakan daerah pesisir pantai utara Jawa yang memiliki daratan lebih rendah dari permukaan air laut.

Wilayah yang sering mengalami bencana rob antara lain; Kelurahan Panjang Wetan, Panjang Baru, Kandang Panjang, Krapyak Lor. Sedangkan di Kecamatan Pekalongan Utara terdapat satu Kelurahan yang hampir setiap tahun tergenang banjir yaitu Kelurahan Pabean. Hal ini karena kondisi tanahnya lebih rendah dibanding dengan daratan disekitarnya.

#### 3. Kondisi dan Struktur Ekonomi

Pertumbuhan ekonomi Kota Pekalongan Tahun 2008 mencapai 3,04%. Angka tersebut lebih rendah dari angka pertumbuhan ekonomi tahun 2007 yang mencapai 3,80%. Dibanding dengan Kabupaten tetangga dengan periode yang sama, pertumbuhan ekonomi Kota Pekalongan Tahun 2008 masih di bawah



Kabupaten Pekalongan (4,71%) dan Provinsi Jawa Tengah (5,80%) dan Kabupaten Batang (3,68%).

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) Kota Pekalongan berdasarkan atas dasar harga berlaku (ADHB) pada Tahun 2008 mencapai Rp. 12.003.660,- dibandingkan tahun 2007 sebesar Rp. 11.041.384,- Dengan demikian PDRB Kota Pekalongan naik sekitar 8,72%. Secara sektoral, pertumbuhan ekonomi tersebut didorong oleh sektor perdagangan, hotel dan restoran, sektor industri pengolahan, sektor bangunan dan sektor keuangan, persewaan dan jasa perusahaan. Di sisi penggunaan, pertumbuhan ekonomi tahunan didorong oleh konsumsi rumah tangga, konsumsi pemerintah dan investasi.

Disisi lain, perkembangan harga-harga barang kebutuhan pada tahun 2008 menunjukkan gambaran yang cenderung naik. Hal ini ditunjukkan dari laju inflasi Kota Pekalongan sampai dengan akhir tahun 2008 sebesar 10,03%. Angka tersebut lebih tinggi dari laju inflasi tahun 2007 yang mencapai 4,16% dan laju inflasi Provinsi Jawa Tengah 9,55% dan di bawah angka inflasi nasional.

#### 4. Kemiskinan

Rumah tangga miskin di Kota Pekalongan jumlahnya cenderung fluktuatif. Data Rumah Tangga Miskin (KK Miskin) Tahun 2006 sebanyak 31.461 KK (47,11%), Tahun 2007 sebanyak 22.683 KK (33,75%) dan Tahun 2008 terdapat 22.639 KK (33,10%).

Berdasarkan jumlah tersebut, jumlah keluarga miskin masih cukup tinggi. Rumah Tangga Miskin ini dikategorikan sebagai rumah tangga yang tidak dapat mencukupi kebutuhan dasar hidupnya, tidak dapat melakukan kegiatan produktif yang disebabkan ketidakmampuan mereka untuk mengakses sumber daya ekonomi termasuk ketidakmampuan dalam mengakses pelayanan kesehatan.

Oleh karena itu, Pemerintah Kota Pekalongan terus berusaha untuk meningkatkan upaya – upaya pemberdayaan masyarakat baik dengan mengeluarkan Perwal No. 11 Tahun 2008 tentang Percepatan Pembangunan Keluarga Sejahtera Berbasis Masyarakat (P2KSBM) melalui Program-Program yaitu Percepatan Keluarga Miskin Bersekolah, Percepatan Keluarga Miskin Sehat, Percepatan Keluarga Miskin Berusaha, Percepatan Pembangunan Sarana dan Prasarana Lingkungan, dan Penguatan Kapasitas Kelembagaan Masyarakat Mandiri.

Dalam rangka mewujudkan Program Percepatan Keluarga Miskin Sehat dilaksanakan melalui :

- a. Pengembangan sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM).
- b. Pemberian makanan tambahan untuk balita, ibu hamil dan atau melahirkan.
- c. Penanggulangan penyebaran penyakit menular.
- d. Pemugaran rumah tidak layak huni (jamban, plesterisasi, ventilasi, penyekat, penerangan, air bersih)

Pemerintah Kota Pekalongan juga mengembangkan sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM), yaitu dengan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Kota Pekalongan (Jamkesda Kota Pekalongan). Selain untuk mewujudkan masyarakat miskin sehat, Jamkesda Kota Pekalongan juga bertujuan untuk mengembangkan sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM), meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien, serta mewujudkan sistem pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin yang dibiayai oleh Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Kota Pekalongan. Sedangkan ruang lingkup penyelenggaraan Jamkesda Kota Pekalongan meliputi pelayanan kesehatan dasar yaitu Puskesmas dan Bidan Praktek Swasta serta pelayanan kesehatan lanjutan yaitu Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) dan Rumah Sakit. Sasaran kepesertaan Jamkesda meliputi masyarakat miskin non kuota Jamkesmas, peserta tambahan program Jamkesda yang berdasarkan Rekomendasi Tim Pengelola, dan bayi baru lahir dari keluarga peserta Jamkesda.

#### 5. Kesejahteraan Sosial

Fenomena permasalahan kesejahteraan sosial masih banyak ditemui di Kota Pekalongan. Walaupun upaya penanganan, pemberantasan dan rehabilitasi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) terus dilakukan tetapi belum berhasil mengurangi jumlah PKMS secara signifikan. Pada Tahun 2007 masih terdapat 618 orang generasi muda penyandang masalah kesra, 135 keluarga penyandang sosial psikologis, 2.422 orang anak terlantar/gelandangan, 4.655 orang usia lanjut/jompo, 1.626 orang wanita rawan sosial, 2.049 keluarga dengan kondisi perumahan dan lingkungan tidak layak, 165 orang anak nakal, 1.102 orang penyandang cacat, 26 orang tuna susila, 72 orang waria dan 154 orang bekas narapidana.

Berdasarkan kondisi tersebut jumlah penyandang masalah kesejahteraan sosial di Kota Pekalongan masih cukup tinggi. Oleh karena itu perlu dilakukan program-program pemberantasan masalah sosial dengan melibatkan peran



serta masyarakat, swasta maupun pemerintah daerah serta pihak-pihak terkait lainnya.

#### 6. Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi

Pengembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi tidak terlepas dari kegiatan penelitian dan pengembangan yang dilakukan Pemerintah bersama masyarakat.

Selama ini Pemerintah Kota Pekalongan bekerja sama bersama dengan berbagai pihak seperti perguruan tinggi, sekolah dan instansi lainnya telah berusaha untuk melakukan penelitian dan pengembangan dalam berbagai penanganan permasalahan masyarakat. Berbagai penemuan yang merupakan Hasil Penelitian dan Pengembangan sangat mendukung keberhasilan berbagai program pembangunan termasuk pembangunan kesehatan.

Pemerintah Kota Pekalongan pada dewasa ini tengah berupaya mengembangkan e-government. Hal tersebut dipandang sebagai suatu kebutuhan yang tidak bisa ditawar-tawar lagi di era globalisasi yang ditujukan untuk menciptakan sebuah pemerintahan yang transparan dan akuntabel bagi masyarakat. Bekerjasama dengan BPPT, Pemkot Pekalongan telah meresmikan jaringan infrastruktur Batik.net sebagai suatu sistem informasi terpadu, untuk memenuhi target sebagai daerah yang berwawasan teknologi informasi 2010.

Keberhasilan implementasi E-Government di Pemkot Pekalongan diindikasikan cukup berhasil dan menunjukkan kemajuan yang menggembirakan terlihat dari beberapa prasarana di kota Pekalongan yang telah menggunakan Open Source Software (OSS) dalam menjalankan fungsinya. Contohnya : adanya situs Museum Batik Nusantara dan situs pemberdayaan perempuan & anak.

Masyarakat Kota Pekalongan pun sudah merasakan sejumlah manfaat dengan adanya E-Government ini seperti pengeluaran menjadi lebih hemat, pelayanan dalam bidang kesehatan menjadi lebih baik karena sistem pendaftaran yang terkomputerisasi sehingga lebih cepat dan mudah. Hal ini juga membantu dalam memudahkan pencarian data rekam medik.

Pemerintah Kota Pekalongan juga telah membuka beberapa Telecenter sebagai sarana belajar Teknologi Informasi seperti internet bagi masyarakat agar masyarakat lebih mengenal apa itu E-Government. Masyarakat yang ingin belajar di Telecenter ini tidak dipungut biaya. Adanya Telecenter ini diharapkan bisa menjadi program bagi masyarakat dan pemerintah berperan sebagai fasilitator dan pendorong partisipasi masyarakat.

Selain itu pendampingan yang dilakukan oleh BPPT juga meliputi bidang pendidikan. Dimana sekolah-sekolah akan diberikan aplikasi-aplikasi yang bermanfaat. Dengan adanya E-gov ini diharapkan tata kota dan pelayanan bisa menjadi lebih baik dan secara bertahap maju ke arah good governance.

Untuk itu sangat diperlukan sebuah koordinasi dari berbagai pihak untuk mewujudkan good governance di Pekalongan sehingga berjalan lebih baik.

**Reformasi dan desentralisasi** dalam berbagai bidang, termasuk bidang kesehatan membuka peluang lebih besar bagi masyarakat untuk menentukan arah pembangunan kesehatan di Kota Pekalongan. Isue hak asasi manusia termasuk kesehatan sebagai hak dasar penduduk yang dijamin Undang-undang dasar, memerlukan tindak lanjut dan penjabaran dalam kehidupan sehari-hari. Sesuai dengan UU nomor 22 tahun 1999 dan UU nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan daerah menjelaskan bahwa, pemerintah memberikan otonomi yang seluas-luasnya, yang berarti memberikan kewenangan cukup besar kepada daerah baik propinsi maupun kabupaten/kota untuk mengatur berbagai urusan dengan harapan mendekatkan pengambilan keputusan dalam pemecahan masalah di daerah, termasuk kesehatan merupakan urusan wajib dan kewenangan wajib Propinsi dan kabupaten/kota. UU 22 tahun 1999 menjelaskan tidak ada hubungan hirarkhi antara propinsi dan kabupaten/kota. Sedangkan UU 32 tahun 2004 terjadi perubahan mendasar yaitu ada hubungan hirarkhi antara propinsi dan kabupaten/kota.

Pembangunan kesehatan sangat dipengaruhi oleh pengembangan sistem diluar kesehatan, seperti: kependudukan; lingkungan fisik dan biologis serta eksploitasi alam; kondisi perekonomian, kemiskinan, kesejahteraan sosial serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Adanya berbagai komitmen baik global maupun regional, dan adanya reformasi serta desentralisasi di semua jajaran administrasi pemerintah, ikut berperan dalam perubahan kebijakan dan tatanan di semua bidang termasuk kesehatan, dan menjadi penting penerapan pembangunan berwawasan kesehatan serta untuk mendorong penerapan berbagai sub sistem kesehatan dan sub sistem lain yang terkait.



## ANALISIS SITUASI PEMBANGUNAN KESEHATAN

Situasi dan kondisi yang terkait langsung dengan pembangunan kesehatan meliputi analisis sistem di Kota Pekalongan, derajat kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, pemberdayaan masyarakat, serta manajemen informasi kesehatan.

### 1. Analisis sistem di Kota Pekalongan.

Perkembangan peraturan perundangan menunjukkan bahwa penyerahan urusan kesehatan kepada daerah telah dimulai sejak tahun 1974 yang diperjelas dan dirinci tahun 1987 dan diperkuat peraturan perundangan yang lain sampai saat ini. Penyerahan urusan sebelum reformasi masih sangat dikendalikan oleh pemerintah pusat, dan belum sepenuhnya disertai dengan penyerahan keuangan yang terdesentralisasi, sehingga kewenangan pengaturan keuangan tetap ada di Pemerintah Pusat. Pemerintah provinsi dan kabupaten/ kota hanya berwenang mengelola keuangan sesuai dengan pendapatan rumah tangganya.

Setelah reformasi terjadi perubahan otonomi yang lebih luas dan mendasar, dimana penyerahan urusan kesehatan dan tanggung jawab yang lebih besar di daerah, diikuti dengan penyerahan dana perimbangan untuk melaksanakan kewenangan desentralisasi, sehingga memberikan dorongan daerah mengatur tugas dan fungsinya sesuai kebutuhan daerah. Alokasi dana dekonsentrasi dan dana tugas pembantuan dari pemerintah pusat, menyesuaikan kebutuhan dan usulan daerah tanpa meninggalkan kepentingan secara nasional. Hal ini menunjukkan adanya perubahan dari sentralisasi menjadi desentralisasi yang lebih nyata. Perubahan perundangan berdampak pada perubahan struktur RS Pemerintah dari Unit Teknis Dinas Kesehatan berubah menjadi Unit Teknis Pemda, dan saat ini berubah menjadi Perjan atau Badan atau Badan Layanan Umum.

Kemudian menyusul dengan diterbitkannya PP 38/2007 dan PP 41/2007 dimana terdapat pembagian urusan pemerintahan antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kab/Kota maka berdampak pada perubahan sistem kesehatan di daerah dan pusat sebagai bagian dari reformasi bidang kesehatan. Dengan adanya PP-PP tersebut maka Dinas Kesehatan semakin berkembang menjadi lembaga pemerintah di sektor kesehatan yang mempunyai banyak fungsi yakni (1) sebagai pelaksana kegiatan, (2) semakin menjadi lembaga yang menyusun kebijakan dan peraturan di daerah berdasar standar nasional, memastikan aturan dijalankan, dan (3) membiayai pelayanan kesehatan. RS pemerintah semakin tegas didorong menjadi lembaga pelayanan non-birokratis.

RS pemerintah menjadi lembaga pelayanan yang bersifat tidak mencari untung, dalam sistem Badan Layanan Umum (BLU).

Perubahan-perubahan ini membawa implikasi hubungan antara Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan dan berbagai lembaga lain, termasuk rumah sakit pemerintah.

### 2. Derajat Kesehatan.

Berdasarkan data yang ada dapat memberi gambaran kualitas hidup dan kesehatan masyarakat, antara lain:

1. Peningkatan Umur Harapan Hidup (UHH) waktu lahir dalam tiga tahun terakhir cenderung meningkat dari 69,10 tahun pada tahun 2006, menjadi 69,10 tahun pada tahun 2007, dan menjadi 69,80 tahun pada tahun 2008 (BPS Kota Pekalongan).
2. Meningkatnya Angka Kematian Bayi (AKB) dari 6,06 tahun 2006 menjadi 6,80 per 1000 kelahiran hidup tahun 2007, dan menjadi 8,25 per 1000 kelahiran hidup tahun 2008 (Profil Kesehatan Kota Pekalongan 2006-2008).
3. Meningkatnya Angka Kematian Balita (AKABA) dari 1,33 per 1000 Kelahiran Hidup pada tahun 2006 menjadi 8,34 per 1000 kelahiran hidup tahun 2007, dan meningkat menjadi 9,84 per 1000 kelahiran hidup tahun 2008 (Profil Kesehatan Kota Pekalongan 2006-2008).
4. Menurunnya Angka Kematian Ibu (AKI) 118,27 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2006 menjadi 108,17 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2007 dan menjadi 95,22 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2008 (Profil Kesehatan Kota Pekalongan 2006-2008).

Gambaran Beberapa penyakit menular di Kota Pekalongan antara lain:

- Penemuan kasus AFP tahun 2008 sejumlah 3 kasus (3,65/100.000 penduduk usia < 15 th) mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2007 sejumlah 2 kasus (2,48 /100.000 penduduk usia < 15 th) sehingga pada tahun 2008 sudah mencapai target SPM 2010 yaitu  $\geq 1/100.000$  penduduk usia < 15 th).
- Angka penemuan penderita TB dengan BTA (+) di Kota Pekalongan tahun 2008 di 10 Puskesmas sebanyak 186 penderita (Case Detection Rate/CDR 62,63%) meningkat dibandingkan tahun 2007 sebanyak 174 penderita (Case Detection Rate/CDR 59,79%). Sedangkan angka penemuan kasus dari BP Paru-Paru sebanyak 128 penderita TB dengan BTA (+) meningkat dibandingkan tahun 2007 yaitu 91 penderita TB dengan BTA (+), sehingga apabila digabungkan maka pencapaian CDR meningkat menjadi 105,72% dan angka tersebut sudah di atas target nasional yaitu sebesar 70%.



- Cakupan ISPA pada Balita tahun 2008 tercapai 160 kasus (6,37%) menurun jika dibandingkan tahun 2007 yang tercapai 229 kasus (9,11%).
- Jumlah kasus HIV/AIDS yang dilaporkan di Kota Pekalongan pada tahun 2008 sebanyak 3 kasus, meningkat bila dibandingkan tahun 2007 dan 2006, dimana tidak ditemukan kasus HIV/AIDS.
- Pada tahun 2008 di Kota Pekalongan tidak ditemukan kasus IMS. Meskipun demikian kemungkinan kasus yang sebenarnya dipopulasi masih belum terdeteksi.
- Tahun 2008, kasus DBD di Kota Pekalongan mengalami penurunan dibandingkan tahun 2007 yaitu dari 27 kasus dengan Incident Rate : 0,99 per 10.000 penduduk menjadi 24 kasus dengan IR : 0,88 per 10.000 penduduk. Sehingga Incident Rate DBD tahun 2007 dan 2008 sudah mencapai indicator SPM yaitu < 2/10.000 penduduk. Sedangkan angka kematian DBD tahun 2008 sebanyak 4 kasus dengan Case Fatality Rate : 16,67% meningkat dibandingkan tahun 2007 sebanyak 2 kasus meninggal dengan CFR : 7,41%
- Cakupan penemuan kasus penyakit Diare tahun 2008 tercapai 8.909 kasus, meningkat dibandingkan tahun 2007 mencapai 8.450. Insident Rate (IR) Diare pada tahun 2008 adalah sebesar 32,53 / 1000 penduduk, menurun jika dibandingkan tahun 2007 adalah sebesar 31,07 / 1000 penduduk. Angka kematian tahun 2008 tidak dilaporkan, hal ini disebabkan karena Sistem Surveillance Rumah Sakit masih lemah.
- Di Kota Pekalongan pada tahun 2008, tidak di temukan kasus malaria baik secara klinis maupun berdasarkan pemeriksaan mikroskopis. Sementara pada tahun 2007, kasus klinis malaria berjumlah 572 kasus yang tersebar di 7 Puskesmas. Tetapi dari hasil pemeriksaan mikroskopis yang dilakukan terhadap seluruh sediaan darah penderita, tidak ditemukan penderita yang positif sebagai penderita malaria. Jadi sejak tahun 2007, Kota Pekalongan tidak ditemukan kasus malaria.
- Penderita Kusta terdaftar tahun 2008 sebanyak 43 penderita yang terdiri dari penderita tipe PB sebanyak 4 penderita dan penderita tipe MB sebanyak 39 penderita dengan PR 1,54/ 10.000 penduduk, menurun jika dibandingkan tahun 2007 sebanyak 50 penderita yang terdiri dari penderita tipe PB sebanyak 10, penderita tipe MB sebanyak 40 dengan PR 1,83/10.000 penduduk.

Penemuan penderita baru tahun 2008 sebanyak 51 penderita dengan CDR sebesar 1,83/10.000 penduduk menurun dibanding tahun 2007 sebanyak 61 penderita dengan CDR sebesar 2,24/10.000 penduduk.

- Jumlah kasus Filariasis di Kota Pekalongan dari tahun ke tahun semakin bertambah. Secara kumulatif, jumlah kasus filariasis pada tahun 2008 sebanyak 106 penderita. Kasus Filariasis yang ditangani di Kota Pekalongan pada tahun 2008 adalah 100%. Ini berarti sudah mencapai target SPM 2010 sebesar  $\geq 90\%$ . Sebagaimana tahun 2008, penanganan kasus filariasis tahun – tahun sebelumnya juga sudah mencapai 100%.

Tingginya kasus penyakit tidak menular juga merupakan masalah kesehatan masyarakat. Penyakit tidak menular mempunyai dampak negatif yang sangat besar karena merupakan penyakit kronis. Apabila seseorang menderita penyakit kronis, maka berbagai tingkatan produktivitas menjadi terganggu. Aktifitas penderita menjadi terbatas, karena menyesuaikan diri dengan jenis dan gradasi dari penyakit yang diderita. Yang harus mendapatkan perhatian lebih adalah bahwa penyakit tidak menular merupakan kematian tertinggi dibanding dengan penyakit menular, karena penyakit tidak menular secara medis tidak bisa disembuhkan tetapi hanya bisa dikendalikan. Pada tahun 2008, di Kota Pekalongan tercatat 1 penderita Ca Hepar, 7 penderita Ca Paru, 42 penderita ID DM, 84 penderita ND DM, 2 penderita Angina Pekt, 13 penderita AMI, 5 penderita Dekomp Kordis, 351 penderita Hipertensi essensial, 9 penderita stroke hemoragik, 15 penderita stroke non hemoragik, 33 penderita PPOK, 308 penderita Asma Bronkial, 35 penderita Psikosis, dan 104 kasus kecelakaan lalu-lintas (KLL).

Di Kota Pekalongan pada tahun 2008 tidak ditemukan kasus Ca Serviks, Ca Mamae, Gangguan Mental dan Perilaku, Glaukoma, Katarak, Gangguan Fungsi Hati, Gangguan Fungsi Ginjal, dan Gangguan Prostat. Laporan kasus berbagai penyakit tersebut belum tertata dengan baik, dan penyakit tersebut mempunyai tingkat fatalitas yang tidak terlalu tinggi, tetapi tetap harus mendapat perhatian dalam upaya pencegahan dan penanganannya.

Gambaran status gizi balita di Kota Pekalongan berdasarkan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Balita pada tahun 2006, 2007, dan 2008 menunjukkan bahwa:

1. Pada tahun 2006 terdapat 0,10% balita dengan gizi buruk, 0,04% balita dengan gizi buruk pada tahun 2007, dan 0,07% balita dengan gizi buruk pada tahun 2008.
2. Apabila dilihat dari hasil penimbangan balita maka pada tahun 2006 terdapat 2,3% balita dengan berat badan dibawah standar (BGM), tahun 2007 terdapat 2,89% balita BGM dan pada tahun 2008 terdapat 2,69% balita BGM.



Meskipun pencapaian tahun 2008 mengalami penurunan dibanding tahun 2007, namun demikian masih tingginya angka balita BGM menunjukkan bahwa di Kota Pekalongan masih banyak ditemukan balita dengan berat badannya berada di bawah standar (BGM) (Profil Kesehatan Kota Pekalongan Tahun 2006-2008).

Dari hasil survei vitamin A Kota Pekalongan tahun 2008 menunjukkan cakupan bayi (6-11 bulan) yang mendapat Vit A sebesar 95,74%, sedangkan anak balita yang mendapat Vit A sebesar 80,73%, dan ibu nifas yang mendapat Vit A sebesar 91,35%. Sedangkan cakupan tahun 2007, menunjukkan bayi yang mendapat Vit A sebesar 96,93%, balita yang mendapat Vit A sebesar 78,73%, dan ibu nifas yang mendapat Vit A sebesar 89,35%.

Situasi tersebut memberi gambaran kualitas hidup dan derajat kesehatan masyarakat di Kota Pekalongan, yang terkait langsung dengan pembangunan kesehatan di Kota Pekalongan.

### 3. Upaya Kesehatan

#### a) Upaya Kesehatan Primer

Upaya kesehatan primer adalah upaya kesehatan dasar dimana terjadi kontak pertama secara perorangan atau masyarakat dengan pelayanan kesehatan sebagai awal dari proses pelayanan kesehatan langsung maupun pelayanan kesehatan penunjang, dengan mekanisme rujukan timbal-balik, termasuk penanggulangan bencana dan peyayanan gawat darurat.

Keberhasilan upaya kesehatan primer tahun 2008 dapat dilihat dari:

#### (1) Perkembangan upaya kesehatan Ibu, anak, usia lanjut, antara lain:

Pelayanan kesehatan ibu dapat dilihat dari cakupan kunjungan Ibu Hamil pertama (K1) 96,01% dan cakupan kunjungan Ibu Hamil keempat (K4) 93,24% tahun 2008, belum mencapai target SPM 2010 yaitu sebesar 95%. Sedangkan cakupan persalinan ditolong nakes 94,37%, sudah mencapai target dan kunjungan neonatal 90,81% tahun 2008, sudah mencapai target.

a. Pelayanan kesehatan anak balita dapat dilihat dari deteksi dini tumbuh kembang balita dan anak pra sekolah sebesar 75,79%, target yang seharusnya dicapai 95%. Cakupan vit A pada Balita mencapai 80,73%, target yang seharusnya dicapai 95%.

b. Cakupan pelayanan Usia Lanjut (Usila) mencapai 29,32% dan belum mencapai target (70%).

#### (2) Pencapaian upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit antara lain:

- a. Cakupan imunisasi lengkap dengan indikator Universal Child Immunization (UCI) desa di Kota Pekalongan sejak tahun 2007 mencapai 100%. Tahun 2008 cakupan Imunisasi DPT 3 mencapai 96,31%, cakupan Polio4 rutin 97,19%, cakupan TT2 ibu hamil 3,96%. Penemuan kasus Polio (Acute Flaccid Paralyse = AFP Rate) melalui screening kasus kelumpuhan tahun 2008 mencapai 3,65/100.000 anak usia dibawah 15 tahun, lebih tinggi dari target minimal 1/100.000 anak usia dibawah 15 tahun.
- b. Di Kota Pekalongan dalam kurun waktu 10 tahun terakhir tidak ditemukan kasus malaria positif. Akan tetapi untuk mencegah penularan/penyebaran malaria di Kota Pekalongan, pengamatan secara intensif diperlukan mengingat kemungkinan adanya kasus import yang kurang terpantau. Strategi penemuan penderita dilakukan secara klinis laboratories dengan pemeriksaan darah tebal terhadap pengunjung di unit pelayanan kesehatan dengan keluhan klinis malaria. Pada Tahun 2008 pemeriksaan darah klinis malaria tercapai : 473 sampel (16,99 %) dari target 2.783 sampel, mengalami penurunan dibandingkan tahun 2007 yang mencapai : 572 sample (21,10 %) dari target 2.719 sample.
- c. Angka kematian DBD tahun 2008 sebanyak 4 kasus dengan Case Fatality Rate : 16,67% meningkat dibandingkan tahun 2007 sebanyak 2 kasus meninggal dengan CFR : 7,41%
- d. Angka penemuan penderita TB dengan BTA (+) di Kota Pekalongan tahun 2008 di 10 Puskesmas sebanyak 186 penderita (Case Detection Rate/CDR 62,63%) meningkat dibandingkan tahun 2007 sebanyak 174 penderita (Case Detection Rate/CDR 59,79%). Sedangkan angka penemuan kasus dari BP Paru-Paru sebanyak 128 penderita TB dengan BTA (+) meningkat dibandingkan tahun 2007 yaitu 91 penderita TB dengan BTA (+), sehingga apabila digabungkan maka pencapaian CDR meningkat menjadi 105,72% dan angka tersebut sudah di atas target nasional yaitu sebesar 70%.  
Angka kesembuhan penderita TB Paru menurun dari 83,60% pada tahun 2007 menjadi 82,64% pada tahun 2008. Pengobatan Tb Paru dengan metode Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) terus diupayakan dilaksanakan di Puskesmas, RS, BP4, dan RS swasta.
- e. Penderita Kusta yang selesai berobat tahun 2008 mencapai 95% dari target 90%.
- f. Bencana alam masih sering terjadi seperti banjir, rob, dll. Upaya menangani kedaruratan tersebut telah dibentuk Tim Gerak Cepat Dinas



Kesehatan Kota Pekalongan yang berkoordinasi dengan Satuan koordinasi pelaksanaan penanggulangan bencana di Kota Pekalongan, namun pelaksanaan dilapangan belum optimal.

- g. Kejadian keracunan makanan di sekolah dan di masyarakat secara massal maupun individual keluarga masih sering terjadi, dan sangat terkait dengan produksi makanan, sistem distribusi, penjual makanan, dan pemahaman masyarakat terhadap makanan yang memenuhi syarat, serta pemantauan jasa boga belum optimal dilaksanakan.
- (3) Perkembangan upaya perbaikan gizi masyarakat sampai saat ini:
- a. Deteksi dini balita gizi buruk dilaksanakan melalui unit pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta, Bidan di desa serta Posyandu. Posyandu sebagai tempat pemantauan gizi balita, dengan partisipasi yang datang dari seluruh balita (D/S), dimana pada tahun 2008 cakupan balita yang datang dan ditimbang (D/S) sebesar 74,03% belum mencapai target (80%). Peningkatan balita gizi buruk dan malnutrisi menunjukkan kualitas pelayanan gizi serta promosi untuk mewujudkan keluarga sadar gizi belum optimal, dimana cakupan keluarga sadar gizi di Kota Pekalongan tahun 2008 sebesar 16,74% dan masih jauh dari target (80%). Pelacakan kasus gizi buruk untuk mengetahui faktor resiko dan potensi yang dimiliki keluarga dalam mengatasi masalah, telah dilakukan di Kota Pekalongan.
  - b. Dari pemantauan garam dapur yang dikonsumsi masyarakat baik melalui pemantauan di rumah tangga maupun di pasar/distributor, pada tahun 2008 Konsumsi garam beryodium masyarakat Kota Pekalongan 93,33% sudah mengkonsumsi garam beryodium yang memenuhi syarat 30-80 ppm.
- (4) Upaya kesehatan sekolah dan kesehatan kerja tahun 2008 dilihat dari:
- a. Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa TK, SLTP, SLTA dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih/guru UKS/dokter kecil mencapai 99,09%, dan cakupan pelayanan kesehatan remaja 98,25%.
  - b. Pelayanan Kesehatan Kerja dapat dilihat dari cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal sebesar 93,09%, sedangkan cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja informal sebesar 84,87%, dan sudah melampaui target.

Perkembangan sarana kesehatan sampai tahun 2008 untuk pelayanan kesehatan pemerintah pada masyarakat ada 11 Puskesmas, terdiri dari 2 Puskesmas Perawatan, 9 Puskesmas non perawatan. Selain itu, di Kota Pekalongan juga terdapat 28 Puskesmas Pembantu. Puskesmas mempunyai fungsi melakukan upaya kesehatan baik untuk perorangan maupun masyarakat dalam suatu wilayah tertentu. Puskesmas dalam melaksanakan upaya kesehatan dasar di wilayahnya, melaksanakan beberapa program pokok kesehatan masyarakat sesuai dengan keadaan epidemiologis setempat dan kebutuhan masyarakat. Beberapa Puskesmas telah dikembangkan berbagai program unggulan, sampai dengan tahun 2008 antara lain: a) Pengembangan Perawatan kesehatan masyarakat di 2 Puskesmas; b) Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar (PONED) di 1 Puskesmas; c) Dilatih Penanganan Gawat Darurat di 2 Puskesmas. Dalam meningkatkan kualitas pelayanan Puskesmas telah dikembangkan akreditasi Puskesmas di 3 Puskesmas. Dalam mendukung upaya kesehatan di Puskesmas, untuk penyediaan sarana dan prasarana yang memadai telah diupayakan dari berbagai sumber dana, tetapi masih perlu terus dilanjutkan agar pelayanan kesehatan semakin merata.

Upaya pelayanan kesehatan oleh swasta dan masyarakat saat ini telah berkembang dengan pesat secara perorangan. Berbagai bentuk pelayanan yang ada antara lain:

- a. Balai Pengobatan swasta; Klinik 24 jam; Dokter Praktek Swasta; Bidan Praktek Swasta.
- b. Sarana Pengobatan Tradisional dan Alternatif di masyarakat.
- c. Upaya meningkatkan dan mengatasi masalah kesehatan secara dini antara lain: Centra fitness; Centra Mandi uap; Pijat kecantikan, dll.

*Hasil analisis diatas menunjukkan bahwa berbagai upaya kesehatan masyarakat oleh pemerintah, masyarakat, maupun swasta dan dunia usaha, untuk kesehatan ibu dan anak, pencegahan dan penanggulangan penyakit serta bencana alam, perbaikan gizi masyarakat, kesehatan sekolah, kesehatan kerja, belum optimal atau belum tertangani dengan baik. Beberapa upaya kesehatan dasar pemerintah melalui pelayanan Puskesmas dan jaringannya, telah meningkat khususnya upaya pelayanan yang dilakukan secara perorangan atau keluarga, tetapi belum merata, bermutu, dan berkesinambungan. Upaya pelayanan dasar oleh masyarakat dan swasta dengan berbagai bentuk dan jenis pelayanan, berkembang pesat dan lebih ditujukan pada upaya kesehatan perorangan dan keluarga, tetapi hasil cakupan dan mutu pelayanan belum tertata dan terkoordinir atau termonitor dengan baik, dan belum secara khusus mempunyai hubungan dengan sistem kesehatan di pemerintah. Sistem yang dapat*



*menggerakkan dan mengendalikan pelayanan kesehatan bermutu baik oleh pemerintah maupun potensi pelayanan diluar pemerintah untuk melindungi kepentingan individu, keluarga, dan masyarakat belum dikembangkan secara optimal.*

**b) Upaya Kesehatan Sekunder**

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

Perkembangan Sarana Pelayanan Kesehatan Sekunder di Kota Pekalongan terdiri dari 2 buah Puskesmas Rawat Inap yaitu Puskesmas Bendan dan Puskesmas Kusuma Bangsa, 1 buah BKPM (Balai Kesehatan Paru Masyarakat), 1 buah Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda), 5 buah Laboratorium Swasta, 1 Unit Transfusi Darah milik PMI dan 8 buah Rumah Bersalin.

Jumlah kunjungan rawat inap di Puskesmas pada tahun 2008 sebanyak 1258 pasien, menurun sebesar 53,82% bila dibandingkan dengan jumlah kunjungan rawat inap pada tahun 2007 yaitu sebesar 2724 pasien. Hal ini disebabkan karena pelayanan rawat inap di Puskesmas Bendan ditutup sementara karena Puskesmas Bendan sedang direhab total.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, pada tahun 2008 telah dilaksanakan Sertifikasi Mutu Pelayanan dengan Standar ISO yang pada tahun sebelumnya juga telah dilaksanakan di Puskesmas yaitu Puskesmas Jenggot, Puskesmas Kusuma Bangsa dan Puskesmas Pekalongan Selatan.

*Dari hasil analisis diatas menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan sekunder Pemerintah dan swasta cukup berkembang dan dimanfaatkan masyarakat. Adanya upaya pemerintah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yaitu dengan telah dilaksanakannya Sertifikasi Mutu Pelayanan dengan standar ISO di beberapa Puskesmas di Kota Pekalongan.*

**c) Upaya Kesehatan Tersier.**

Perkembangan sarana pelayanan kesehatan tersier pada tahun 2008 terdapat: 1 RSU milik Pemerintah Kota, 4 RSU Swasta, 1 RSIA Swasta, 1 RS Bedah Swasta.

Kemampuan Gawat darurat yang dapat diakses masyarakat meliputi RSU sebanyak 4 rumah sakit (100%), RS Khusus siap 24 jam sebanyak 2 rumah sakit (100%). Perkembangan RS baru baik swasta maupun pemerintah daerah, belum semua memenuhi standar yang ditetapkan sesuai jenis pelayanan yang diberikan, sehingga belum semua terdata dengan baik.

Pemanfaatan tempat tidur di Rumah Sakit dilihat dari indikator Bed Occupancy Rate (BOR) RS berdasarkan laporan yang masuk sebagai berikut; Persentase rata-rata BOR RSU swasta mencapai 45,23% pada tahun 2008 di 6 RSU Swasta (100%), dan berkisar antara 7,43%-74,10%. Karena RSU Pemerintah baru beroperasi bulan Maret 2008, maka belum dapat dilihat indikator BOR.

*Dari hasil analisis diatas menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan tersier Pemerintah dan swasta cukup berkembang dan dimanfaatkan masyarakat, tetapi kualitas pelayanan masih belum optimal.*

Pada sarana pelayanan kesehatan Pemerintah Kota Pekalongan, peningkatan kualitas pelayanan dilakukan dengan cara Penerapan Program jaminan mutu / Quality Assurance (QA) melalui kegiatan :

- a. Sertifikasi ISO 9001:2000 untuk UPTD Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM).
- b. Penyusunan Standart Operating Procedure (SOP) pelayanan sebanyak 3 buah SOP baru setiap tahun per Puskesmas dan BKPM yang akan dipakai sebagai pedoman dalam pemberian pelayanan yang bermutu kepada pasien/pengunjung.
- c. Monitoring dan evaluasi SOP serta penilaian kepatuhan petugas terhadap penerapan SOP oleh Dinas Kesehatan dengan hasil bahwa rata-rata >80% petugas melaksanakan SOP.
- d. Survey kepuasan pelanggan di Puskesmas, Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM), dan Laboratorium Kesehatan Daerah. Penilaian kepuasan pasien berpedoman pada Kepmen PAN No.KEP/25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.

Berdasarkan Survey Kepuasan Masyarakat terhadap Pelayanan Publik pada 11 Puskesmas dan BKPM di Kota Pekalongan Tahun 2008,



diketahui bahwa Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) setelah dikonversi dari 11 Puskesmas dan 1 BKPM di Kota Pekalongan adalah 74,45, dengan nilai mutu pelayanan B dan kinerja pelayanan BAIK artinya pelayanan kesehatan yang sudah memenuhi harapan dari pelanggan atau konsumen, tetapi masih harus ditingkatkan lagi agar melebihi standar yaitu nilai IKM diatas 80. Sehingga diharapkan dapat lebih memberikan kepuasan kepada masyarakat.

Salah satu prestasi yang dicapai dalam bidang Pelayanan Publik pada tahun 2008 UPTD Puskesmas Jenggot telah mendapatkan penghargaan Piala 'Citra Pelayanan Prima' dari Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara yang diberikan oleh Presiden RI kepada Kepala Puskesmas Jenggot pada tanggal 31 Oktober 2008.

Sedangkan di sektor swasta, telah dilakukan pemantauan dan pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan dengan cara pengaturan perizinan bagi dokter yang praktik pada sarana tersebut sesuai dengan Perda Kota Pekalongan Nomor 8 Tahun 2002 dan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Disamping itu dilakukan pula pembinaan serta pengolahan data dari laporan kegiatan sarana pelayanan kesehatan swasta secara berkala khususnya rumah sakit. Pada beberapa RS telah menerapkan program evaluasi pelayanan dengan menyebarkan angket kepada pasien untuk selanjutnya diolah dan dianalisa sebagai bahan untuk perbaikan kualitas pelayanan RS yang bersangkutan.

#### 4. Pembiayaan Kesehatan

Rendahnya pembiayaan kesehatan di Indonesia menjadi salah satu penghambat kecepatan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pembiayaan kesehatan perkapita di Indonesia masih terendah dibandingkan negara ASEAN lainnya yakni -\$18 pada tahun 1999. Prosentase anggaran kesehatan terhadap total anggaran pemerintah dari tahun ke tahun cenderung menurun, walaupun WHO menganjurkan biaya kesehatan suatu negara minimal 5% dari GNP agar tujuan pembangunan kesehatan tercapai. Pada tahun 2000 telah ada kesepakatan bupati/walikota se Indonesia untuk mengalokasikan 15% APBD bagi pembangunan kesehatan. Hasil sidang tahunan MPR tahun 2002, melalui Tap MPR Nomor VI Tahun 2002 merekomendasikan agar alokasi anggaran kesehatan secara bertahap menjadi 15% APBN/APBD. Pada kenyataannya rata-rata pembiayaan kesehatan Kabupaten/Kota baru mencapai 9% APBD tahun 2001 dan 3-4% APBD tahun 2002.

#### (1) Persentase Anggaran Kesehatan Dalam APBD Kota Pekalongan

Persentase anggaran belanja yang dialokasikan untuk pembiayaan kesehatan Kota Pekalongan dari tahun 2006 sampai tahun 2008 mengalami peningkatan. Yaitu pada tahun 2006 sebesar Rp. 18.870.471.695 (7,26%), Tahun 2007 sebesar Rp. 39.612.200.465 (9,34%) dan Tahun 2008 sebesar Rp. 74.914.899.854 (13,17%). Hal ini disebabkan karena sebagian besar anggaran digunakan untuk pembangunan Rumah Sakit milik Pemerintah Kota Pekalongan mulai tahun 2007. Adapun rincian anggaran untuk pembangunan Rumah Sakit pada tahun 2007 sebesar Rp. 11.700.000.000 (3,4% dari Total APBD Kota Pekalongan) dan Tahun 2008 sebesar Rp.33.700.000.000 (8% dari Total APBD Kota Pekalongan). Sehingga anggaran kesehatan yang digunakan untuk kegiatan pelayanan kesehatan mengalami penurunan yaitu anggaran kesehatan tahun 2006 sebesar 7,26% menurun menjadi 5,94% pada tahun 2007 dan 5,17% dari total APBD Kota Pekalongan pada tahun 2008.

Disamping anggaran dari APBD Kota Pekalongan, Dinas Kesehatan juga mendapatkan alokasi kegiatan yang dibiayai oleh APBD Provinsi yang sifatnya hanya melaksanakan kegiatan antara lain : Perbaikan Gizi, Penyuluhan Narkoba, Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit, Bantuan Operasi untuk keluarga miskin, Promosi Kesehatan dan lain-lain. Disamping itu mendapat pula anggaran dari APBN Pusat melalui Dana Dekonsentrasi untuk Program Upaya Kesehatan Masyarakat dan Program Perbaikan Gizi sebesar Rp 146.969.745,00. Sedangkan untuk masyarakat miskin mendapat anggaran dari Pusat melalui Program JAMKESMAS.

Perhatian pemerintah Kota Pekalongan terhadap pemecahan masalah kesehatan diukur dari alokasi anggaran pemerintah (APBD) untuk bidang kesehatan, dari tahun ke tahun porsi anggaran terus bertambah jumlah nominalnya, namun secara proporsional diukur dengan GDP dan anggaran pembangunan, masih jauh di bawah batas yang diisyaratkan oleh WHO. Selain sumber dana pemerintah, masyarakat dan dunia usaha serta LSM. telah berpartisipasi dalam pembiayaan kesehatan terutama untuk kesehatan perorangan, maupun membantu berbagai pembangunan kesehatan, tetapi sumber pembiayaan tersebut belum terpadu dan terkoordinir serta berkesinambungan. Dalam mendukung pembangunan berwawasan kesehatan, berbagai sektor terkait dalam melaksanakan mengalokasikan pembiayaan kegiatan selalu mempertimbangkan dampak atau peningkatan kesehatan, seperti dampak lingkungan, perubahan perilaku dan gaya hidup sehat, mendorong pemberdayaan dan kemandirian bidang kesehatan, serta



pengembangan potensi untuk mengatasi masalah kesehatan di masyarakat. Koordinasi pembiayaan antar sektor belum tertata secara optimal.

(2) **Pembiayaan Kesehatan Untuk Pelayanan Kesehatan Perorangan**  
a) **Cakupan Penduduk Yang Menjadi Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pra Bayar**

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pra Bayar merupakan cara mutakhir pemeliharaan kesehatan yang berkembang setelah sistem pembayaran tunai, asuransi ganti rugi dan asuransi dengan tagihan menghadapi banyak masalah. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pra Bayar adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif) berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra upaya.

Cakupan penduduk peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pra Bayar (penduduk non miskin) adalah proporsi penduduk terlindungi jaminan pemeliharaan kesehatan yang diperoleh dari jumlah penduduk non masyarakat miskin peserta JPK per jumlah semua penduduk non masyarakat miskin. Cakupan penduduk peserta jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar tahun 2008 sebesar 15,26% mengalami penurunan dibandingkan tahun 2007 sebesar 17,58%.

b) **Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Masyarakat Rentan**

Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Masyarakat Rentan adalah proporsi masyarakat miskin dan masyarakat rentan yang terlindungi oleh JPK (subsidi pemerintah dan Pemda), yang diperoleh dari jumlah masyarakat miskin dan masyarakat rentan yang memiliki kartu Jamkesmas per jumlah seluruh masyarakat miskin/masyarakat rentan.

Jumlah masyarakat miskin yang ada di Kota Pekalongan sampai dengan tahun 2008 adalah sebanyak 121.268 jiwa dan baru 100.073 jiwa (100%) yang dicakup Jamkesmas. Sedangkan 21.195 jiwa (17,47%) belum memiliki kartu Jamkesmas. Masyarakat Miskin yang belum memiliki kartu jamkesmas, biaya pelayanan kesehatannya ditanggung oleh Pemerintah Kota Pekalongan menggunakan Dana Pendamping APBD II.

Dalam pelaksanaan program Jamkesmas, yang dijamin adalah biaya pelayanan kesehatan selama pelaksanaannya sesuai dengan prosedur, obat-obatan sesuai formularium dan jenis pelayanannya sesuai pedoman. Apabila dalam pelaksanaannya terdapat obat-obatan dan pelayanan lain di

luar jaminan, maka diperlukan biaya tambahan, untuk itulah dana pendamping dianggarkan oleh Pemerintah Daerah.

Penyediaan Dana Pendamping APBD II tersebut bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat miskin atau tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Sedangkan tujuan khususnya adalah meningkatkan jumlah masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang benar-benar bebas *lur Biaya/gratis* mulai sarana pelayanan kesehatan Tingkat Pertama sampai Tingkat Lanjutan/rujukan.

*Dari analisis diatas menunjukkan bahwa ketersediaan pembiayaan kesehatan belum digali secara terpadu, terkoordinir, dan berkesinambungan, melalui suatu tatanan yang saling mendukung kecukupan pembiayaan kesehatan, dari berbagai sumber baik pemerintah, masyarakat, maupun dunia usaha, serta tatanan yang ada belum sepenuhnya mendorong kemandirian. Pengalokasian pembiayaan kesehatan selama ini belum proporsional, dan sebagian besar untuk upaya yang bersifat kuratif, kurang mendukung upaya promotif dan preventif. Dan pengalokasian pembiayaan untuk subsistem kesehatan lain yang mendukung upaya kesehatan masih kurang. Kajian dan penetapan tarif pelayanan kesehatan dan standar harga/biaya sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan serta kegiatan pendukung oleh pemerintah maupun swasta dan dunia usaha, belum ditata secara optimal.*

5. **Sumber Daya Manusia Kesehatan**

Pada tahun 2008 di Kota Pekalongan terdapat 52 tenaga dokter spesialis, 119 tenaga dokter umum, 19 dokter gigi, 62 tenaga farmasis, 169 asisten apoteker, 51 tenaga bidan, 248 tenaga perawat, 20 tenaga gizi, 11 tenaga sanitarian, 15 tenaga kesmas, 3 tenaga fisio terapis, dimana tenaga tersebut tersebar di berbagai unit pelayanan dan unit kerja pemerintah dan swasta. Distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata. terlihat dari rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk, tahun 2008 rasio dokter umum 43,44/100.000 penduduk sudah melampaui target Indonesia Sehat 2010 dan standar WHO sebesar 40/100.000 penduduk, rasio dokter gigi 6,94/100.000 penduduk dari target Indonesia Sehat 2010 dan standar WHO sebesar 11/100.000 penduduk, rasio bidan 18,62/100.000 penduduk dari target IIS 2010 sebesar 100/100.000 penduduk, rasio perawat 90,54/100.000 dari target IIS 2010 sebesar 117,5/100.000 penduduk.

Beberapa upaya telah dilaksanakan dalam rangka peningkatan kompetensi, kemampuan dan ketrampilan tenaga kesehatan serta untuk meningkatkan



komitmen dan etos kerja, antara lain melalui Pendidikan dan Latihan Teknis maupun Fungsional. Tenaga kesehatan yang ada telah diarahkan agar nantinya semua menduduki jabatan fungsional sesuai dengan kompetensi yang dimiliki. Saat ini masih ada tenaga kesehatan yang belum menduduki jabatan fungsional disebabkan karena terbentur pada peraturan-peraturan baru yang ada.

Upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan melalui standarisasi pelayanan kesehatan di UPTD Puskesmas dan BKPM, pemenuhan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang memadai serta meningkatnya kesadaran masyarakat mengenai kesehatan mempengaruhi peningkatan kunjungan masyarakat pada sarana pelayanan kesehatan. Hal ini menyebabkan sarana kesehatan kekurangan tenaga yang sesuai dengan kompetensinya.

*Dari analisis tersebut menunjukkan bahwa penyebaran tenaga kesehatan masih belum merata dimana belum semua pelayanan kesehatan mempunyai tenaga kesehatan yang sesuai dengan standar dan kompetensi. Hubungan antar institusi penghasil dan penerima tenaga kesehatan belum tertata secara optimal. Pengelolaan SDM Kesehatan baik pemerintah maupun diluar pemerintah masih belum optimal, dimana perencanaan dan pendayagunaan SDM kesehatan termasuk sistem penghargaan, pengembangan karier, dan sanksi, belum tertata secara optimal. Penataan SDM kesehatan profesional melalui registrasi, penjinan, lisensi, dan berbagai pelatihan teknis maupun profesi, serta pembinaan dan pengawasannya telah dikembangkan, tetapi belum optimal terutama hubungan antar unsur yang ada maupun hubungan antar sektor terkait dalam mendukung peningkatan SDM Kesehatan profesional yang kompeten.*

#### 6. Sediaan Farmasi, Alat kesehatan dan Makanan

Pengadaan obat-obatan yang dalam hal ini pengelolaannya dilaksanakan oleh UPTD Instalasi Farmasi sampai dengan tahun 2008 tidak mengalami permasalahan dalam artian kebutuhannya selalu dapat terpenuhi. Pemakaian obat oleh Puskesmas tahun 2008 mengalami sedikit kenaikan dari Rp 2.304.745.898,00 pada tahun 2007 menjadi Rp 3.166.494.944,00. Peningkatan ini dikarenakan peningkatan jumlah kunjungan pasien ke Puskesmas menjadi 525.772 pasien lebih tinggi dari tahun sebelumnya yang hanya 494.598 pasien.

Berbeda dengan biaya rata-rata obat per pasien naik menjadi Rp 6.023,00 dari tahun sebelumnya yakni Rp 4.660,00. Kenaikan ini dikarenakan adanya peningkatan kerasionalan pemakaian obat (terutama antibiotika) sesuai kesepakatan Standar Pengobatan Puskesmas juga disebabkan adanya peningkatan harga obat Antibiotika utama serta penambahan beberapa item obat

fitofarmaka dari APBD I. Anggaran obat per penduduk ikut meningkat Rp 9.640,00 dari Rp 7.423,00 tahun 2007. Angka ini masih jauh dibawah standar WHO yang merekomendasikan anggaran obat per penduduk untuk tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar \$ 2,- ( dua dolar Amerika Serikat).

*Dengan penganggaran sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan yang masih rendah, maka sistem pengelolaan obat publik dan perbekalan kesehatan yang efektif dan efisien serta terjangkau masyarakat, masih belum optimal.*

Produksi dan distribusi sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan termasuk makanan minuman di Kota Pekalongan semakin berkembang. Jumlah Pedagang Besar Farmasi : 1, Gudang Farmasi milik Pemkot : 1, Industri Kecil Obat Tradisional : 5, Industri Alkes : 1. Sedangkan sarana pelayanan sediaan farmasi: jumlah apotek : 43, Toko Obat : 15. Untuk meningkatkan pemerataan dan keterjangkauan harga obat, diterapkan penggunaan obat generik. Pada tahun 2008 persentase pengadaan obat generik di Kota Pekalongan 92,43%.

*Hal tersebut menunjukkan bahwa upaya pemerataan dan keterjangkauan pelayanan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan ini masih belum optimal.*

Perkembangan industri makanan dan minuman sangat pesat, seiring dengan upaya pemerintah mendorong peningkatan industri kecil dan industri rumah tangga untuk peningkatan perekonomian rakyat. Perkembangan industri makanan minuman yang pesat ini telah diimbangi dengan upaya penyuluhan dan pembinaan dalam rangka meningkatkan lingkungan yang sehat, serta mencegah penggunaan bahan tambahan makanan yang berbahaya.

Dari hasil pemantauan / pengawasan makanan oleh Dinas Kesehatan Kota Pekalongan pada tahun 2008, masih ditemukan peredaran makanan minuman yang tidak memenuhi syarat, yaitu makanan minuman rusak sebesar 0,84%, makanan minuman daluarsa sebesar 6,72%, makanan minuman yang tidak terdaftar (2,52%), makanan minuman tanpa ED (26,05%), dan makanan minuman tanpa label (63,87%)

Selama ini, penyuluhan, pembinaan, pengendalian, dan pengawasan makanan dan minuman yang dihasilkan, dilakukan berbagai pihak antara lain: Badan POM, Dinas Kesehatan Kota, Dinas Perindustrian dan Perdagangan serta LSM. Sistem yang menata hubungan antar instansi dan institusi, agar jelas peran dan upayanya untuk melindungi masyarakat dari berbagai kejadian keracunan yang sering terjadi, belum tertata dengan baik. Hal ini disebabkan karena belum terciptanya keterpaduan pengawasan keamanan pangan. Oleh karena itu perlu dibentuk Tim Pengawasan Pangan Terpadu Kota Pekalongan yang terdiri dari beberapa instansi



terkait yang bertugas melakukan pengawasan keamanan pangan secara berkala minimal dua kali per tahun.

Obat merupakan salah satu bahan pokok yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan, saat ini penggunaan obat cukup luas oleh masyarakat sampai ditingkat desa. Untuk melindungi dari kesalahan dan kekeliruan pemberian dan penggunaan obat perlu pelayanan kefarmasian. Selama ini peran Kabupaten/Kota khususnya Unit Farmasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota lebih memperhatikan upaya penyediaan obat, belum membina pentingnya pelayanan kefarmasian sebagai suatu sistem yang harus dikembangkan. Tuntutan pasien dan masyarakat akan mutu pelayanan obat mengharuskan ada perubahan yang semula berfokus penyediaan obat sebagai komoditi, menjadi pelayanan kefarmasian secara komprehensif yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan.

Pelayanan kefarmasian di RS masih bersifat konvensional yang hanya berorientasi pada produk yaitu sebatas penyediaan dan pendistribusian. Peran Apotekpun lebih banyak sebagai penjual obat, belum secara optimal memberikan pelayanan kefarmasian. Selain itu sistem informasi kefarmasian masih sangat terbatas, dan sebagian besar tenaga kesehatan justru mendapat informasi obat dari detailman dan salesman bukan dari informasi resmi yang lebih bersifat obyektif dan ilmiah. Dari hasil pantauan di lapangan, banyak faktor yang terkait, antara lain: produsen obat, distribusi obat, penjual obat, pemberi resep, penerima obat, menjadi suatu mata rantai yang masing-masing mempunyai peran sebagai bagian sistem pelayanan kefarmasian.

*Pembinaan dan Pengawasan sediaan farmasi, makanan dan perbekalan kesehatan, sejak dari produksi, distribusi sampai dengan pemanfaatannya belum ditata secara baik. Perlindungan masyarakat terhadap peredaran produk sediaan farmasi dan makanan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan bagi kesehatan belum tertata dan terkoordinir dengan baik. Pelayanan kefarmasian belum mendapat perhatian, dan pengembangannya sedang dirintis belum tertata dengan baik khususnya koordinasi dengan berbagai pihak yang terkait.*

#### 7. Manajemen dan Informasi Kesehatan.

Dalam kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010, telah ditetapkan empat dasar pembangunan kesehatan. Dasar nomor 3 tentang Adil dan Merata, yang menyatakan "Dalam pembangunan kesehatan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya tanpa memandang perbedaan suku, golongan, agama dan status sosial ekonominya".

Perubahan kebijakan nasional yang berdampak pada perubahan organisasi dan tatalaksana di jajaran kesehatan, serta baru 25% pemahaman hukum di bidang kesehatan. Perubahan berbagai peraturan perundangan di bidang kesehatan yang berkembang secara nasional, tingkat propinsi maupun peraturan daerah kabupaten/kota, belum sepenuhnya dapat diikuti oleh semua jajaran yang terkait. *Penyusunan, penerapan, dan pengendalian peraturan perundangan yang ada, agar tidak saling bertentangan, dapat meningkatkan kepedulian dan kepatuhan serta perlindungan hukum dengan baik, belum tertata dengan baik.*

Masalah kesehatan merupakan masalah Kota Pekalongan yang tidak terlepas dari berbagai kebijakan sektor lain. Beberapa program sektoral masih ada yang tidak atau kurang berwawasan kesehatan, sehingga memberikan dampak yang kurang baik bagi kesehatan masyarakat. Demikian pula peningkatan upaya dan manajemen kesehatan tidak dapat terlepas dari peran sektor-sektor yang membidangi pembiayaan, pemerintahan dan pembangunan Kabupaten/Kota, ketenagaan, pendidikan, perdagangan dan sosial budaya. Dalam menghadapi dampak dari arus globalisasi terhadap bidang kesehatan, perlu manajemen kesehatan yang handal.

Di Kota Pekalongan telah disusun Renstra Kesehatan Kota Pekalongan sebagai acuan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan monitoring evaluasi, serta pertanggungjawaban keberhasilan program kesehatan. Selain itu telah dikembangkan perencanaan kesehatan terpadu baik di propinsi maupun di kabupaten, melalui latihan team propinsi dan kabupaten serta fasilitasi perencanaan.

Untuk meningkatkan akuntabilitas program, mulai tahun 2003 telah dikembangkan penilaian kinerja institusi, program, maupun pegawai. Disamping itu Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan untuk Kota Pekalongan telah tersusun dan tersosialisasikan untuk diterapkan. Pemerintah Kota Pekalongan dituntut untuk mengambil prakarsa guna tersusunnya sebuah panduan atau acuan tentang manajemen kesehatan yang memberdayakan masyarakat dalam tatanan Otonomi Daerah.

*Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan manajemen kesehatan telah diupayakan, tetapi belum optimal, khususnya keterpaduan dan kemitraan berbagai unsur terkait di berbagai tingkat administrasi. Sehingga penataan manajemen kesehatan sangat penting untuk mendukung penerapan sistem lain dalam penggerakan pembangunan kesehatan di berbagai tingkat.*

Untuk mendukung manajemen kesehatan yang berbasis fakta, informasi kesehatan di Kota Pekalongan telah dikembangkan melalui berbagai sarana informasi yang ada untuk mendapatkan akses informasi yang tepat, akurat,



cepat dan saling mendukung dari berbagai program maupun secara lintas sektor. Salah satu upaya tersebut adalah dengan pengadaan Sarana Sistem Informasi Kesehatan (hardware) dan pengadaan Peralatan Jaringan Komputer (LAN) di 3 lokasi yaitu UPTD BKPM, UPTD Farmasi dan Perbekalan Kesehatan dan UPTD Labkesda dalam rangka mendukung SIKNAS On Line. Akan tetapi pemanfaatan dan penyediaan data/informasi yang tersedia belum optimal, yaitu di sisi kelengkapan dan keterpaduan data / informasi mengenai derajat kesehatan yang tersedia serta validitas. *Sehingga data/informasi yang ada belum optimal sebagai landasan dalam pengambilan keputusan.*

Untuk pengembangan teknologi kesehatan dilaksanakan oleh berbagai instansi baik pemerintah maupun perguruan tinggi dan dunia usaha. Tetapi pelaksanaan masing-masing komponen belum terjadi jaringan kemitraan secara baik. Selain itu hasil pengembangannya dan penelitian di bidang kesehatan belum tersosialisasikan dan dimanfaatkan dengan baik. *Sehingga keterpaduan dalam perencanaan dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta sosialisasi perlu dikembangkan dalam suatu tatanan dari berbagai unsur terkait.*

Sejak tahun 2001, dilaksanakan kebijakan desentralisasi di segala bidang, termasuk bidang kesehatan, maka terjadi perubahan cara kerja yang semula bersifat sentralisasi menjadi desentralisasi. Untuk menyesuaikan sistem tersebut, maka Sistem Kesehatan Kota (SKK) menjadi sangat penting untuk dirumuskan dan dilaksanakan. Dengan konsekuensi, manajemen kesehatan harus dirumuskan kembali.

#### 8. Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan dilakukan melalui peningkatan pengetahuan, sikap positif, pengembangan perilaku dan peran aktif individu, keluarga dan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan diri dan lingkungannya menuju masyarakat yang sehat, mandiri dan produktif, dengan menggali dan memanfaatkan potensi yang ada dimasyarakat. Hasil pemberdayaan masyarakat dapat terlihat dari perubahan perilaku bersih dan sehat dari individu, keluarga, institusi, dan masyarakat pada umumnya, peningkatan kondisi lingkungan sehat, serta berbagai bentuk upaya atau kegiatan peran serta aktif individu, keluarga, dan masyarakat.

Kesadaran penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) terlihat dari strata PHBS yang terdeteksi (Sehat Utama dan Sehat Paripurna) 87,43% dari target IIS 2010 sebesar 65% (Profil Kesehatan Kota Pekalongan tahun 2008), dengan 3 (tiga) permasalahan utama yaitu kebiasaan merokok, rendahnya cakupan pemberian ASI Eksklusif, dan keikutsertaan dalam jaminan pelayanan kesehatan.

Selain itu munculnya berbagai kasus penyakit menular dan tidak menular maupun kasus narkoba, disebabkan perilaku yang kurang sehat.

Untuk mengatasi masalah tersebut, Pemerintah Kota Pekalongan telah menerbitkan Peraturan Walikota Pekalongan No 5 A Tahun 2010 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Kota Pekalongan. Dalam Perwal tersebut disebutkan bahwa Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah tempat yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi, dan/atau penggunaan rokok, yang meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, tempat kerja, angkutan umum dan tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan (antara lain mal, terminal bus, stasiun kereta api, hotel). Namun demikian, Pemerintah Kota Pekalongan juga menyediakan tempat khusus untuk merokok. Hal ini dimaksudkan agar disatu sisi memberikan hak kepada orang untuk merokok, dan disisi lain menjaga agar asap rokok yang ditimbulkannya tidak mengganggu orang lain yang tidak merokok. Tempat khusus untuk merokok dapat disediakan di kawasan tempat kerja dan tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.

Selain adanya Perwal tersebut, Dinas Kesehatan Kota Pekalongan juga telah melaksanakan promosi kesehatan baik secara langsung melalui Posyandu, sekolah, organisasi kemasyarakatan maupun secara tidak langsung melalui siaran radio, pembuatan spanduk, selebaran, brosur dan leaflet serta media lainnya. Dinas Kesehatan Kota Pekalongan juga mempunyai kader kesehatan yang dapat menyampaikan informasi kesehatan secara langsung kepada masyarakat.

Sedangkan untuk mencegah bertambahnya kasus Narkoba, di sekolah telah melaksanakan penyuluhan P2 Narkoba sampai saat ini baru 5,07%.

Perubahan perilaku bersih dan sehat sangat dipengaruhi oleh pendidikan masyarakat, gaya hidup, dan perkembangan informasi diluar kesehatari, serta sosial politik dan budaya yang berkembang di masyarakat.

Perubahan kondisi lingkungan sehat dapat dilihat dari: cakupan air bersih 100% pada tahun 2008 dari target 85% yang akan dicapai tahun 2010, cakupan rumah sehat 80,09% dari target 80%, cakupan Sarana Pembuangan Air Limbah (SPAL) di tingkat keluarga 100% dari target 85%, pemanfaatan jamban 96,43% pada tahun 2008 dari target 88%. Adapun dalam komitmen insitusi maupun stake holder dilihat dari beberapa angka yang ada: cakupan Tempat-tempat Umum (TTU) 97% tahun 2008 dari target 80% tahun 2010, cakupan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) 94,58%.

Potensi partisipasi masyarakat sangat banyak dan beragam dalam mengatasi masalah kesehatan, baik berupa organisasi, tenaga, dana, sarana, teknologi, maupun mekanisme pengambilan keputusan, dan lain-lain. Beberapa kegiatan yang telah ada dalam Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) antara



lain Posyandu dan terbentuknya Forum Kota Sehat dan Forum Kelurahan Siaga Sehat.

Kelurahan Siaga adalah Kelurahan yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Jumlah Kelurahan Siaga di Kota Pekalongan tahun 2008 adalah sebanyak 47 buah, sedangkan UKBM terbanyak adalah Posyandu yaitu sebanyak 388 buah, yang terbagi dalam strata Pratama (26 buah), Madya (191 buah), Purnama (155 buah), Mandiri (16 buah).

Beberapa organisasi telah berperan menggerakkan masyarakat untuk hidup sehat antara lain: PMR (Palang Merah Remaja); Pramuka dengan Saka Bakti Husada; Karang taruna dengan kesehatan remaja; Yayasan Jantung; Perkumpulan donor darah; Perkumpulan Senam sehat; dunia usaha, dll. Selain itu penggerak masyarakat desa oleh LKMD dengan PKK dan kader. Upaya pemberdayaan masyarakat pada umumnya masih menempatkan masyarakat sebagai obyek dan upayanya lebih banyak berupa bantuan kemanusiaan (*charity*) yang bersifat mendesak (*emergency*), penggerakan (*mobilization*) yang bersifat sementara dan baru pada tahap pengembangan. Hal ini berkait erat dengan budaya feodalisme dan paternalisme di sebagian besar masyarakat yang masih kuat, disamping masih kuatnya orientasi pada birokrat. Di pihak lain sebagian besar birokrasi belum memahami apa dan bagaimana pemberdayaan masyarakat, seringkali arah pemberdayaan berbalik menjadi memperlemah potensi masyarakat sendiri. *Kemampuan masyarakat mengemukakan pendapat dan mengambil keputusan tentang kesehatan, baik dalam bidang pelayanan, menyampaikan usulan atau desakan, maupun mengkritisi upaya kesehatan, belum berkembang secara optimal.*

Norma dan tata nilai yang berdasarkan sosial budaya masyarakat kurang menjadi bahan pertimbangan dalam pemberdayaan masyarakat, sedangkan arus globalisasi semakin kuat, bersamaan dengan berkembangnya reformasi informasi, desentralisasi dan keinginan untuk mewujudkan masyarakat madani. Pemberdayaan potensi individu, keluarga dan masyarakat belum optimal, karena masih sebatas mobilisasi dan penggerakan peran serta masyarakat. Selama ini telah dilakukan kemitraan dengan berbagai pihak termasuk sektor pemerintahan di setiap jenjang administrasi, organisasi kemasyarakatan atau LSM, dan dunia usaha, tetapi belum optimal. Kemitraan yang telah dibangun belum menampakkan kepekaan, kepedulian, dan rasa memiliki terhadap permasalahan dan upaya kesehatan.

*Dari analisis data tersebut menunjukkan bahwa perilaku hidup bersih dan sehat dan kondisi lingkungan masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Kesadaran masyarakat dan komitmen institusi serta stakeholder dalam pembangunan berwawasan kesehatan masih kurang, termasuk komitmen dalam meningkatkan mutu kesehatan lingkungan dan pemberdayaan potensi yang ada. Pemberdayaan keluarga merupakan potensi yang perlu dikembangkan, tetapi perlu ditata dalam suatu hubungan dan mekanisme yang jelas dari berbagai unsur terkait untuk mencapai tujuan. Ada partisipasi masyarakat dalam bentuk kelompok potensial yang berperan mendorong perbaikan di bidang kesehatan khususnya meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat, mendorong keluarga sehat yang mandiri, maupun mengembangkan berbagai Upaya Kesehatan bersumber daya Masyarakat (UKBM), tetapi belum optimal hasilnya. Sistem yang menata berbagai upaya pemberdayaan potensi yang ada melalui pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat menuju kemandirian bidang kesehatan belum optimal. Banyak sektor terkait, LSM, dunia usaha, yang dapat berperan dalam peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, peningkatan kondisi lingkungan sehat, serta pemberdayaan dalam mengatasi masalah kesehatan sesuai peran, fungsi dan tanggung jawabnya, dalam suatu tatanan kemitraan agar saling membantu belum optimal dilaksanakan.*

## 9. Evaluasi Pembangunan Kesehatan Kota Pekalongan

Evaluasi pembangunan kesehatan Kota Pekalongan dilaksanakan secara rutin setiap tahun. Evaluasi ini berguna untuk mengetahui hasil yang telah dicapai, kendala / permasalahan yang timbul dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan sehingga dapat di susun kebijakan untuk mengatasi permasalahan tersebut, dengan harapan permasalahan tersebut tidak muncul lagi pada tahun-tahun selanjutnya.

Evaluasi pembangunan kesehatan di Kota Pekalongan dilakukan dengan cara membandingkan hasil yang telah dicapai dengan target yang telah ditetapkan berdasarkan Indikator Indonesia Sehat maupun berdasarkan Standar Pelayanan Minimal Kota Pekalongan

Data dan informasi yang disajikan berikut berguna untuk menggambarkan perbandingan antara Kota Pekalongan dengan beberapa kota lain, terutama kota-kota dalam satu wilayah Karesidenan Pekalongan. Namun beberapa indikator menggunakan data tahun 2007, hal ini dikarenakan tidak diperolehnya data tahun 2008.

### a. KEPENDUDUKAN

Berdasarkan data Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, diperoleh informasi bahwa jumlah penduduk di Kota Pekalongan pada tahun 2007 sebanyak 273.342 jiwa dengan rasio beban tanggungan sebesar 48,35%. Angka tersebut



relatif lebih kecil bila dibandingkan dengan kota lain, dimana jumlah penduduk di Kabupaten Brebes pada tahun 2007 sebanyak 1.775.939 jiwa dengan rasio beban tanggungan 59,55%. Jumlah penduduk dan rasio beban tanggungan kota-kota di wilayah Karesidenan Pekalongan pada tahun 2007 dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 1  
JUMLAH PENDUDUK DAN RASIO BEBAN TANGGUNGAN  
KARESIDENAN PEKALONGAN  
TAHUN 2007

No	Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk (Jiwa)	Rasio Beban Tanggungan (%)
1	Kab.Batang	678.909	54,25
2	Kab.Pekalongan	844.228	58,62
3	Kab.Pemalang	1.358.952	55,90
4	Kab.Tegal	1.410.290	56,22
5	Kab.Brebes	1.775.939	59,55
6	Kota Pekalongan	273.342	48,35
7	Kota Tegal	239.860	43,28

Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007

#### b. DERAJAT KESEHATAN

Derajat kesehatan suatu kota dapat dilihat dari berbagai indikator, yaitu Angka Kematian ( Mortalitas ), Angka Kesakitan ( Morbiditas ) dan Status Gizi di wilayah kota tersebut.

##### b.1 Angka Kematian ( Mortalitas )

Angka kematian dapat dilihat dari cakupan Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Balita, dan Angka Kematian Ibu Maternal.

Pada tahun 2007, Kabupaten Batang merupakan kabupaten dengan Angka Kematian Bayi paling tinggi yaitu 210 bayi, dan Kota Tegal merupakan kota di Karesidenan Pekalongan dengan AKB paling rendah yaitu 10 bayi. Demikian pula dengan cakupan Angka Kematian Balita dimana Kabupaten Batang merupakan kabupaten dengan AKABA tertinggi yaitu 230 balita dan Kota Tegal dengan cakupan AKABA paling rendah yaitu 11 balita. Sedangkan untuk Angka Kematian Ibu, Kabupaten Brebes merupakan kabupaten dengan cakupan AKI Maternal tertinggi yaitu 45 ibu, dan Kota Pekalongan merupakan kota dengan cakupan AKI Maternal terendah yaitu 7 ibu maternal.

Cakupan AKB, AKABA, dan AKI Maternal di wilayah Karesidenan Pekalongan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2  
ANGKA KEMATIAN BAYI, ANGKA KEMATIAN BALITA, DAN ANGKA  
KEMATIAN IBU MATERNAL  
KARESIDENAN PEKALONGAN  
TAHUN 2007

No	Kabupaten/Kota	AKB	AKABA	AKI MATERNAL
1	Kab.Batang	210	230	14
2	Kab.Pekalongan	96	10	29
3	Kab.Pemalang	170	27	37
4	Kab.Tegal	78	17	31
5	Kab.Brebes	169	102	45
6	Kota Pekalongan	44	54	7
7	Kota Tegal	10	11	8

Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007

Berdasarkan Indikator Indonesia Sehat 2010, maka Kabupaten Batang masih jauh dari target Indikator Indonesia Sehat, yaitu AKB sebesar 40 per 1000 kelahiran hidup, dan AKABA sebesar 58 per 1000 kelahiran hidup. Sedangkan target Indikator Indonesia Sehat 2010 untuk AKI Maternal adalah sebesar 150 per 100.000 kelahiran hidup.

##### b.2 Angka Kesakitan ( Morbiditas )

Angka kesakitan ( Morbiditas ) dapat dilihat diantaranya dari AFP Rate, Pneumonia Balita Ditangani, jumlah kasus HIV/AIDS, jumlah kasus DBD, jumlah penderita diare Balita, jumlah kasus positif malaria. Cakupan angka kesakitan di wilayah Karesidenan Pekalongan dapat dilihat pada tabel berikut :



Tabel 3  
AFP RATE, % BALITA PNEUMONIA DITANGANI, KASUS HIV/AIDS,  
DBD, DIARE PADA BALITA, KASUS MALARIA  
KARESIDENAN PEKALONGAN  
TAHUN 2007

No	Kabupaten / Kota	AFP Rate	% Balita Pneumonia Ditangani	Jml Kasus HIV/AIDS	Incidence Rate DBD	Jml Penderita Diare Balita	Jml kasus Positif Malaria
1	Kab.Batang	1.98	27.51	10	4.507	4,901	0
2	Kab. Pekalongan	2.73	100.00	3	8.505	16,579	24
3	Kab.Pemalang	0.25	20.97	0	3.944	7,986	47
4	Kab.Tegal	1.40	18.51	0	7.573	21,531	17
5	Kab.Brebes	3.73	43.20	0	2.038	15,438	0
6	Kota Pekalongan	2.62	9.11	3	0.988	3,665	0
7	Kota Tegal	3.33	2.67	0	21.679	4,362	1

Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007

### b.3 Status Gizi

Untuk mengukur derajat kesehatan di suatu wilayah dapat dilihat dari keadaan status gizi bayi dan balita di wilayah tersebut.

Status Gizi di wilayah Karesidenan Pekalongan dapat dilihat dari tabel berikut :

Tabel 4  
KUNJUNGAN NEONATUS (KN2), KUNJUNGAN BAYI, BBLR, BALITA BB  
NAIK, BGM, BALITA GIZI BURUK  
KARESIDENAN PEKALONGAN TAHUN 2007

No	Kabupaten / Kota	% KN2	% Kunjungan Bayi	% BBLR	% Balita BB Naik	% BGM	% Balita Gizi Buruk
1	Kab.Batang	91.28	93.80	4.33	66.43	2.09	3.38
2	Kab. Pekalongan	98.06	98.12	2.71	77.86	1.27	1.38
3	Kab.Pemalang	92.81	100.00	2.19	74.43	0.25	0.34
4	Kab.Tegal	98.93	100.00	1.14	72.96	0.71	0.66
5	Kab.Brebes	100.00	100.00	2.51	81.88	0.83	0.34
6	Kota Pekalongan	85.49	91.78	0.93	75.05	2.61	3.75
7	Kota Tegal	95.47	100.00	2.67	63.43	3.91	1.18

Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007

### c. PEMBIAYAAN KESEHATAN

Berdasarkan data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2007, jumlah anggaran belanja yang dialokasikan untuk pembiayaan kesehatan sebesar Rp 1.315.525.572.193 dari anggaran belanja keseluruhan kabupaten/kota sebesar Rp 20.822.181.729.508. Apabila dipersentasekan, maka besarnya pembiayaan kesehatan baru mencapai 6,32% dari seluruh pembiayaan kabupaten/kota. Sedangkan menurut UU Kesehatan No 36 Tahun 2009 disebutkan bahwa besar anggaran kesehatan Pemerintah dialokasikan minimal 5% dari anggaran pendapatan dan belanja negara di luar gaji dan besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji. Dengan demikian besarnya pembiayaan kesehatan Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2007 masih kurang dari ketentuan tersebut. Pembiayaan kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007 mengalami penurunan bila dibanding tahun 2006 yang mencapai 7,66%. Sedang anggaran kesehatan perkapita pada tahun 2007 mengalami peningkatan, yaitu dari Rp 45.395 pada tahun 2006 menjadi Rp 53.143 pada tahun 2007.

Melihat perbandingan-perbandingan tersebut diatas, nampak bahwa diantara kota-kota di Karesidenan Pekalongan, Kota Pekalongan bukan yang terburuk. Namun demikian tetap harus dilakukan berbagai upaya untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

### C. ISUE STRATEGIS

Berdasarkan analisis situasi kesehatan di atas, maka permasalahan kesehatan yang ada dan masih memerlukan perhatian untuk penanganannya adalah sebagai berikut :

#### 1. Upaya Kesehatan.

- Masih terjadinya Angka Kematian Ibu (AKI) & Angka Kematian Bayi (AKB) meskipun angkanya sudah di bawah target nasional, namun untuk dapat meningkatkan Skor IPM ( Indeks Pembangunan Manusia) Kota Pekalongan, angka tersebut harus ditekan seminimal mungkin.
- Beberapa penyakit menular, tidak menular, dan gizi masyarakat masih menjadi masalah. Faktor lingkungan, perilaku dan gaya hidup, kependudukan, serta upaya kesehatan yang dilakukan oleh individu, keluarga, maupun masyarakat, yang kurang mendukung berperan terhadap masalah tersebut.
- Upaya kesehatan selama ini lebih mengutamakan kuratif dari pada promotif dan preventif.



d. Pelayanan kesehatan pemerintah lebih banyak dimanfaatkan oleh masyarakat miskin.

**2. Pembiayaan Kesehatan.**

- a. Ketersediaan pembiayaan kesehatan dari berbagai sumber baik pemerintah, masyarakat, maupun dunia usaha, masih rendah, belum terpadu dan terkoordinir, serta belum tertata secara optimal.
- b. Pengalokasian dana masih lebih mengutamakan pada upaya kuratif dari pada promotif dan preventif.
- c. Pengalokasian pembiayaan kesehatan pemerintah, masyarakat, swasta dan dunia usaha, belum ditata secara terpadu, dengan pembagian tugas yang jelas untuk upaya kesehatan masyarakat maupun perorangan, dan subsistem kesehatan lainnya. Alokasi dana untuk masyarakat miskin diupayakan oleh pemerintah.
- d. Pembiayaan kesehatan dari masyarakat, swasta, dan dunia usaha, masih bersifat perorangan atau kelompok belum dalam sistem yang tertata.
- e. Pembelaan dana pemerintah untuk masyarakat miskin telah dirintis secara praupaya, sedangkan pembelaan dana masyarakat sebagian besar masih secara pasca upaya (*out of pocket*).

**3. Sumber Daya Manusia Kesehatan.**

- a. Pengembangan institusi pendidikan tenaga kesehatan sangat pesat, tetapi kualitas pendidikan masih belum optimal ditata dalam sistem pendidikan bidang kesehatan yang mengutamakan kualitas dan kompetensi serta memperhatikan moral kemanusiaan, agar tidak merugikan masyarakat.
- b. Penyebaran tenaga kesehatan masih belum merata sesuai standar dan kompetensi yang dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan yang berkualitas.
- c. Pengelolaan tenaga kesehatan baik pemerintah maupun diluar pemerintah belum optimal, perencanaan dan sistem informasi tenaga kesehatan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan belum tertata secara optimal.
- d. Penataan tenaga kesehatan profesional melalui sertifikasi, registrasi, lisensi, dan berbagai pelatihan teknis profesi, belum optimal.
- e. Pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan profesional serta hubungan antar sektor dan organisasi serta lembaga yang terkait, belum berjalan dan tertata secara optimal.
- f. Pemberdayaan tenaga kesehatan kurang optimal

**4. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan.**

- a. Ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan masyarakat terhadap obat publik dan perbekalan kesehatan yang bermutu, belum sesuai kebutuhan.
- b. Adanya perubahan pengelolaan obat publik dan perbekalan kesehatan di Kota Pekalongan, serta penganggaran belum tertata secara optimal agar terpadu, efektif dan efisien.
- c. Ketersediaan, pemerataan, serta keterjangkauan masyarakat terhadap obat dan perbekalan kesehatan yang bermutu di unit pelayanan obat dan perbekalan kesehatan pemerintah maupun swasta, belum sesuai kebutuhan, dan sistem yang ada belum tertata secara optimal.
- d. Masih ditemukan peredaran sediaan farmasi, makanan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan kesehatan. Tata kerja sama antar lintas program (Badan POM, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota), lintas sektor dan organisasi profesi terkait, serta lembaga masyarakat, dalam pembinaan, pengendalian, dan pengawasan, sejak dari produksi, distribusi sampai dengan pemanfaatannya, belum optimal.
- e. Mutu, pengembangan dan pemanfaatan obat tradisional belum tertata secara optimal, baik mutu bahan baku, produksi, maupun pemanfaatan di sarana pelayanan kesehatan formal.
- f. Pelayanan kefarmasian belum mendapat perhatian, dan hubungan koordinasi dengan berbagai pihak yang terkait belum tertata dengan baik, dan belum secara komprehensif dan terintegrasi dalam pelayanan kesehatan.

**5. Manajemen dan Informasi Kesehatan.**

- a. Pemahaman dan perhatian sektor terkait terhadap pembangunan berwawasan kesehatan masih kurang.
- b. Penyelenggaraan manajemen kesehatan di berbagai tingkat administrasi, belum terpadu dan berkesinambungan dalam perencanaan, pelaksanaan, pengendalian dan pengawasan, serta pertanggungjawaban pembangunan kesehatan sesuai SPM.
- c. Sistem informasi kesehatan untuk mendukung manajemen kesehatan masih belum optimal, terutama akses informasi, ketepatan, akurasi, kecepatan, kelengkapan, keterpaduan lintas program dan lintas sektor, pemanfaatan data/informasi sebagai landasan dalam pengambilan keputusan.
- d. Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan yang efektif dan efisien, serta hasil penelitian, belum terdokumentasi dan dimanfaatkan dengan baik, belum terarah, terpadu dan tertata secara sistematis dari berbagai instansi baik pemerintah, perguruan tinggi dan dunia usaha.



- e. Berbagai peraturan perundangan di bidang kesehatan belum sepenuhnya dapat diikuti, dipahami, diperhatikan, dan diterapkan secara optimal oleh semua jajaran yang terkait.
- f. Penyusunan, penetapan, penerapan dan pengendalian peraturan perundangan yang ada, agar tidak Sali bertentangan dan dapat meningkatkan kepedulian serta kepatuhan untuk menjamin kepastian hukum bagi semua pihak yang terkait, belum tertata secara optimal.

#### 6. Pemberdayaan Masyarakat.

- a. Kesadaran masyarakat, komitmen institusi dan stakeholder dalam pembangunan berwawasan kesehatan masih kurang, termasuk komitmen meningkatkan mutu kesehatan lingkungan dan pemberdayaan potensi.
- b. Banyak sektor terkait, LSM, dunia usaha, yang dapat berperan dalam peningkatan pembangunan berwawasan kesehatan, perilaku hidup bersih dan sehat, serta kondisi lingkungan sehat, sesuai fungsi dan tanggungjawabnya, agar saling membantu, tetapi belum tertata dengan baik.
- c. Keluarga merupakan potensi untuk mendorong perilaku hidup bersih dan sehat serta mengatasi masalah kesehatan menuju kemandirian keluarga, telah diupayakan melalui pendekatan keluarga, tetapi masih sangat terbatas. Pemberdayaan keluarga dengan berbagai unsur terkait untuk mencapai tujuan, belum tertata dalam mekanisme yang jelas.
- d. Pemberdayaan potensi individu, keluarga dan masyarakat belum optimal, masih sebatas mobilisasi dan penggerakan peran serta masyarakat, serta belum mendorong kemampuan masyarakat untuk berani mengemukakan pendapat dan mengambil keputusan tentang kesehatan. Disamping itu sistem yang ada belum optimal mendorong berbagai upaya pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat menuju kemandirian bidang kesehatan.
- e. Jaringan kemitraan dengan berbagai pihak termasuk sektor pemerintahan dan dunia usaha belum optimal. Kemitraan yang telah dibangun belum menampakkan kepekaan, kepedulian, dan rasa memiliki terhadap permasalahan dan upaya kesehatan. Kemitraan berbagai unsur terkait termasuk stakeholder belum ditata secara baik sesuai peran, fungsi, dan tanggung jawab masing-masing dalam pemberdayaan bidang kesehatan.

#### D. ISSUE GLOBAL

- a. Pelayanan untuk ibu, bayi dan anak, baik pelayanan antenatal, persalinan maupun post-natal, termasuk pelayanan gizi, pelayanan imunisasi, dan manajemen penyakit pada balita ( khususnya pneumonia dan diare ) perlu terus ditingkatkan.
- b. Manajemen kesehatan perlu mendapatkan prioritas untuk peningkatannya, terutama dalam hal pemenuhan tenaga kesehatan dan anggaran kesehatan, serta dukungan data dan informasi.
- c. Namun demikian, keberhasilan Pembangunan Kesehatan tidak dapat dipikulkan hanya kepada sektor kesehatan. Kontribusi sektor-sektor lain terkait perlu diperhatikan bila diinginkan agar target-target yang telah ditetapkan untuk Indonesia Sehat 2010 dapat dicapai.



### BAB III ASAS SISTEM KESEHATAN KOTA

Sebagaimana dinyatakan dalam BAB I bahwa Sistem Kesehatan Kota (SKK) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kota Pekalongan. Dengan demikian untuk menjamin efektifitas SKK, maka setiap pelaku pembangunan kesehatan harus taat pada asas yang menjadi landasan bagi setiap program dan kegiatan pembangunan kesehatan Kota Pekalongan.

#### A. DASAR PEMBANGUNAN KESEHATAN KOTA PEKALONGAN

Dasar – dasar Pembangunan Kesehatan Kota Pekalongan adalah nilai kebenaran dan aturan pokok sebagai landasan untuk berfikir atau bertindak dalam pembangunan kesehatan. Dasar-dasar ini merupakan landasan dalam penyusunan visi, misi, dan strategi serta sebagai petunjuk pokok pelaksanaan Sistem Kesehatan Kota (SKK) yang meliputi :

##### 1. Perikemanusiaan

Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan harus berdasarkan 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.

##### 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 membangkitkan dan mendorong peran aktif masyarakat. Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan berlandaskan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri serta kepribadian bangsa dan semangat solidaritas sosial serta 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, dan status sosial ekonominya. Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan kembang, serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

#### 4. Pengutamaan dan Manfaat

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mengutamakan kepentingan umum daripada 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 yang baik, sehingga secara berhasil guna dan bertahap dapat memberi manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat, beserta lingkungannya.

Pembangunan kesehatan diarahkan agar memberikan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain: ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, dan masyarakat miskin.

Perlu diupayakan pembangunan kesehatan secara terintegrasi antara Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota dengan mengedepankan nilai-nilai pembangunan kesehatan yaitu

- Berpihak pada rakyat
- Bertindak cepat dan tepat
- Kerjasama Tim
- Integrasi yang tinggi
- Transparansi serta Akuntabilitas

#### B. DASAR SKK

Penyelenggaraan Sistem Kesehatan Kota Pekalongan perlu mengacu pada dasar-dasar sebagai berikut :

##### 1. Hak Asasi Manusia (HAM)

Berdasarkan Undang-undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat 1 antara lain menggariskan bahwa setiap rakyat berhak atas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya tanpa membedakan suku, golongan, agama, jenis kelamin, dan status sosial ekonomi. Setiap anak dan perempuan berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

##### 2. Sinergisme dan Kemitraan yang Dinamis

Sistem Kesehatan Kota akan berfungsi baik untuk mencapai tujuannya apabila terjadi Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Sinergisme (KISS), baik antar pelaku, antar subsistem SKK maupun dengan sistem serta subsistem lain di luar SKK. Dengan tatanan ini, maka sistem atau seluruh sektor terkait,



seperti pembangunan prasarana, keuangan dan pendidikan perlu berperan bersama dengan sektor kesehatan untuk mencapai tujuan nasional.

Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki masing-masing. Kemitraan tersebut diwujudkan dengan mengembangkan jejaring yang berhasil guna dan berdaya guna, agar diperoleh sinergisme yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

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

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

4. **Dukungan Regulasi**

Dalam penyelenggaraan SKK, diperlukan dukungan regulasi berupa adanya berbagai peraturan perundangan yang mendukung penyelenggaraan SKK dan penerapannya (*law enforcement*).

5. **Antisipatif dan Pro Aktif**

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

6. **Responsif Gender**

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

Keadilan gender adalah suatu proses untuk menjadi adil terhadap laki-laki dan perempuan dalam pembangunan kesehatan.

5. **Kearifan Lokal**

Penyelenggaraan Sistem Kesehatan Kota harus memperhatikan dan menggunakan potensi daerah yang secara positif dapat meningkatkan hasil guna dan daya guna pembangunan kesehatan, yang dapat diukur secara kuantitatif maupun secara kualitatif. Secara kuantitatif dengan meningkatnya peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan, sedangkan secara kualitatif dilihat dari meningkatnya kualitas hidup jasmani dan rohani. Dengan demikian kebijakan pembangunan daerah di bidang kesehatan harus sejalan dengan SKN, walaupun dalam prakteknya, dapat disesuaikan dengan potensi dan kondisi serta kebutuhan masyarakat di daerah terutama dalam penyediaan pelayanan kesehatan dasar bagi rakyat.



## BAB IV BENTUK POKOK SISTEM KESEHATAN KOTA PEKALONGAN

### TUJUAN SKK

Secara umum tujuan dari Sistem Kesehatan Kota Pekalongan adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua potensi warga masyarakat Kota Pekalongan, baik masyarakat, swasta, maupun pemerintah secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

### KEDUDUKAN SKK

#### 1. Suprasistem SKK

Suprasistem SKK adalah SKN dan SKP, serta Sistem Pembangunan Kota Pekalongan. SKK merupakan acuan bagi berbagai pihak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kota Pekalongan. SKK sebagai suprasistem yang digunakan acuan penyusunan dan penerapan Sistem Kesehatan Desa (SKD).

#### 2. Kedudukan SKK dalam Sistem Lain di Kota Pekalongan

Tercapainya keadaan sehat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan, melainkan juga tanggung jawab berbagai sektor terkait. Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, SKK perlu menjadi acuan bagi sektor lain. Dalam penyelenggaraan pembangunan Kota Pekalongan, SKK dapat bersinergis secara dinamis dengan berbagai sistem lainnya seperti Sistem Pendidikan Kota Pekalongan, Sistem Kependudukan Kota Pekalongan, Sistem Perekonomian Kota Pekalongan, Sistem Informasi dan Komunikasi Kota Pekalongan, Sistem Transportasi Kota Pekalongan serta Sistem-Sistem lainnya yang ada di Kota Pekalongan.

#### 3. Kedudukan SKK dengan Sistem Kemasyarakatan dan Swasta

Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh dukungan sistem nilai dan budaya masyarakat yang secara bersama terhimpun dalam berbagai sistem kemasyarakatan. Peran aktif swasta melalui penggalangan kemitraan yang setara, terbuka, saling menguntungkan, merupakan potensi keberhasilan pembangunan kesehatan. Masyarakat dan swasta merupakan bagian integral dalam membentuk SKK. Sehingga SKK merupakan acuan utama dalam mengembangkan perilaku dan lingkungan sehat serta peran aktif masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan oleh masyarakat, dan dapat mewarnai kemitraan berbagai potensi swasta agar sejalan dengan tujuan pembangunan Kota Pekalongan yang berwawasan kesehatan dan mandiri.

### C. SUBSISTEM SKK

#### 1. Subsistem Upaya Kesehatan

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

#### 2. Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan bersumber dari berbagai sumber, yakni: Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, swasta, organisasi masyarakat, dan masyarakat itu sendiri. Sehingga pembiayaan kesehatan yang adekuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan memegang peran yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan pembangunan kesehatan.

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

#### 3. Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan

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

#### 4. Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan

Subsistem sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan ini meliputi berbagai kegiatan untuk menjamin: aspek keamanan, khasiat/ kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar; ketersediaan, pemerataan, dan



keterjangkauan obat, terutama obat esensial; perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat; penggunaan obat yang rasional; serta upaya kemandirian di bidang kefarmasian melalui pemanfaatan sumber daya yang ada di Kota Pekalongan.

#### 5. Subsistem Manajemen dan Informasi Kesehatan

Subsistem manajemen dan informasi kesehatan meliputi: kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, hukum kesehatan, dan informasi kesehatan. Peranan manajemen kesehatan adalah koordinasi, integrasi, sinkronisasi, serta penyerasian berbagai subsistem SKK dan efektif, efisien, serta transparansi dari penyelenggaraan SKK tersebut.

Sedangkan peranan informasi kesehatan sangat penting. Dari segi pengadaan data dan informasi dapat dikelompokkan kegiatannya sebagai berikut: 1) Pengumpulan, validasi, analisa, dan diseminasi data dan informasi, 2) Manajemen sistem informasi, 3) Dukungan kegiatan dan sumber daya untuk unit-unit yang memerlukan, dan 4) Pengembangan untuk peningkatan mutu sistem informasi kesehatan.

#### 6. Subsistem Pemberdayaan Masyarakat

Sistem Kesehatan Kota Pekalongan akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai sasaran pembangunan kesehatan, melainkan juga sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan. Oleh karenanya pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan. Dalam pemberdayaan masyarakat meliputi pula upaya peningkatan lingkungan sehat oleh masyarakat sendiri. Upaya pemberdayaan masyarakat akan berhasil pada hakekatnya bila kebutuhan dasar masyarakat sudah terpenuhi. Pemberdayaan masyarakat dan upaya kesehatan pada hakekatnya merupakan fokus dari pembangunan kesehatan.

### . TATA HUBUNGAN ANTAR SUBSISTEM DENGAN LINGKUNGANNYA

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

1. Subsistem Upaya Kesehatan diselenggarakan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk penyelenggaraan subsistem tersebut diperlukan berbagai upaya dengan menghimpun seluruh potensi bangsa

Indonesia. Berbagai upaya tersebut memerlukan dukungan pembiayaan, SDM Kesehatan, ketersediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen dan informasi kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat.

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



kesehatan, dan makanan, serta subsistem pemberdayaan masyarakat, sebagai suatu kesatuan yang terpadu dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

- 6. Subsistem pemberdayaan masyarakat diselenggarakan guna menghasilkan individu, kelompok, dan masyarakat umum yang mampu berperan aktif dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Masyarakat yang berdaya akan berperan aktif dalam penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumber daya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, serta subsistem manajemen dan informasi kesehatan.

alam kaitan ini, hubungan SKK dengan lingkungan strategisnya sangat penting artinya, mengingat pembangunan kesehatan tidak dapat mencapai tujuannya tanpa memperhatikan dengan seksama interaksi dengan lingkungan strategis tersebut, yang meliputi: ideologi, politik, ekonomi, sosial budaya, dan pertahanan keamanan. Lingkungan tersebut terdapat di tingkat lokal, nasional, regional, maupun global. Selain itu, lingkungan dimaksud dapat sebagai peluang maupun kendala.

ntuk memperoleh kejelasan secara umum substansi berbagai unsur-unsur pembangunan kesehatan dan subsistem SKK serta tata hubungannya dengan lingkungan strategis yang lebih spesifik dan penting yang mempengaruhi SKK dapat dilihat pada skema berikut ini :

Skema hubungan antar subsistem dalam Sistem Kesehatan Kota (SKK) Pekalongan





**BAB V**  
**CARA PENYELENGGARAAN**  
**SISTEM KESEHATAN KOTA PEKALONGAN**

Sistem Kesehatan Kota Pekalongan terdiri dari : Subsistem upaya kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, Subsistem sumberdaya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, Subsistem manajemen dan formasi kesehatan, dan Subsistem pemberdayaan masyarakat.

**SUBSISTEM UPAYA KESEHATAN**

Upaya meningkatkan kesejahteraan berarti suatu usaha untuk mewujudkan tingkat kehidupan masyarakat yang optimal yang memenuhi kebutuhan dasar manusia termasuk kesehatan. Kesehatan meliputi semua segi kehidupan baik perorangan, keluarga, kelompok masyarakat maupun masyarakat luas. Upaya kesehatan menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif yang didukung oleh upaya kuratif dan rehabilitative yang berkesinambungan yang diselenggarakan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

**1. Pengertian**

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

**2. Tujuan**

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

**3. Unsur-unsur Utama**

Subsistem upaya kesehatan terdiri dari empat unsur utama, yakni Upaya Kesehatan, Sumber Daya Upaya Kesehatan, Pembinaan dan Pengawasan Upaya Kesehatan dan Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan yang dalam pelaksanaannya merupakan kegiatan yang tidak dapat dipisahkan.

**a. Upaya Kesehatan**

Pelayanan kesehatan meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, baik pelayanan kesehatan konvensional maupun pelayanan kesehatan yang terdiri dari pengobatan tradisional dan komplementer melalui pendidikan dan pelatihan dengan selalu mengutamakan keamanan dan efektifitas yang tinggi.

Upaya kesehatan diutamakan pada berbagai upaya yang mempunyai daya ungkit tinggi dalam pencapaian sasaran pembangunan kesehatan utamanya penduduk rentan, antara lain: ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, dan masyarakat miskin.

**b. Sumber Daya Upaya Kesehatan**

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

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

**c. Pembinaan dan Pengawasan Upaya Kesehatan**

Pelayanan kesehatan harus diberikan berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh pemerintah dengan mempertimbangkan masukan dari organisasi profesi.

Pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan dilakukan secara berjenjang melalui standarisasi, sertifikasi, lisensi, akreditasi, dan penegakan hukum yang dilakukan oleh pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat.

**d. Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan**

Penelitian dan pengembangan dilakukan utamanya untuk mendukung peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan didasarkan pada masalah kesehatan prioritas, sumber daya kesehatan, serta aspek terkait lainnya dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sesuai.



#### 4. Prinsip

- a. **Berkesinambungan dan Paripurna**  
Upaya kesehatan bagi masyarakat diselenggarakan secara berkesinambungan dan paripurna meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan hingga pemulihan, serta rujukan antar tingkatan upaya.
- b. **Bermutu, Aman, dan Sesuai Kebutuhan**  
Pelayanan kesehatan bagi masyarakat harus berkualitas, terjamin keamanannya bagi penerima dan pemberi upaya, dapat diterima masyarakat, efektif dan sesuai, serta mampu menghadapi tantangan global dan regional.
- c. **Adil dan Merata**  
Pemerintah wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata untuk memenuhi kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan di seluruh wilayah Kota Pekalongan dan di luar Kota Pekalongan dalam kondisi tertentu.
- d. **Non diskriminatif**  
Setiap penduduk harus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis, bukan status sosial ekonomi dan tidak membedakan suku/ras, budaya dan agama, dengan tetap memperhatikan pengarus-utamaan gender.
- e. **Terjangkau**  
Ketersediaan dan pembiayaan pelayanan kesehatan yang bermutu harus terjangkau oleh seluruh masyarakat.
- f. **Teknologi Tepat Guna**  
Upaya kesehatan menggunakan teknologi tepat guna yang berbasis bukti. Teknologi tepat guna berasas pada kesesuaian kebutuhan dan tidak bertentangan dengan etika, moral, dan nilai agama.
- g. **Bekerja dalam Tim secara Cepat dan Tepat**  
Upaya kesehatan dilakukan secara kerjasama tim, melibatkan semua pihak yang kompeten, dilakukan secara cepat dengan ketepatan/presisi yang tinggi.

#### 5. Penyelenggaraan

- a. **Upaya Kesehatan**  
Upaya kesehatan mencakup kesehatan fisik, mental, termasuk intelegensia dan sosial. Upaya kesehatan dilaksanakan dalam tingkatan upaya sesuai dengan kebutuhan medik dan kesehatan. Terdapat tiga tingkatan upaya, yaitu upaya kesehatan primer, upaya kesehatan sekunder, dan upaya kesehatan tersier. Upaya kesehatan diselenggarakan secara berkesinambungan, terpadu, dan paripurna melalui sistem rujukan.  
Rujukan upaya kesehatan adalah pelimpahan wewenang dan tanggung-jawab secara timbal balik, baik horisontal dan vertikal maupun struktural dan fungsional terhadap kasus penyakit atau masalah penyakit atau permasalahan kesehatan. Rujukan dibagi dalam rujukan medik yang berkaitan dengan pengobatan dan pemulihan berupa pengiriman pasien (kasus), spesimen, dan pengetahuan tentang penyakit; sedang rujukan kesehatan dikaitkan dengan upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan berupa sarana, teknologi, dan operasional.  
Upaya kesehatan primer adalah upaya kesehatan dimana terjadi kontak pertama secara perorangan atau masyarakat dengan pelayanan kesehatan melalui mekanisme rujukan timbal-balik, termasuk penanggulangan bencana dan pelayanan gawat darurat.  
Upaya kesehatan sekunder dan tersier adalah upaya kesehatan tingkat rujukan maupun rujukan tingkat lanjut.
- 1) **Upaya Kesehatan Primer**  
Upaya Kesehatan Primer terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan primer dan pelayanan kesehatan masyarakat primer.
    - a) **Pelayanan Kesehatan Perorangan Primer (PKPP)**  
Pelayanan kesehatan perorangan primer adalah pelayanan kesehatan dimana terjadi kontak pertama secara perorangan sebagai proses awal pelayanan kesehatan.  
Pelayanan kesehatan perorangan primer memberikan penekanan pada pelayanan pengobatan, pemulihan tanpa mengabaikan upaya peningkatan dan pencegahan, termasuk di dalamnya pelayanan kebugaran dan gaya hidup sehat (healthy life style).  
Pelayanan kesehatan perorangan primer diselenggarakan oleh tenaga kesehatan yang dibutuhkan dan mempunyai kompetensi seperti yang ditetapkan sesuai ketentuan yang berlaku serta dapat dilaksanakan di rumah, tempat kerja, maupun fasilitas kesehatan perorangan primer baik Puskesmas dan jaringannya, serta fasilitas kesehatan lainnya milik pemerintah, masyarakat, maupun swasta. Dilaksanakan dengan dukungan



pelayanan kesehatan perorangan sekunder dalam sistem rujukan yang timbal balik.

Pelayanan kesehatan perorangan primer diselenggarakan berdasarkan Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) pelayanan yang ditetapkan oleh Pemerintah dengan memperhatikan masukan dari organisasi profesi dan masyarakat.

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

Pemerintah Kota Pekalongan wajib menyediakan pelayanan kesehatan perorangan primer di seluruh wilayah Kota Pekalongan sesuai kebutuhan, terutama bagi masyarakat miskin, daerah terpencil, perbatasan, serta yang tidak diminati swasta.

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

Dalam pelayanan kesehatan perorangan termasuk pula pelayanan kesehatan berbasis masyarakat seperti poskestren (pos kesehatan pesantren), pos ukk dan pengobatan tradisional serta pengobatan alternatif yang secara ilmiah telah terbukti terjamin keamanan dan khasiatnya.

#### b) **Pelayanan Kesehatan Masyarakat Primer (PKMP)**

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

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat primer menjadi tanggung-jawab Dinas Kesehatan Kota Pekalongan yang pelaksanaan operasionalnya dapat didelegasikan kepada Puskesmas. Masyarakat termasuk swasta dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat primer sesuai peraturan yang berlaku dan berkerjasama dengan pemerintah.

Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat primer ditanggung oleh pemerintah bersama masyarakat, termasuk swasta. Pemerintah wajib melaksanakan dan membiayai pelayanan kesehatan masyarakat primer yang berhubungan dengan prioritas pembangunan kesehatan melalui kegiatan perbaikan lingkungan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan kematian serta paliatif.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat primer didukung kegiatan lainnya, seperti surveilans, pencatatan, dan pelaporan.

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

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

#### 2) **Upaya Kesehatan Sekunder**

**Upaya kesehatan sekunder** adalah upaya kesehatan rujukan lanjutan, yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan sekunder dan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder.

##### a) **Pelayanan Kesehatan Perorangan Sekunder (PKPS)**

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder adalah pelayanan kesehatan spesialis yang menerima rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan primer, yang meliputi rujukan kasus, spesimen, dan ilmu pengetahuan serta wajib merujuk kembali ke fasilitas kesehatan yang merujuk.

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dilaksanakan oleh dokter spesialis atau dokter yang sudah mendapatkan pendidikan khusus dan mempunyai ijin praktik serta didukung tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan. Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dilaksanakan di tempat kerja maupun fasilitas kesehatan perorangan sekunder baik Rumah Sakit setara kelas C serta fasilitas kesehatan lainnya milik pemerintah, masyarakat, maupun swasta.

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

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

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

##### b) **Pelayanan Kesehatan Masyarakat Sekunder (PKMS)**

Pelayanan kesehatan masyarakat sekunder menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat primer dan memberikan fasilitasi



dalam bentuk sarana, teknologi, dan sumber daya manusia kesehatan serta didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat tersier.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder menjadi tanggung-jawab Dinas Kesehatan Kota Pekalongan dan atau Provinsi sebagai fungsi teknisnya, yakni melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat yang tidak sanggup atau tidak memadai dilakukan pada pelayanan kesehatan masyarakat primer.

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

Fasilitas kesehatan penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dibangun sesuai dengan standar. Bagi fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat milik swasta harus mempunyai izin sesuai peraturan yang berlaku serta dapat bekerjasama dengan unit kerja Pemerintah Daerah, seperti laboratorium kesehatan, Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL), Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK), dan lain-lain.

### 3) Upaya Kesehatan Tersier

Upaya kesehatan tersier adalah upaya kesehatan rujukan unggulan yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan tersier dan pelayanan kesehatan masyarakat tersier.

#### a) Pelayanan Kesehatan Perorangan Tersier (PKPT)

Pelayanan kesehatan perorangan tersier menerima rujukan sub-spesialistik dari pelayanan kesehatan di bawahnya, dan wajib merujuk kembali ke fasilitas kesehatan yang merujuk.

Pelaksana pelayanan kesehatan perorangan tersier adalah dokter sub-spesialis atau dokter spesialis yang telah mendapatkan pendidikan khusus atau pelatihan dan mempunyai izin praktik dan didukung oleh tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan. Pelayanan kesehatan perorangan tersier dilaksanakan di Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Khusus setara kelas A dan B, baik milik pemerintah maupun swasta yang mampu memberikan pelayanan kesehatan sub-spesialistik dan juga termasuk klinik khusus, seperti pusat radioterapi. Fasilitas pelayanan kesehatan perorangan tersier dapat didirikan melalui modal patungan dengan pihak asing sesuai dengan peraturan dan kebijakan yang berlaku.

Pelayanan kesehatan perorangan tersier wajib melaksanakan penelitian dan pengembangan dasar maupun terapan dan dapat dijadikan sebagai

pusat pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan.

#### b) Pelayanan Kesehatan Masyarakat Tersier (PKMT)

Pelayanan kesehatan masyarakat tersier menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, sumber daya manusia kesehatan, dan rujukan operasional.

Pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat tersier adalah Dinas Kesehatan Provinsi, Unit kerja terkait di tingkat Provinsi, Departemen Kesehatan, dan Unit kerja terkait di tingkat nasional.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat tersier menjadi tanggung-jawab Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan yang didukung dengan kerja sama lintas sektor.

#### b. Pembinaan dan Pengawasan

##### (1) Pembinaan Upaya Kesehatan

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

Pemerintah menetapkan kebijakan dan NSPK upaya kesehatan dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah, Organisasi Profesi, dan masyarakat.

Pemerintah Provinsi melakukan bimbingan dan pengendalian terhadap pelaksanaan kebijakan dan NSPK upaya kesehatan. Pemerintah Kabupaten/Kota melaksanakan kebijakan dan NSPK upaya kesehatan.

Perizinan fasilitas upaya kesehatan menurut tingkatannya ditetapkan oleh Pemerintah, Pemerintah Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangannya yang diatur dalam peraturan perundangan.

Pemerintah, Pemerintah Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten/Kota sebagai penanggung-jawab pelaksanaan pembangunan kesehatan di wilayahnya, berkewajiban melakukan pembinaan terhadap semua fasilitas



pelayanan kesehatan termasuk swasta, sehingga semua fasilitas pelayanan kesehatan wajib memberikan laporannya.

Pembinaan upaya kesehatan dilakukan oleh pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat termasuk swasta.

## (2) Pengawasan Upaya Kesehatan

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

### c. Penelitian dan Pengembangan

Pengembangan dan pemanfaatan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (Iptek) yang memadai ditujukan untuk meningkatkan mutu upaya kesehatan. Sesuai dengan perkembangan dan keperluannya, pengembangan dan pemanfaatan Iptek perlu diperluas untuk mendukung pembangunan kesehatan secara keseluruhan.

Pengembangan dan pemanfaatan Iptek, meliputi:

1) Ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dihasilkan dari penelitian dan pengembangan kesehatan yang diselenggarakan oleh pusat-pusat penelitian dan pengembangan milik masyarakat, swasta, perguruan tinggi lokal dan pemerintah Kota Pekalongan.

Penelitian yang dilaksanakan oleh badan asing dan atau individu Warga Negara Asing (WNA) harus atas izin dan diawasi Pemerintah Kota Pekalongan.

2) Pemanfaatan dan penyebarluasan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan diatur oleh Pemerintah Kota Pekalongan dengan dukungan organisasi profesi, dilakukan dengan membentuk pusat-pusat penelitian dan pengembangan unggulan, jaringan informasi, dan dokumentasi Iptek kesehatan.

Peran Pemerintah Kota Pekalongan (Dinas Kesehatan Kota Pekalongan), dalam Penyelenggaraan Subsistem Upaya Kesehatan :

- a. Penyelenggaraan Surveilans Epidemiologi (SE), penyelidikan kasus luar biasa di Kota Pekalongan, dengan indikator kinerja yaitu cakupan kelurahan yang mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24 jam 100% pada tahun 2015
- b. Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular di Kota Pekalongan, dengan indikator kinerja yaitu cakupan kelurahan yang mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24 jam 100% pada tahun 2015
- c. Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular tertentu di Kota Pekalongan, dengan indikator kinerja yaitu cakupan kelurahan yang mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24 jam 100% pada tahun 2015
- d. Penyelenggaraan operasional penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan wabah di Kota Pekalongan, dengan indikator kinerja yaitu cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kota Pekalongan adalah 100% pada tahun 2015
- e. Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan pencemaran lingkungan di Kota Pekalongan, dengan indikator kinerja yaitu cakupan pelayanan yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kota Pekalongan 100% pada tahun 2015.
- f. Penyelenggaraan penyehatan lingkungan, dengan indikator kinerja yaitu cakupan pelayanan yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kota Pekalongan 100% pada tahun 2015.
- g. Pelaksanaan Surveilans Kewaspadaan Pangan dan gizi Buruk di Kota Pekalongan dengan indikator kinerja yaitu cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan 100%
- h. Penyelenggaraan penanggulangan gizi buruk di Kota Pekalongan dengan indikator kinerja yaitu cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan 100%
- i. Perbaikan gizi keluarga dan masyarakat
- j. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan Haji di Kota Pekalongan dengan indikator kinerja yaitu cakupan mendapat pelayanan kesehatan adalah 100%
- k. Pengelolaan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan sekunder di Kota Pekalongan dengan indikator kinerja yaitu cakupan mendapat pelayanan kesehatan adalah sebesar 100%
- l. Penyelenggaraan registrasi, akreditasi dan sertifikasi sarana kesehatan sesuai peraturan perundang-undangan, dengan indikator kinerja yaitu cakupan pelayanan registrasi, akreditasi dan sertifikasi sarana kesehatan sesuai NSPK.
- m. Pemberian rekomendasi izin sarana kesehatan tertentu yang diberikan oleh pemerintah dan provinsi dengan indikator kinerja yaitu cakupan pendirian sarana kesehatan.
- n. Pemberian izin sarana kesehatan meliputi rumah sakit pemerintah Kelas C, Kelas D, rumah sakit swasta yang setara, praktik berkelompok, klinik umum/spesialis, rumah bersalin, klinik dokter keluarga/dokter gigi keluarga, kedokteran komplementer, dan pengobatan tradisional, serta sarana penunjang yang setara, dengan indikator kinerja yaitu cakupan pendirian sarana kesehatan.



- o. Pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat menetapkan kebijakan dan Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) upaya kesehatan.
- p. Pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat termasuk swasta menyelenggarakan pembinaan upaya kesehatan.
- q. Pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat termasuk swasta menyelenggarakan pengawasan upaya kesehatan, yang ditujukan untuk menjamin konsistensi penyelenggaraan upaya kesehatan. Hasil pengawasan digunakan untuk perlindungan terhadap masyarakat dan tenaga kesehatan selaku penyelenggara upaya kesehatan.
- r. Pemerintah Kota Pekalongan bersama dengan pusat-pusat penelitian dan pengembangan milik masyarakat, swasta, perguruan tinggi lokal menyelenggarakan penelitian, pengembangan dan pemanfaatan iptek Kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan mutu upaya kesehatan.
- s. Pemerintah Kota Pekalongan dengan dukungan organisasi profesi menyelenggarakan pemanfaatan dan penyebarluasan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, yang dilakukan dengan membentuk pusat-pusat penelitian dan pengembangan unggulan, jaringan informasi, dan dokumentasi iptek kesehatan.
- t. Pemerintah Kota Pekalongan memberikan rekomendasi izin sarana kesehatan RSUD yaitu RSUD Kabupaten Pekalongan (RSUD Kraton)
- u. Pemerintah Kota Pekalongan berkoordinasi dengan Pemerintah Kabupaten Pekalongan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Hal ini disebabkan karena RSUD Kabupaten Pekalongan (RSUD Kraton) sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan terletak di wilayah Kota Pekalongan.

Peran Organisasi Profesi dalam penyelenggaraan Subsistem Upaya Kesehatan :

- a. Turut serta dalam penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular di Kota Pekalongan
- b. Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular tertentu di Kota Pekalongan
- c. Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan pencemaran lingkungan di Kota Pekalongan
- d. Pelaksanaan Surveilans Kewaspadaan Pangan dan gizi Buruk di Kota Pekalongan
- e. Perbaikan gizi keluarga dan masyarakat
- f. Pengelolaan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan sekunder di Kota Pekalongan
- g. Penyelenggaraan registrasi, sumber daya manusia kesehatan sesuai peraturan perundang-undangan
- h. Pemberian rekomendasi izin sarana kesehatan tertentu di Kota Pekalongan.

- i. Pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat menetapkan kebijakan dan Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) upaya kesehatan.
- j. Pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat termasuk swasta menyelenggarakan pembinaan upaya kesehatan.
- k. Pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat termasuk swasta menyelenggarakan pengawasan upaya kesehatan, yang ditujukan untuk menjamin konsistensi penyelenggaraan upaya kesehatan. Hasil pengawasan digunakan untuk perlindungan terhadap masyarakat dan tenaga kesehatan selaku penyelenggara upaya kesehatan.
- l. Pemerintah Kota Pekalongan dengan dukungan organisasi profesi menyelenggarakan pemanfaatan dan penyebarluasan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, yang dilakukan dengan membentuk pusat-pusat penelitian dan pengembangan unggulan, jaringan informasi, dan dokumentasi iptek kesehatan.

Peran Masyarakat termasuk swasta dalam penyelenggaraan Subsistem Upaya Kesehatan :

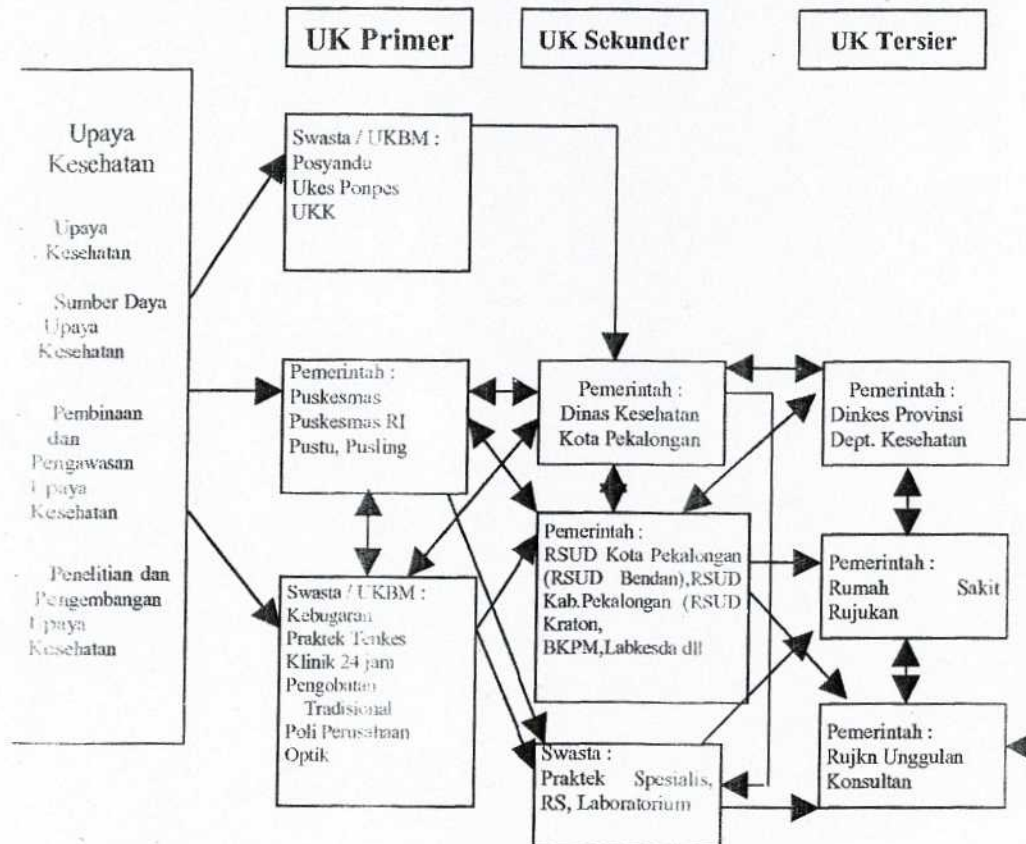
- a. Masyarakat berpartisipasi secara aktif dalam memberikan informasi mengenai adanya kasus KLB di masyarakat
- b. Masyarakat termasuk pihak swasta berperan secara aktif dalam upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit menular tertentu di Kota Pekalongan
- c. Masyarakat beserta pihak swasta juga berperan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular tertentu di Kota Pekalongan
- d. Masyarakat termasuk swasta turut berperan dalam penanggulangan masalah kesehatan akibat wabah
- e. Masyarakat dan swasta berperan dalam penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan pencemaran lingkungan di Kota Pekalongan
- f. Masyarakat dan swasta ikut serta dalam penyelenggaraan penyehatan lingkungan
- g. Masyarakat dan swasta turut serta dalam pelaksanaan penyelenggaraan penanggulangan gizi buruk di Kota Pekalongan
- h. Masyarakat berperan secara aktif dalam usaha perbaikan gizi keluarga dan masyarakat
- i. Masyarakat termasuk swasta berperan dalam pengelolaan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan sekunder di Kota Pekalongan
- j. Pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat menetapkan kebijakan dan Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) upaya kesehatan.
- k. Pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat termasuk swasta menyelenggarakan pembinaan upaya kesehatan.
- k. Pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat termasuk swasta menyelenggarakan pengawasan upaya kesehatan, yang ditujukan untuk



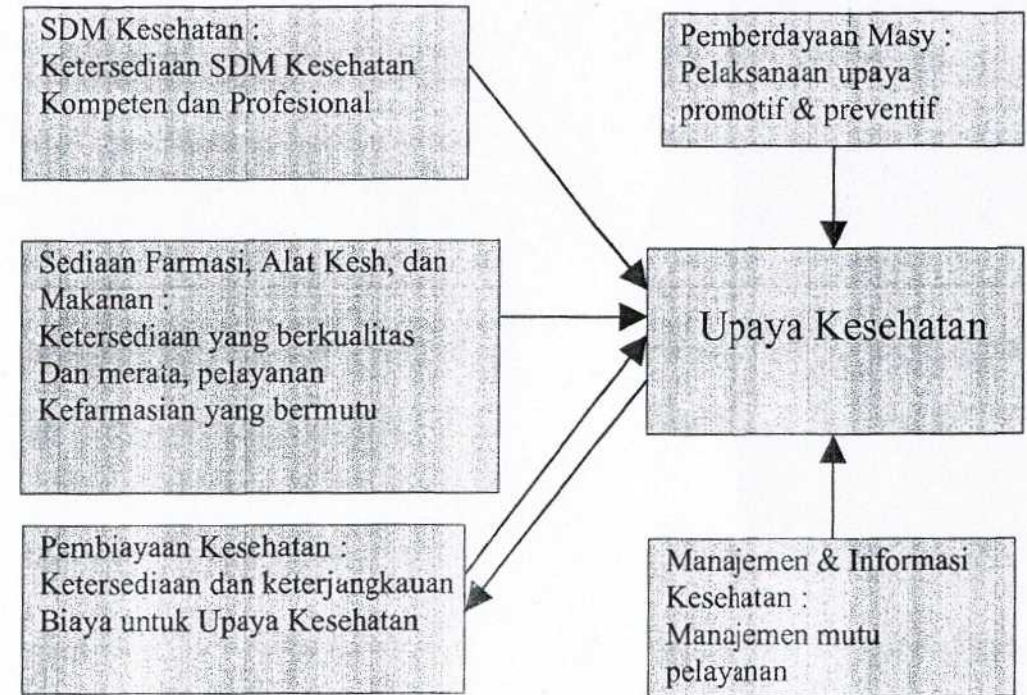
menjamin konsistensi penyelenggaraan upaya kesehatan. Hasil pengawasan digunakan untuk perlindungan terhadap masyarakat dan tenaga kesehatan selaku penyelenggara upaya kesehatan.

- l. Pemerintah Kota Pekalongan bersama dengan pusat-pusat penelitian dan pengembangan milik masyarakat, swasta, perguruan tinggi lokal menyelenggarakan penelitian, pengembangan dan pemanfaatan Iptek Kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan mutu upaya kesehatan.
- m. Masyarakat termasuk swasta berhak untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat primer sesuai dengan peraturan yang berlaku dan bekerjasama dengan pemerintah.

Hubungan subsistem upaya kesehatan dan subsistem kesehatan lain  
 a. Unsur-unsur dalam subsistem Upaya Kesehatan



b. Hubungan subsistem Upaya Kesehatan dan subsistem kesehatan lain



B. SUB SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

1. Pengertian

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

2. Tujuan

Tujuan dari penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan adalah tersedianya dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, merata dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, tersalurkan



sesuai peruntukannya untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

### 3. Unsur-unsur

#### a. Dana

Dana digali dari sumber pemerintah baik dari sektor kesehatan dan sektor lain terkait, dari masyarakat, maupun swasta serta sumber lainnya yang digunakan untuk mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dana yang tersedia harus mencukupi dan dapat dipertanggung-jawabkan serta dipertanggung-gugatkan.

#### b. Sumber Daya

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

#### c. Pengelolaan Dana Kesehatan

Prosedur/mechanisme pengelolaan dana kesehatan adalah seperangkat aturan yang disepakati dan secara konsisten dijalankan oleh para pelaku subsistem pembiayaan kesehatan, baik oleh pemerintah secara lintas sektor, swasta, maupun masyarakat yang mencakup mekanisme penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan.

### 4. Prinsip

#### a. Kecukupan

Pembiayaan kesehatan pada dasarnya merupakan tanggung-jawab bersama pemerintah, masyarakat, dan swasta. Alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk upaya kesehatan dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, baik pusat maupun daerah, terus diupayakan peningkatan dan kecukupannya sesuai kebutuhan menuju sekurang-kurangnya 5% dari PDB atau 5% dari total anggaran pendapatan belanja negara diluar gaji dan 10% dari total anggaran pendapatan dan belanja daerah setiap tahunnya.

Pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu merupakan tanggung-jawab pemerintah.

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

#### b. Efektif dan Efisien

Dalam menjamin efektifitas dan efisiensi penggunaan dana kesehatan, maka pembelanjaannya dilakukan melalui kesesuaian antara perencanaan pembiayaan kesehatan, penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran dan kompetensi pemberi pelayanan kesehatan; sistem pembayaran pada fasilitas kesehatan perlu dikembangkan menuju bentuk pembayaran prospektif.

#### c. Adil dan Transparan

Dana kesehatan yang terhimpun baik dari pemerintah maupun masyarakat dimanfaatkan secara adil dalam rangka menjamin terpeliharanya dan terlindunginya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Dana kesehatan digunakan secara bertanggung-jawab dan bertanggung-gugat berdasarkan prinsip tata pemerintahan yang baik (good governance), transparan, dan mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku.

### 5. Penyelenggaraan

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

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



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

#### a. Penggalan Dana

Penggalan dana untuk pembangunan kesehatan yang bersumber dari pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kota, bantuan atau pinjaman yang tidak mengikat, serta berbagai sumber lainnya. Dana yang bersumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip kemitraan antara pemerintah dan masyarakat. Penggalan dana yang bersumber dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri atau dilakukan secara pasif dengan memanfaatkan berbagai dana yang sudah terkumpul di masyarakat.

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

#### b. Pengalokasian Dana

Pengalokasian dana pemerintah dilakukan melalui perencanaan anggaran dengan mengutamakan upaya kesehatan prioritas secara bertahap dan terus ditingkatkan jumlahnya sehingga sesuai dengan kebutuhan. Hal ini termasuk program bantuan sosial dari pemerintah untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu (Jamkesmas).

Dana Pemerintah Kota untuk pembangunan kesehatan di Kota Pekalongan diarahkan untuk membiayai upaya kesehatan primer, sekunder, dan tersier dengan mengutamakan masyarakat rentan dan miskin, daerah terpencil, perbatasan serta yang tidak diminati swasta, termasuk program-program kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Pengalokasian dana untuk pelayanan kesehatan perorangan dilakukan melalui kepesertaan dalam jaminan pemeliharaan kesehatan yang diatur oleh pemerintah.

Pengalokasian dana yang dihimpun dari masyarakat dilaksanakan berdasarkan asas gotong-royong sesuai dengan potensi dan kebutuhannya.

#### c. Pembelanjaan

Pemanfaatan dana kesehatan dilakukan dengan memperhatikan aspek teknis maupun alokatif sesuai peruntukannya secara efisien dan efektif untuk terwujudnya pengelolaan pembiayaan kesehatan yang transparan, akuntabel, serta menerapkan prinsip penyelenggaraan tata pemerintahan yang baik (*good governance*).

Pembelanjaan dana kesehatan diarahkan terutama melalui jaminan pemeliharaan kesehatan, baik yang bersifat wajib maupun sukarela serta dalam upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan.

#### 6. Peran Pemerintah Kota Pekalongan (Dinas Kesehatan Kota Pekalongan), dalam Penyelenggaraan Subsistem Pembiayaan Kesehatan :

- a. Pengelolaan/penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Kota Pekalongan dengan indikator kinerja yaitu cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin.
- b. Penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan nasional (Tugas Pembantuan) dengan indikator kinerja yaitu cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin 100% pada tahun 2015.
- c. Pemerintah, dan masyarakat termasuk swasta berperan dalam penyelenggaraan penggalan dana yang digunakan untuk pembangunan kesehatan. Dana yang bersumber dari pemerintah berasal dari pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kota, bantuan atau pinjaman yang tidak mengikat, serta berbagai sumber lainnya.

#### Peran Masyarakat dalam penyelenggaraan Subsistem Pembiayaan Kesehatan :

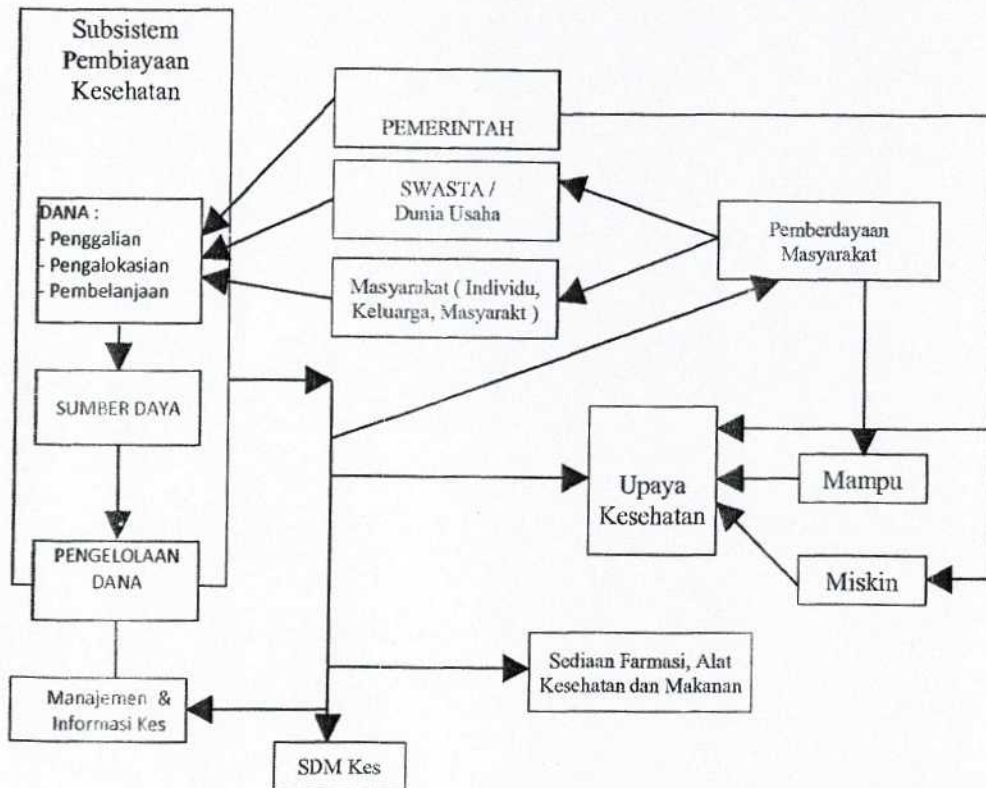
- a. Pemerintah bersama dengan masyarakat termasuk swasta menyelenggarakan pengawasan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Kota Pekalongan yang ditujukan untuk menjamin konsistensi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Kota Pekalongan.
- b. Masyarakat turut berperan dalam penyelenggaraan penggalan dana yang digunakan untuk pembangunan kesehatan. Penggalan dana yang bersumber dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri atau dilakukan secara pasif dengan memanfaatkan berbagai dana yang sudah terkumpul di masyarakat.



Peran Swasta dalam penyelenggaraan Subsistem Pembiayaan Kesehatan :

- a. Pihak swasta juga berperan dalam penyelenggaraan penggalan dana yang digunakan untuk pembangunan kesehatan. Dana yang bersumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip kemitraan antara pemerintah, masyarakat, serta pihak swasta.

### 7. Hubungan subsistem Pembiayaan Kesehatan dan subsistem kesehatan lain



### C. SUBSISTEM SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN

Tenaga kesehatan profesional atau Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDM Kesehatan) yang kompeten, merupakan pendukung utama kualitas pelayanan kesehatan. SDM Kesehatan dihasilkan oleh berbagai institusi pendidikan, yang harus mengutamakan kualitas, kompetensi, moral kemanusiaan untuk mutu pelayanan. Kesiapan kompetensi, distribusi dan pendayagunaan SDM Kesehatan perlu diupayakan dengan memanfaatkan potensi dan menyesuaikan tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan, dan ditata dalam suatu subsistem.

#### 1. Pengertian

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

Sumber Daya Manusia Kesehatan adalah tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis dan tenaga kesehatan non profesi serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya seperti dalam upaya dan manajemen kesehatan.

#### 2. Tujuan

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

#### 3. Unsur-unsur

##### a. Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDM Kesehatan)

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



**b. Sumber Daya Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan**

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

**c. Penyelenggaraan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan**

Penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan meliputi upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan. Perencanaan SDM Kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah, kualifikasi, dan distribusi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.

Pengadaan SDM Kesehatan adalah upaya yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pembangunan kesehatan.

Pendayagunaan SDM Kesehatan adalah upaya pemerataan dan pemanfaatan serta pengembangan SDM Kesehatan.

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

**4. Prinsip**

**a. Adil dan Merata serta Demokratis**

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

**b. Kompeten dan Berintegritas**

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

**c. Objektif dan Transparan**

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

**d. Hierarki dalam SDM Kesehatan**

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

**5. Penyelenggaraan**

**a. Perencanaan SDM Kesehatan**

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

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

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

**b. Pengadaan SDM Kesehatan**

Standar pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan mengacu kepada standar pelayanan dan standar kompetensi SDM Kesehatan dan perlu



didukung oleh etika profesi SDM Kesehatan tersebut. Pemerintah dengan melibatkan organisasi profesi dan masyarakat menetapkan standar kompetensi dan standar pendidikan.

Pemerintah bertanggung-jawab mengatur pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program pendidikan tenaga kesehatan yang dibutuhkan dalam pembangunan kesehatan.

Pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program pendidikan ditekankan untuk menghasilkan lulusan tenaga kesehatan yang bermutu dan dapat bersaing secara global dengan memperhatikan keseimbangan antara kebutuhan, dinamika pasar baik di dalam maupun di luar negeri, dan kemampuan produksi tenaga kesehatan dengan yang sudah ada.

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

Kompetensi tenaga kesehatan di Kota Pekalongan harus setara dengan kompetensi tenaga kesehatan di tingkat nasional, sehingga registrasi tenaga kesehatan lulusan institusi pendidikan kesehatan di Kota Pekalongan dapat diakui di tingkat nasional.

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

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

### c. Pendayagunaan SDM Kesehatan

Pemerintah Kota Pekalongan melakukan upaya penempatan tenaga kesehatan yang ditujukan untuk mencapai pemerataan yang berkeadilan dalam pembangunan kesehatan.

Pemerintah Kota Pekalongan dan pihak Swasta melakukan rekrutmen dan penempatan tenaga kesehatan dan tenaga pendukung kesehatan yang

diperlukan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan dan atau menjalankan tugas dan fungsi institusinya sesuai kompetensinya.

Pemerintah Kota Pekalongan bersama UPT-nya dan masyarakat melakukan rekrutmen dan penempatan tenaga penunjang (tenaga masyarakat) yang diperlukan untuk mendukung UKBM sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.

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

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

Pendayagunaan tenaga kesehatan untuk keperluan di luar Kota Pekalongan diatur oleh lembaga pemerintah dalam rangka menjamin keseimbangan antara kemampuan pengadaan tenaga kesehatan di Kota Pekalongan dan kebutuhan tenaga kesehatan secara umum di Indonesia.

Pendayagunaan tenaga kesehatan warga negara asing hanya dilakukan pada tingkat konsultan pada bidang tertentu, dalam rangka alih teknologi dan ditetapkan melalui persyaratan sesuai peraturan perundangan yang berlaku. Dalam rangka mengantisipasi globalisasi perlu dilakukan pengaturan agar masuknya SDM Kesehatan warga negara asing dengan teknologi, modal, dan pengalaman yang mereka punyai tidak merugikan SDM Kesehatan di Kota Pekalongan.

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

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



**d. Pembinaan dan Pengawasan SDM Kesehatan**

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

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

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

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

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

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

6. Peran Pemerintah Kota Pekalongan (Dinas Kesehatan Kota Pekalongan), dalam Penyelenggaraan Subsistem Sumberdaya Manusia Kesehatan
  - a. Pemanfaatan tenaga kesehatan strategis di daerah terpencil perbatasan dan kepulauan, dengan indikator kinerja yaitu cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan strategis
  - b. Pendayagunaan tenaga kesehatan di Kota Pekalongan, dengan indikator kinerja yaitu cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan
  - c. Penyelenggaraan pelatihan teknis tenaga kesehatan di Kota Pekalongan dengan indikator kinerja yaitu cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan.
  - d. Penyelenggaraan registrasi, akreditasi, sertifikasi tenaga kesehatan tertentu di Kota Pekalongan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, dengan indikator kinerja yaitu cakupan jumlah tenaga kesehatan yang teregistrasi, terakreditasi dan bersertifikat.
  - e. Pemberian izin praktik tenaga kesehatan tertentu di Kota Pekalongan, dengan indikator kinerja yaitu cakupan jumlah tenaga kesehatan yang mendapat izin praktik.
  - f. Pemerintah dengan melibatkan organisasi profesi dan masyarakat menetapkan standar kompetensi dan standar pendidikan.
  - g. Pemerintah bertanggung-jawab mengatur pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program pendidikan tenaga kesehatan yang dibutuhkan dalam pembangunan kesehatan.
  - h. Pemerintah dengan melibatkan organisasi profesi membentuk badan regulator profesi yang bertugas menyusun berbagai peraturan persyaratan, menentukan kompetensi umum, prosedur penetapan kompetensi khusus tenaga kesehatan, serta menentukan sertifikasi institusi pendidikan dan pelatihan profesi.
  - i. Pemerintah Kota Pekalongan dan pihak Swasta melakukan rekrutmen dan penempatan tenaga kesehatan dan tenaga pendukung kesehatan yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan dan atau menjalankan tugas dan fungsi institusinya sesuai kompetensinya.



- j. Pemerintah Kota Pekalongan memberikan izin praktik tenaga kesehatan Kabupaten Pekalongan yang berpraktik di wilayah Kota Pekalongan (tenaga kesehatan yang berpraktik di RSUD Kraton)
- k. Pemerintah dan swasta mengembangkan dan menerapkan pola karir tenaga kesehatan yang dilakukan secara transparan, terbuka, dan lintas institusi melalui jenjang jabatan struktural dan jabatan fungsional.
- l. Pemerintah bersama organisasi profesi dan swasta mengupayakan penyelenggaraan pendidikan berkelanjutan dalam rangka peningkatan karir dan profesionalisme tenaga kesehatan.

Peran Organisasi Profesi dalam Penyelenggaraan Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan :

- a. Penyelenggaraan pelatihan teknis tenaga kesehatan di Kota Pekalongan guna meningkatkan kualitas sumber daya manusia kesehatan di Kota Pekalongan
- b. Pemerintah dengan melibatkan organisasi profesi dan masyarakat menetapkan standar kompetensi dan standar pendidikan.
- c. Pemberian rekomendasi izin praktik tenaga kesehatan tertentu di Kota Pekalongan.
- d. Pemerintah dengan melibatkan organisasi profesi membentuk badan regulator profesi yang bertugas menyusun berbagai peraturan persyaratan, menentukan kompetensi umum, prosedur penetapan kompetensi khusus tenaga kesehatan, serta menentukan sertifikasi institusi pendidikan dan pelatihan profesi.
- e. Pemerintah bersama organisasi profesi dan swasta mengupayakan penyelenggaraan pendidikan berkelanjutan dalam rangka peningkatan karir dan profesionalisme tenaga kesehatan.
- f. Organisasi Profesi bersama dengan pemerintah menyelenggarakan pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan. Pengawasan SDM Kesehatan dilakukan untuk mencegah terjadinya pelanggaran disiplin melalui pengawasan melekat dan pengawasan profesi.

Peran Masyarakat dalam Penyelenggaraan Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan :

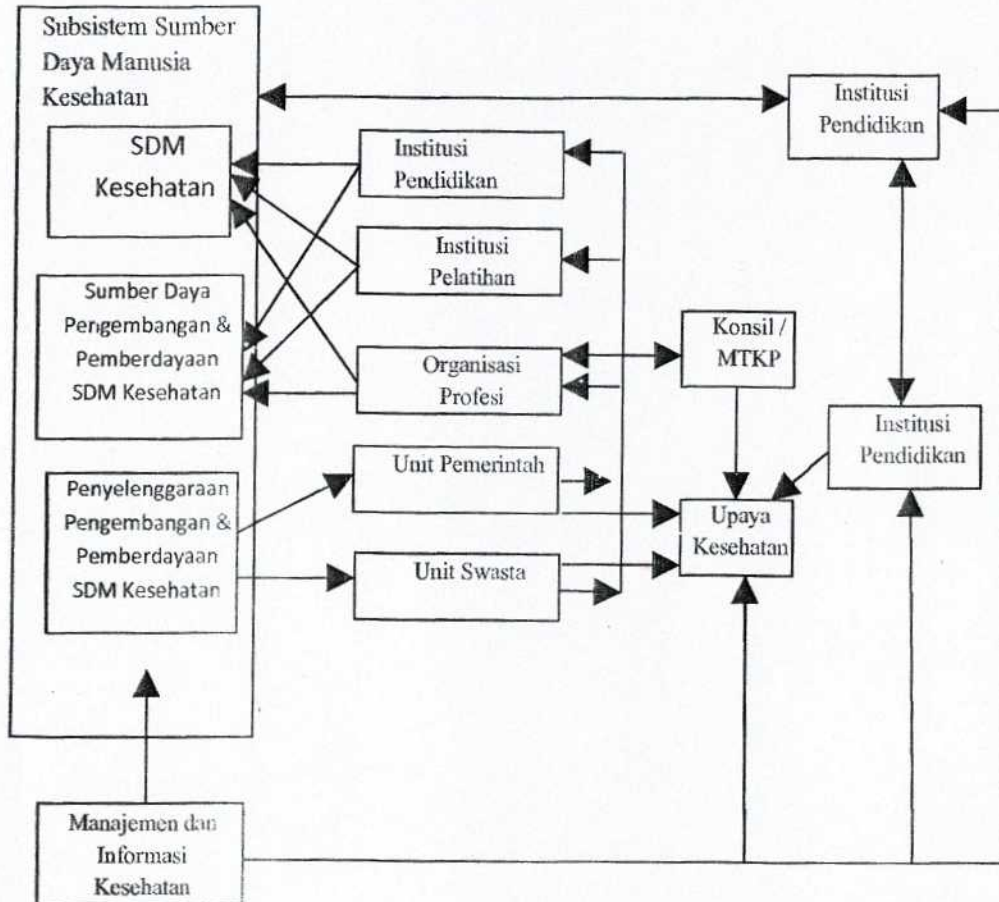
- a. Masyarakat berperan sebagai penyedia sumber daya manusia kesehatan
- b. Pemerintah dengan melibatkan organisasi profesi dan masyarakat menetapkan standar kompetensi dan standar pendidikan.

Peran swasta dalam Penyelenggaraan Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan :

- a. Pihak swasta bersama dengan organisasi profesi menyelenggarakan pelatihan teknis tenaga kesehatan
- b. Pemerintah Kota Pekalongan dan pihak Swasta melakukan rekrutmen dan penempatan tenaga kesehatan dan tenaga pendukung kesehatan yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan dan atau menjalankan tugas dan fungsi institusinya sesuai kompetensinya.
- c. Pemerintah dan swasta mengembangkan dan menerapkan pola karir tenagakesehatan yang dilakukan secara transparan, terbuka, dan lintas institusi melalui jenjang jabatan struktural dan jabatan fungsional.
- d. Pemerintah bersama organisasi profesi dan swasta mengupayakan penyelenggaraan pendidikan berkelanjutan dalam rangka peningkatan karir dan profesionalisme tenaga kesehatan.



7. Hubungan subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan dan subsistem kesehatan lain



D. SUBSISTEM SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN, DAN MAKANAN

Sesuai UU Kesehatan, sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika. Perbekalan kesehatan adalah semua bahan selain obat dan peralatan yang diperlukan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan, meliputi antara lain : alat kesehatan, gas medik, reagen dan bahan kimia, radiologi, perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT) dan makanan minuman. Napza termasuk dalam kategori obat.

1. Pengertian

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

2. Tujuan

Tujuan penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah tersedianya sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang terjamin aman, berkhasiat/bermanfaat dan bermutu serta pelayanan kefarmasian yang menjamin penggunaan secara tepat dan benar; dan khusus untuk obat dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Unsur-unsur

a. Komoditi

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

b. Sumber Daya

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



Fasilitas sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah peralatan atau tempat yang harus memenuhi Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria yang telah ditetapkan, baik di fasilitas produksi, distribusi maupun fasilitas pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier.

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

**c. Pelayanan Kefarmasian**

Pelayanan kefarmasian adalah upaya pelayanan kefarmasian yang dilakukan tenaga kesehatan sesuai kompetensi, berorientasi kepada pasien dengan prinsip menjamin penggunaan secara tepat dan benar.

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

**d. Pengawasan**

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

**e. Pemberdayaan Masyarakat**

Masyarakat senantiasa dilibatkan secara aktif agar sadar dan dapat lebih berperan dalam penyediaan dan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan serta terhindar dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan. Penyediaan unit pelayanan publik bidang kesehatan untuk menangani berbagai masalah yang mudah diakses oleh masyarakat dan menerima keluhan atau pertanyaan terkait dengan sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan.

**4. Prinsip**

**a. Aman, Berkhasiat, Bermanfaat, dan Bermutu**

Pemerintah menjamin keamanan, khasiat, manfaat, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan melalui pembinaan, pengawasan, dan pengendalian secara profesional, bertanggung-jawab, independen, transparan, dan berbasis bukti ilmiah. Sedangkan pelaku usaha bertanggung-jawab atas keamanan, khasiat/manfaat, dan mutu produk sesuai dengan fungsi usahanya dan peraturan yang berlaku.

Pengamanan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan diselenggarakan mulai dari tahap produksi, distribusi, dan pemanfaatan yang mencakup mutu, manfaat, keamanan, dan keterjangkauan.

**b. Tersedia, Merata, dan Terjangkau**

Sediaan farmasi (obat) merupakan kebutuhan dasar manusia yang tidak tergantikan dalam pelayanan kesehatan, sehingga obat tidak boleh diperlakukan sebagai komoditas ekonomi semata. Sediaan farmasi sebagai barang publik harus dijamin ketersediaannya dan keterjangkauannya, sehingga penetapan harga dikendalikan oleh pemerintah dan tidak sepenuhnya diserahkan kepada mekanisme pasar.

**c. Rasional**

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

**d. Transparan dan Bertanggung-jawab**

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

**e. Kemandirian**

Potensi sumber daya alam Kota Pekalongan, utamanya bahan baku obat dan obat tradisional harus dikelola secara profesional, sistematis, dan berkesinambungan sehingga memiliki daya saing tinggi dan mengurangi



ketergantungan dari sumber daya alam di luar Kota Pekalongan serta menjadi sumber ekonomi masyarakat dan pendapatan bagi Pemerintah Kota Pekalongan.

## 5. Penyelenggaraan

### a. Upaya Ketersediaan, Pemerataan, dan Keterjangkauan Obat dan Alat Kesehatan

Penyediaan dan pelayanan obat berpedoman pada DOEN untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan. Pemerintah dengan pengaturan khusus menjamin tersedianya obat bagi masyarakat di seluruh wilayah Kota Pekalongan.

Pemerintah melakukan pengendalian dan pengawasan terhadap pengadaan serta penyaluran untuk menjamin ketersediaan dan pemerataan obat serta alat kesehatan. Pemerintah mengatur harga obat dan alat kesehatan.

### b. Upaya Jaminan Keamanan, Khasiat/manfaat, dan Mutu Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan serta Perlindungan Masyarakat dari Penggunaan yang Salah dan Penyalahgunaan Obat dan Alat Kesehatan

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

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

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

Pembinaan, pengawasan, dan pengendalian impor, ekspor, produksi dan distribusi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan merupakan suatu kesatuan yang utuh, dilakukan melalui penilaian keamanan, khasiat/manfaat,

dan mutu produk melalui proses pendaftaran dan evaluasi, inspeksi fasilitas produksi dan distribusi, pengambilan dan pengujian sampel, survailan dan vijilan setelah pemasaran, serta pemantauan label atau penandaan, iklan dan promosi.

Dalam rangka menghindarkan dampak buruk dari penggunaan alat kesehatan, maka upaya jaminan perlindungan keamanan diberikan kepada pengguna dan operator alat kesehatan, masyarakat, serta lingkungannya.

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

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

Perlindungan masyarakat dari penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif (Napza) harus merupakan upaya yang terpadu antara upaya represif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Perlindungan masyarakat terhadap pencemaran sediaan farmasi dari bahan-bahan yang dilarang, atau penggunaan bahan tambahan makanan yang tidak sesuai persyaratan.

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

### c. Upaya Penyelenggaraan Pelayanan Kefarmasian

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



**d. Upaya Penggunaan Obat yang Rasional**

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

Penyelenggaraan upaya penggunaan obat yang rasional dilakukan antara lain melalui kegiatan berikut: 1) Penerapan DOEN dalam upaya pelayanan kesehatan tingkat primer, sekunder, dan tersier, melalui pemanfaatan pedoman terapi dan formularium berbasis bukti ilmiah terbaik; 2) Audit dan umpan balik dalam penggunaan obat rasional; 3) Pengembangan mekanisme pemantauan ketersediaan obat esensial dan langkah-langkah perbaikan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan; 4) Pemberdayaan Komite Farmasi dan Terapi (KFT) untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian melalui penggunaan obat secara rasional; 5) Penerapan pendekatan farmako ekonomi melalui analisis biaya efektif dan biaya manfaat pada seleksi obat yang digunakan di semua tingkat pelayanan kesehatan; 6) Penyediaan informasi obat yang benar, objektif dan lengkap melalui penyusunan Informasi Obat Nasional Indonesia (IONI) akan sangat mendukung para profesi kesehatan seperti: dokter, apoteker, perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat sehingga dapat meningkatkan kemanfaatan dan keamanan penggunaan obat termasuk penggunaan obat yang rasional, 7) Pemberdayaan masyarakat melalui Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE). Informasi kepada masyarakat, antara lain promosi penggunaan obat generik dan pengelolaan berbagai penyakit secara tepat, seperti penyakit diare, dan lain-lain; serta 8) Pemberdayaan SDM Kesehatan dalam melaksanakan penggunaan obat rasional di semua fasilitas pelayanan kesehatan.

**e. Upaya Kemandirian Sediaan Farmasi melalui Pemanfaatan Sumber Daya Kota Pekalongan**

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

Langkah-langkah yang perlu diselenggarakan meliputi: 1) Pemilihan produk yang tepat untuk pengembangan produksi dalam negeri dengan mempertimbangkan potensi sumber daya dalam negeri; 2) Pemerintah menciptakan iklim yang kondusif bagi investasi di bidang farmasi melalui persaingan usaha yang adil, pemberian insentif kebijakan perpajakan dan

perbankan, serta kepastian proses perijinan; 3) Pembinaan industri farmasi dalam negeri agar mampu melakukan produksi sesuai dengan Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB) dan dapat melakukan usahanya dengan efektif dan efisien sehingga mempunyai daya saing yang tinggi; 4) Komitmen semua pemangku kepentingan, seperti kemauan industri farmasi domestik untuk memprioritaskan penggunaan bahan baku produksi dalam negeri, penerimaan fasilitas pelayanan kesehatan, para pelayan kesehatan dan konsumen; 5) Peningkatan penelitian dan pengembangan bahan baku obat, obat, dan obat tradisional untuk menunjang pembangunan kesehatan; 6) Pengembangan pemanfaatan obat tradisional yang aman, memiliki khasiat nyata yang teruji secara ilmiah, bermutu tinggi, dan dimanfaatkan secara luas baik untuk pengobatan sendiri oleh masyarakat maupun digunakan dalam pelayanan kesehatan formal. Penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan harus melibatkan seluruh pelaku baik secara perorangan maupun bersama dan terpadu antara pemerintah, swasta/dunia usaha, dan masyarakat.

6. Peran Pemerintah Kota Pekalongan (Dinas Kesehatan Kota Pekalongan), dalam Penyelenggaraan Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan
  - a. Penyediaan dan pengelolaan obat untuk pelayanan kesehatan dasar, alat kesehatan, reagensia, dan vaksin di Kota Pekalongan, dengan indikator kinerja yaitu cakupan jumlah ketersediaan obat-obatan, alat kesehatan dan vaksin.
  - b. Pengambilan sampling/ccontoh sediaan farmasi di lapangan, dengan indikator kinerja yaitu cakupan jumlah ketersediaan sarana produksi dan distribusi alat kesehatan di Kota Pekalongan.
  - c. Penyelenggaraan pemeriksaan setempat sarana produksi dan distribusi sediaan farmasi, dengan indikator kinerja yaitu cakupan jumlah ketersediaan sarana produksi dan distribusi alat kesehatan di Kota Pekalongan.
  - d. Pelaksanaan pengawasan dan registrasi makanan minuman produksi rumah tangga, dengan indikator kinerja yaitu cakupan jumlah ketersediaan makanan minuman teregistrasi produksi rumah tangga di Kota Pekalongan.
  - e. Sertifikasi alat kesehatan dan PKRT Kelas I, dengan indikator kinerja yaitu cakupan jumlah ketersediaan alat kesehatan dan PKRT Kelas I di Kota Pekalongan.



- f. Pemberian rekomendasi izin PBF Cabang, PBAK, dan Industri Kecil Obat Tradisional (IKOT), dengan indikator kinerja yaitu cakupan jumlah izin PBF Cabang, PBAK dan Industri Kecil Obat Tradisional (IKOT) di Kota Pekalongan.
- g. Pemberian izin apotik dan toko obat, dengan indikator kinerja yaitu cakupan jumlah izin PBF Cabang, PBAK dan Industri Kecil Obat Tradisional (IKOT) di Kota Pekalongan.
- h. Pemerintah menyediakan pembiayaan yang cukup yang diperlukan untuk menjamin ketersediaan dan keterjangkauan obat, terutama obat dan alat kesehatan esensial bagi masyarakat miskin.
- i. Pemerintah menjamin keamanan, khasiat, manfaat, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan melalui pembinaan, pengawasan, dan pengendalian secara profesional, bertanggung-jawab, independen, transparan, dan berbasis bukti ilmiah.
- j. Pemerintah dengan pengaturan khusus menjamin tersedianya obat bagi masyarakat di seluruh wilayah Kota Pekalongan.
- k. Pemerintah melakukan pengendalian dan pengawasan terhadap pengadaan serta penyaluran untuk menjamin ketersediaan dan pemerataan obat serta alat kesehatan. Pemerintah mengatur harga obat dan alat kesehatan.
- l. Pemerintah bersama dengan pelaku usaha dan masyarakat secara terpadu dan bertanggung jawab melakukan upaya jaminan keamanan, khasiat/manfaat, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.
- m. Pemerintah melakukan pemberdayaan SDM Kesehatan dalam melaksanakan penggunaan obat rasional di semua fasilitas pelayanan kesehatan.
- n. Pemerintah menciptakan iklim yang kondusif bagi investasi di bidang farmasi melalui persaingan usaha yang adil, pemberian insentif kebijakan perpajakan dan perbankan, serta kepastian proses perijinan
- o. Pemerintah melakukan pembinaan industri farmasi dalam negeri agar mampu melakukan produksi sesuai dengan Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB) dan dapat melakukan usahanya dengan efektif dan efisien sehingga mempunyai daya saing yang tinggi

Peran Masyarakat dalam Penyelenggaraan Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan :

- a. Masyarakat senantiasa terlibat secara aktif agar sadar dan dapat lebih berperan dalam penyediaan dan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan serta terhindar dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan.
- b. Masyarakat berhak untuk mendapatkan informasi yang benar, lengkap, dan tidak menyesatkan tentang sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan dari produsen, distributor, dan pelaku pelayanan kesehatan.

Peran Swasta dalam Penyelenggaraan Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan :

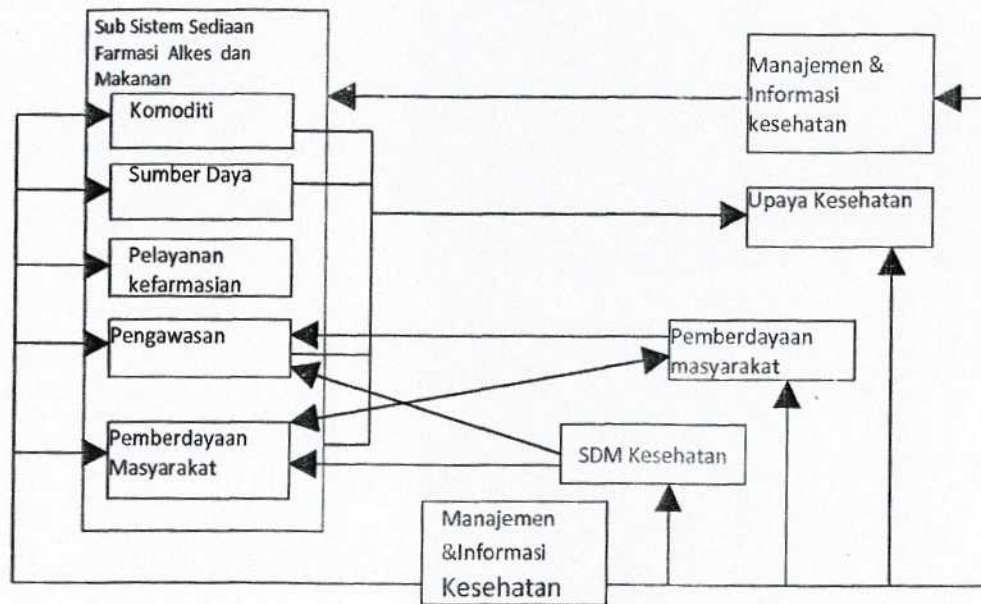
- a. Pelaku usaha bertanggung-jawab atas keamanan, khasiat/manfaat, dan mutu produk sesuai dengan fungsi usahanya dan yang berlaku.

Peran Organisasi Farmasi dalam Penyelenggaraan Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan :

- a. Pemberdayaan Komite Farmasi dan Terapi (KFT) untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian melalui penggunaan obat secara rasional;



7. Hubungan subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan dan subsistem kesehatan lain



2. Tujuan

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

3. Unsur-unsur

- a. Kebijakan Kesehatan  
Kebijakan kesehatan merupakan pedoman yang menjadi acuan bagi semua pelaku pembangunan kesehatan, baik pemerintah, swasta, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan memperhatikan kerangka desentralisasi dan otonomi daerah.
- b. Administrasi Kesehatan  
Administrasi kesehatan merupakan kegiatan perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung-jawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan.
- c. Hukum Kesehatan  
Hukum kesehatan merupakan keseluruhan peraturan perundangan di bidang kesehatan dan segala tindakan penyebarluasan, penerapan, dan penegakan aturan tersebut dalam rangka memberikan perlindungan, terutama kepada individu dan masyarakat dan sebagai sarana untuk memfasilitasi penyelenggaraan pembangunan kesehatan.
- d. Informasi Kesehatan  
Informasi kesehatan merupakan hasil pengumpulan dan pengolahan data sebagai masukan bagi pengambilan keputusan di bidang kesehatan.
- e. Sumber daya Manajemen Kesehatan dan Informasi Kesehatan  
Sumber daya manajemen kesehatan dan informasi kesehatan, meliputi: SDM, dana, sarana prasarana, standar, dan kelembagaan yang digunakan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam upaya mendukung terselenggaranya pembangunan kesehatan.

SUBSISTEM MANAJEMEN DAN INFORMASI KESEHATAN

1. Pengertian

Subsistem manajemen dan informasi kesehatan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan yang menghimpun dan menguraikan berbagai upaya administrasi kesehatan, yang didukung oleh pengembangan dan penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi, pengaturan hukum kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.



#### 4. Prinsip

a. Inovasi atau Kreativitas

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

b. Kepemimpinan yang Visioner Bidang Kesehatan

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

c. Sinergisme yang Dinamis

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

d. Kesesuaian dengan Sistem Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia

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

#### 5. Penyelenggaraan

Dalam rangka mencapai Tujuan Nasional, pembangunan kesehatan menjadi salah satu dari arus utama pembangunan nasional. Untuk itu, subsistem manajemen dan informasi kesehatan diselenggarakan dengan mensinergikan unsur kebijakan, administrasi, hukum, dan informasi kesehatan.

a. Kebijakan Kesehatan

Penyelenggaraan proses kebijakan kesehatan dilakukan secara optimal dengan mengacu kepada Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) kebijakan pembangunan kesehatan nasional; penetapan skala prioritas berbasis bukti dari berbagai sumber yang tersedia; melalui proses pengkajian dan perumusan kebijakan yang melibatkan masyarakat dan

berbagai stakeholder terkait; berorientasi pada kepentingan masyarakat; didukung dengan SDM yang kompeten; untuk dilaksanakan secara bersama oleh seluruh pelaku pembangunan kesehatan secara sinergi dan dinamis.

b. Administrasi Kesehatan

Penyelenggaraan administrasi kesehatan meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban didasarkan atas urusan wajib bidang kesehatan yang dilaksanakan secara berdaya guna dan berhasil guna, terpadu berlandaskan pada arah kebijakan pembangunan nasional dengan memperhatikan NSPK dan prioritas pembangunan kesehatan, berorientasi pada kepentingan masyarakat, responsif gender, memanfaatkan teknologi informasi, didukung SDM yang kompeten, dan pembiayaan yang mencukupi; dilaksanakan secara sinergi yang dinamis antara sektor kesehatan dengan sektor lain, Pusat dan Daerah dengan mempertimbangkan desentralisasi dan memperhatikan peraturan perundangan yang berlaku; dilaksanakan dengan menjunjung tinggi penyelenggaraan tata pemerintahan yang baik (good governance).

Penanggung jawab administrasi kesehatan di tingkat kota adalah Dinas Kesehatan Kota. Dinas Kesehatan Kota melaksanakan kewenangan desentralisasi di bidang kesehatan, dengan fungsi perumusan kebijakan teknis kesehatan, pemberian perizinan, pelaksanaan pelayanan kesehatan, serta pembinaan terhadap UPTD Kesehatan.

Penanggung jawab pembangunan kesehatan kota adalah Dinas Kesehatan Kota dengan memperhatikan kebijakan dan program pembangunan kesehatan Provinsi sebagai acuan daerah, kebijakan pembangunan kota, serta kewenangan wajib dan standar pelayanan minimal bidang kesehatan. Dinas Kesehatan Kota wajib membuat dan mengirimkan laporan pelaksanaan dan hasil pembangunan kesehatan kepada Dinas Kesehatan Provinsi.

c. Hukum Kesehatan

Hukum kesehatan dikembangkan di Provinsi dan Kabupaten/Kota sebagai acuan dalam penyusunan peraturan daerah di bidang kesehatan, untuk menjamin kepastian hukum, keadilan, dan manfaat bagi masyarakat dan pengelola kesehatan termasuk pemberi pelayanan kesehatan.

Penyelenggaraan hukum kesehatan meliputi penyusunan peraturan/regulasi dan harmonisasi di tingkat pusat dan daerah, pelayanan advokasi hukum, peningkatan kesadaran hukum bagi aparatur kesehatan dan masyarakat, serta pembinaan dan pengawasan; dilaksanakan dengan mempertimbangkan perlindungan bagi masyarakat dan pemberi pelayanan,



keadilan, kesetaraan, serta sesuai dengan kebutuhan; peraturan, sosialisasi, penerapan, dan penegakan hukum perlu dilengkapi dan ditata dengan memperhatikan perkembangan dan perubahan lingkungan internal dan eksternal, termasuk regulasi kesehatan internasional.

Penyelenggaraan hukum kesehatan didukung oleh pembentukan dan pengembangan jaringan informasi dan dokumentasi hukum kesehatan, serta pengembangan aparatur hukum kesehatan atau eran hukum kesehatan di Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

d. Informasi Kesehatan

Sumber data sistem informasi kesehatan adalah dari sarana kesehatan melalui pencatatan dan pelaporan yang teratur dan berjenjang, serta dari masyarakat yang diperoleh dari survei, surveillans dan sensus. Data pokok sistem informasi kesehatan mencakup derajat kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumberdaya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, dan pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan serta manajemen kesehatan.

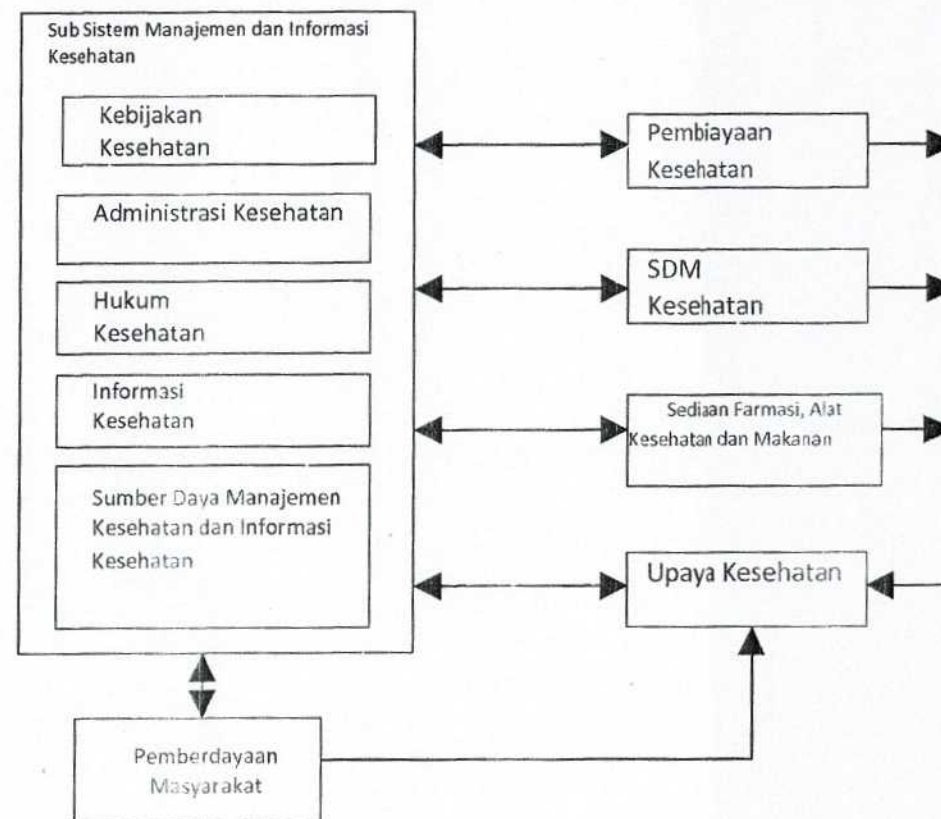
Penyelenggaraan informasi kesehatan meliputi pengumpulan, pengolahan dan analisis data, manajemen informasi kesehatan, pengembangan dan penelitian kesehatan, serta penerapan pengetahuan dan teknologi kesehatan; dilakukan melalui koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi informasi kesehatan secara sinergi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

- 6. Peran Pemerintah Kota Pekalongan (Dinas Kesehatan Kota Pekalongan), organisasi profesi dan masyarakat termasuk swasta dalam Penyelenggaraan Subsistem Manajemen dan Informasi Kesehatan
  - a. Penyelenggaraan, bimbingan dan pengendalian operasionalisasi bidang kesehatan di Kota Pekalongan.
  - b. Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan di Kota Pekalongan

Peran swasta dalam Penyelenggaraan Subsistem Manajemen dan Informasi Kesehatan :

- a. Pemerintah bersama dengan swasta secara terpadu dan bertanggung jawab menyediakan jaringan Sistem Informasi Kesehatan

7. Hubungan subsistem Manajemen dan Informasi Kesehatan dan subsistem kesehatan lain





## SUBSISTEM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

### 1. Pengertian

Subsistem pemberdayaan masyarakat adalah tatanan yang menghimpun dan menguraikan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok, maupun masyarakat secara terencana, terpadu, dan berkesinambungan guna mendorong pemberdayaan dan berkembangnya perilaku hidup bersih dan sehat yang mandiri dalam mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

### 2. Tujuan

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

### 3. Unsur-unsur

#### a. Penggerak Pemberdayaan

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

#### b. Sasaran Pemberdayaan

Perorangan (tokoh masyarakat, tokoh agama, politisi, figur masyarakat, dan sebagainya), kelompok (organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, kelompok masyarakat), dan masyarakat luas serta pemerintah yang berperan sebagai agen perubahan untuk penerapan perilaku hidup sehat (subjek pembangunan kesehatan).

#### c. Kegiatan Hidup Sehat

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

### d. Sumber Daya

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

## 4. Prinsip

Penyelenggaraan subsistem Pemberdayaan Masyarakat mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut :

#### a. Berbasis Masyarakat

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

#### b. Edukatif dan kemandirian

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

Kemandirian bermakna sebagai upaya kesehatan sebagai upaya kesehatan dari, oleh, dan untuk masyarakat sehingga mampu untuk mengoptimalkan dan menggerakkan segala sumber daya setempat serta tidak bergantung pada pihak lain.

#### c. Kesempatan Mengemukakan Pendapat dan Memilih Pelayanan Kesehatan

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

#### d. Kemitraan dan Gotong Royong

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

Tumbuhnya rasa kepedulian, tenggang rasa, solidaritas, empati dan kepekaan masyarakat dalam menghadapi potensi dan masalah kesehatan



yang akhirnya bermuara dalam semangat gotong royong sesuai dengan nilai luhur bangsa. Kesemuanya itu dapat dilaksanakan bila kebutuhan masyarakat telah dipenuhi secara wajar.

## 5. Penyelenggaraan

### a. Penggerakan Masyarakat

Pembangunan kesehatan perlu digerakkan oleh perorangan, keluarga maupun masyarakat, dan masyarakat mempunyai peluang yang penting dan luas dalam pembangunan kesehatan. Dalam kaitan ini pelibatan aktif masyarakat dalam proses pembangunan kesehatan dilakukan mulai dari penelaahan situasi masalah kesehatan, penyusunan rencana termasuk dalam penentuan prioritas kesehatan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi upaya kesehatan sehingga dapat terwujud kemandirian dan kesinambungan pembangunan kesehatan. Pada hakekatnya pembangunan kesehatan diselenggarakan oleh, dari, dan untuk masyarakat.

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

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

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

### b. Pengorganisasian dalam Pemberdayaan

Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan melalui perorangan/kelompok, keluarga, dan masyarakat luas sesuai dengan kepentingannya dan yang berhasil guna dan berdaya guna.

Pemberdayaan perorangan dilakukan atas prakarsa perorangan atau keluarga atau kelompok-kelompok yang ada di masyarakat.

Pemberdayaan perorangan dilakukan dengan tujuan untuk pembentukan pribadi-pribadi yang memberikan contoh atau keteladanan dalam berperilaku hidup bersih dan sehat, serta mempelopori, merintis, memberikan anjuran dan melakukan upaya atau kegiatan lain untuk kesehatan masyarakat.

Pemberdayaan keluarga dilakukan atas prakarsa anggota keluarga atau seluruh anggota keluarga atau kelompok-kelompok yang ada di masyarakat. Pemberdayaan keluarga bertujuan untuk mendorong keluarga agar peduli kesehatan dengan mengetahui permasalahan kesehatan dan upaya pemecahannya, sehingga tercipta keluarga sehat yang mandiri.

Pemberdayaan masyarakat dilakukan atas prakarsa anggota masyarakat, tokoh masyarakat atau kelompok-kelompok yang ada di masyarakat termasuk swasta. Pemberdayaan masyarakat dilakukan untuk pembentukan kelompok peduli kesehatan dan atau peningkatan kepedulian kelompok/lembaga masyarakat terhadap kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan melalui pendekatan ketatanan, seperti: rumah tangga, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum, dan fasilitas kesehatan agar terwujud pemberdayaan masyarakat yang berhasil guna dan berdaya guna serta terjamin kesinambungannya.

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

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

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

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



Sehat, Desa Siaga, Pemuda Siaga Peduli Bencana (Dasipena), dan kemandirian dalam upaya kesehatan.

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

**c. Advokasi**

Masyarakat dapat berperan dalam melakukan advokasi kepada pemerintah dan lembaga pemerintahan lainnya, seperti legislatif untuk memperoleh dukungan kebijakan dan sumber daya bagi terwujudnya pembangunan berwawasan kesehatan.

Pelaksanaan advokasi dilakukan dengan dukungan informasi yang memadai serta metode yang berhasil guna dan berdaya guna.

Masyarakat juga dapat berpartisipasi dengan memberikan kritik yang membangun bagi kepentingan seluruh masyarakat.

**d. Kemitraan**

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

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

**e. Peningkatan Sumber Daya**

Dalam pemberdayaan masyarakat perlu didukung oleh pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan yang kuat, pembiayaan yang memadai, dan dukungan berbagai sarana lain yang berkaitan. Dalam pemberdayaan masyarakat secara lebih spesifik dapat didampingi penggerak yang berperan sebagai fasilitator, komunikator, dan dinamisator dalam proses pemberdayaan masyarakat.

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

Pada hakekatnya pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk melindungi pihak yang lemah agar tidak menjadi semakin lemah, dengan meningkatkan semangat gotong royong di masyarakat untuk menuju kemandirian. Upaya-upaya pemberdayaan masyarakat antara lain untuk :

- a. Meningkatkan keterjangkauan informasi, sehingga masyarakat dapat menyatakan pilihan terhadap kebijakan kesehatan yang akan diberlakukan
- b. Meningkatkan partisipasi masyarakat secara aktif dan sukarela dalam perencanaan kegiatan sampai dengan evaluasinya.
- c. Sistem pemberdayaan harus ada pertanggungjawaban publik yang jelas atas segala kegiatan yang dilakukan dengan mengatasnamakan masyarakat.
- d. Menciptakan suasana yang memungkinkan potensi masyarakat untuk berkembang.

**6. Peran Pemerintah Kota Pekalongan (Dinas Kesehatan Kota Pekalongan), swasta dan masyarakat termasuk swasta dalam Penyelenggaraan Subsistem Pemberdayaan Masyarakat**

- a. Penyelenggaraan promosi kesehatan di Kota Pekalongan
- b. Pemerintah, masyarakat, dan swasta menjadi inisiator, motivator, dan fasilitator yang mempunyai kompetensi memadai dan dapat membangun komitmen dengan dukungan para pemimpin, baik formal maupun non formal.
- c. Perorangan (tokoh masyarakat, tokoh agama, politisi, figur masyarakat, dan sebagainya), kelompok (organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, kelompok masyarakat), dan masyarakat luas serta pemerintah yang berperan sebagai agen perubahan untuk penerapan perilaku hidup sehat (subjek pembangunan kesehatan).



d. Pemerintah membuka akses informasi dan dialog, menyiapkan regulasi, menyiapkan masyarakat dengan membekali pengetahuan dan keterampilan bagi masyarakat, dukungan sumber daya untuk membangun kemandirian dalam upaya kesehatan dan mendorong terbentuknya Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), seperti: Poskestren, Musholla Sehat, Desa Siaga, Pemuda Siaga Peduli Bencana (Dasipena), dan kemandirian dalam upaya kesehatan.

e. Masyarakat dapat berperan dalam melakukan advokasi kepada pemerintah dan lembaga pemerintahan lainnya, seperti legislatif untuk memperoleh dukungan kebijakan dan sumber daya bagi terwujudnya pembangunan berwawasan kesehatan.

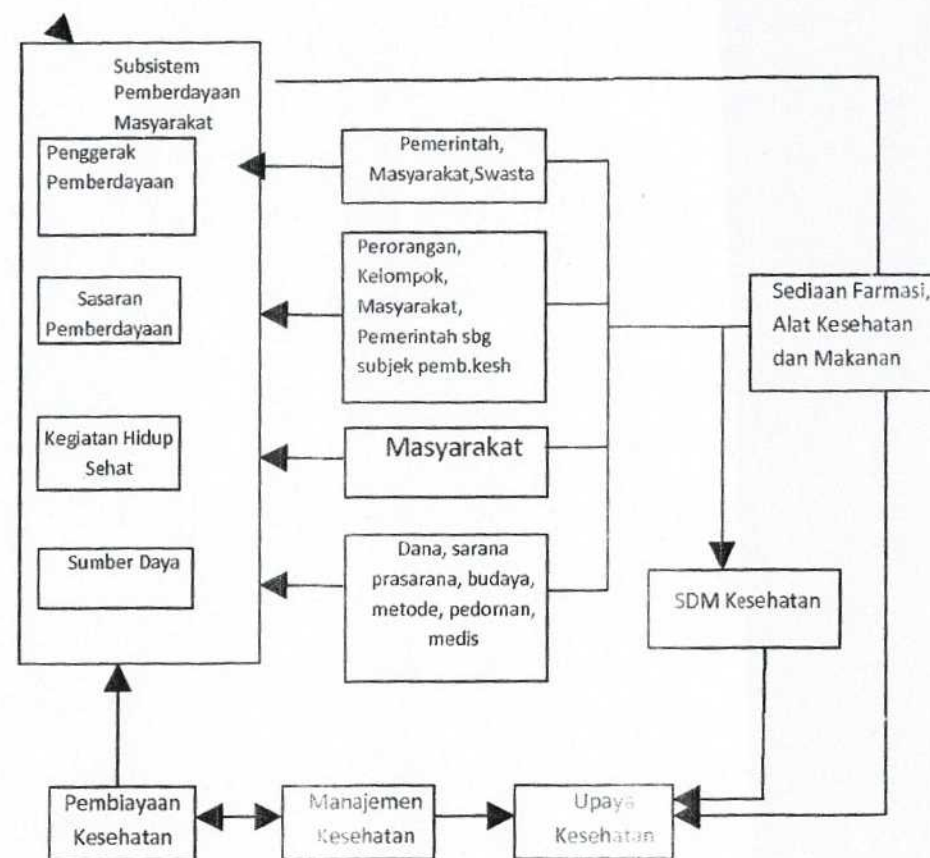
Peran Swasta dalam Penyelenggaraan Subsistem Pemberdayaan Masyarakat :

- a. Swasta menjadi inisiator, motivator dan fasilitator yang mempunyai kompetensi yang memadai dalam penyelenggaraan pemberdayaan masyarakat di Kota Pekalongan.
- b. Swasta turut serta dalam penyelenggaraan promosi kesehatan di Kota Pekalongan
- c. Pihak swasta berperan sebagai agen perubahan untuk penerapan perilaku hidup sehat. Dengan demikian, swasta juga berperan sebagai subjek pembangunan kesehatan

Peran masyarakat dalam Penyelenggaraan Subsistem Pemberdayaan Masyarakat

- a. Masyarakat berperan dalam penyelenggaraan promosi kesehatan bagi lingkungan di sekitarnya.
- b. Masyarakat menjadi inisiator, motivator, dan fasilitator yang mempunyai kompetensi memadai dalam penyelenggaraan pemberdayaan masyarakat
- c. Masyarakat sebagai subjek pembangunan kesehatan, sehingga masyarakat berperan sebagai agen perubahan untuk penerapan hidup bersih sehat.
- d. Peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan dapat dengan cara mendirikan sarana pelayanan kesehatan maupun memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) kepada masyarakat. Dalam kaitan ini termasuk pengembangan Desa Siaga atau bentuk-bentuk lain pada masyarakat desa/kelurahan.

7. Hubungan subsistem Pemberdayaan Masyarakat dan subsistem kesehatan lain





## BAB VI DUKUNGAN PENYELENGGARAAN SISTEM KESEHATAN KOTA PEKALONGAN

### PENGORGANISASIAN DAN PERAN DALAM SKK

Walikota Pekalongan sebagai wakil Pemerintah menetapkan Sistem Kesehatan Kota (SKK) Pekalongan untuk menjadi pedoman bagi semua pihak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kota Pekalongan dalam menjamin keberhasilan pembangunan kesehatan di Kota Pekalongan.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kota Pekalongan merupakan tanggung jawab pemerintah dan masyarakat termasuk swasta sesuai dengan peran dan fungsinya masing-masing. Dengan demikian, Sistem Kesehatan Kota Pekalongan tidak bisa dijalankan hanya oleh Dinas Kesehatan Kota yang mengurus kesehatan di daerah. Penyelenggaraan SKK dapat berjalan dengan baik apabila melibatkan, antara lain: sektor pendidikan, pembangunan fasilitas umum, sektor pertanian, sektor keuangan, sektor perdagangan, sektor keamanan, sektor perikanan dan kelautan, dan sektor terkait lainnya.

Pelaku penyelenggaraan pembangunan kesehatan dan peran dalam penerapan Sistem Kesehatan Kota Pekalongan adalah :

1. Individu, keluarga, dan masyarakat yang meliputi tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat, media massa, organisasi profesi, akademisi, praktisi, serta masyarakat luas, termasuk swasta yang berperan dalam advokasi, pengawasan sosial, dan penyelenggaraan berbagai pelayanan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan kemampuan masing-masing.
2. Pemerintah Daerah berperan sebagai penanggung-jawab, penggerak, pelaksana, dan pembina pembangunan kesehatan dalam lingkup wilayah kerja dan kewenangan masing-masing. Untuk Pemerintah, peranan tersebut ditambah dengan menetapkan Kebijakan, Standar, Prosedur, dan Kriteria yang digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.
3. Badan Legislatif, baik di pusat maupun di daerah, yang berperan melakukan persetujuan anggaran dan pengawasan terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan, melalui penyusunan produk-produk hukum dan mekanisme kemitraan antara eksekutif dan legislatif.
4. Badan Yudikatif, termasuk kepolisian, kejaksaan dan kehakiman berperan menegakan pelaksanaan hukum dan peraturan perundangan yang berlaku di bidang kesehatan.

5. Sektor swasta yang memiliki atau mengembangkan industri kesehatan, seperti: industri farmasi, alat-alat kesehatan, jamu, makanan sehat, asuransi kesehatan, dan industri pada umumnya. Industri pada umumnya berperan besar dalam memungut iuran dari para pekerja dan menambah iuran yang menjadi kewajibannya.
6. Lembaga pendidikan, baik pada tingkat sekolah dasar sampai tingkat perguruan tinggi, baik milik publik maupun swasta. Sebagian besar masalah kesehatan berhubungan dengan perilaku dan pemahaman. Pendidikan memegang kunci untuk menyadarkan masyarakat akan berbagai risiko kesehatan dan peran masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

### B. PROSES PENYELENGGARAAN SKK

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

1. Masukan dalam SKK meliputi subsistem sumber daya manusia, subsistem pembiayaan kesehatan, dan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.
2. Proses dalam SKK meliputi subsistem upaya kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat, dan subsistem manajemen dan informasi kesehatan.
3. Luaran dari SKK adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna, bermutu, merata, dan berkeadilan.
4. Lingkungan SKK meliputi berbagai keadaan yang menyangkut ideologi, politik, ekonomi, ilmu pengetahuan dan teknologi, sosial, budaya, pertahanan dan keamanan baik nasional, regional maupun global, dan tingkat fisik/alam yang berdampak terhadap pembangunan kesehatan. Pancasila, Undang-undang Dasar 1945, Wawasan Nusantara, dan Ketahanan Nasional merupakan landasan bagi penyelenggaraan SKK.

Penyelenggaraan SKK dengan menerapkan pendekatan kesisteman, yakni cara berpikir dan bertindak logis, sistematis, komprehensif, holistik dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan. SKK Pekalongan akan dapat diselenggarakan dengan efektif dan efisien, bila pelaku SKK memahami dan melakukan upaya keterkaitan dan hubungan timbal balik antara unsur-unsur SKK, tujuan, prinsip dan bentuk pokok SKK maupun sistem lain di luar SKK, agar mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Penyelenggaraan SKK memerlukan adanya kepastian hukum dalam bentuk penetapan berbagai peraturan perundang-undangan yang sesuai. Mengingat



kompleksnya penyelenggaraan SKK Pekalongan, pelaksanaan koordinasi, integrasi, sinkronisasi, dan sinergis yang efektif dilakukan dengan peningkatan fungsi manajemen yang didukung oleh komitmen yang tinggi dari berbagai pihak pelaku SKK dan didukung tata penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang baik (*good governance*)

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

Penyelenggaraan SKK dilaksanakan secara bertahap, sebagai berikut :

### 1. Penetapan SKK

Untuk memperoleh kepastian hukum yang mengikat semua pihak, SKK perlu ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Berbagai materi SKK yang terpilih dapat digunakan untuk penyusunan dan penetapan peraturan perundangan pada tingkat kebijakan strategis, kebijakan manajerial, dan kebijakan teknis operasional.

### 2. Sosialisasi dan Advokasi SKK

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

### 3. Fasilitasi Pengembangan Kebijakan Kesehatan di Daerah

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

Pemerintah Pusat memfasilitasi pengembangan kebijakan kesehatan di daerah, memfasilitasi pengukuhan dalam bentuk peraturan perundang-undangan daerah, serta memfasilitasi sosialisasi dan advokasi penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah sesuai kebutuhan.

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

1. Penyelenggaraan SKK, diwujudkan dalam kerangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan.
2. Penyelenggaraan SKK, diselenggarakan melalui penataan ulang keenam subsistemnya secara bertahap, sistematis, terpadu, dan berkelanjutan.
3. Penyelenggaraan SKK, didukung dengan penyusunan kebijakan, standar, dan pedoman dalam bentuk berbagai peraturan perundang-undangan.
4. Penyelenggaraan SKK, diselenggarakan sesuai dengan asas desentralisasi yang bertanggung-jawab, demokratisasi, dan *good governance* dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).

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

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

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

### C. TATA PENYELENGGARAAN SKK

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



Secara operasional, semua peraturan perundangan yang berkaitan harus dilaksanakan secara konsisten dengan tata pemerintahan yang baik (good governance). Adapun unsur dari tata pemerintahan yang baik, meliputi: partisipatif, berorientasi pada konsensus, efektif, efisien, inklusif, transparan, dan mengikuti kaidah hukum yang berlaku. Untuk menjaga kepentingan rakyat, penyelenggaraan SKK memerlukan peran regulasi dari Pemerintah Kota Pekalongan. Tata pemerintahan yang baik disertai regulasi pada keenam subsistem SKK merupakan langkah menuju kesinambungan pelaksanaan sistem kesehatan. Selain tata pemerintahan yang baik, pemerintah juga harus secara konsisten dan konsekuen mengawasi kepatuhan hukum masyarakat, swasta, dan organisasi bukan pemerintah lainnya. Pelaku pelanggaran peraturan harus ditindak secara tegas.

Dalam penyelenggaraan SKK perlu kejelasan dan ketegasan tentang pelimpahan urusan pemerintahan di bidang kesehatan yang luas, termasuk SDM yang melaksanakannya. Masyarakat madani dan seluruh sektor terkait perlu secara jelas dan tegas diberi peran dalam pelaksanaan berbagai subsistem SKK. Pemerintah daerah, dalam konteks desentralisasi perlu jelas dan tegas dalam memberikan arahan untuk pembangunan kesehatan di daerahnya.

#### **SUMBER DAYA PENYELENGGARAAN SKK**

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

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

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

Tersedianya pembiayaan kesehatan dalam jumlah yang memadai teralokasi secara adil, merata, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, sangat penting dalam pembangunan kesehatan. Pemerintah juga menjamin tersedianya dana untuk penelitian dan pengembangan bidang kesehatan. Sumber daya manusia merupakan komponen kunci keberhasilan SKK. Pemerintah harus melakukan upaya agar semua SDM Kesehatan memenuhi standar kompetensi tertentu sesuai bidangnya sebagai prasyarat bagi penyediaan pelayanan kesehatan yang bermutu dan diterima oleh masyarakat. Namun, Pemerintah juga menjamin agar setiap SDM di bidang kesehatan mendapat remunerasi yang wajar, layak, dan sesuai dengan tanggung-jawab, pengalaman, dan kompetensinya. Keseimbangan profesionalitas, tanggung-jawab, pengalaman, dan besaran remunerasi merupakan kunci kesinambungan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan harus dilakukan secara terbuka dengan keseimbangan antara produksi dan pemanfaatan dengan dukungan dana yang memadai. Keterbukaan ini adalah kemampuan mengakomodasikan perkembangan teknologi dan produk teknologi kefarmasian dan teknologi peralatan kedokteran dan kesehatan serta memperhatikan keterjangkauan harga bagi masyarakat.

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

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

Pemerintah daerah mendorong terwujudnya kontrol sosial yang kuat dari masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Pemerintah daerah mengatur dan



memberdayakan masyarakat agar mampu melakukan kontrol sosial yang memadai guna menjamin kesinambungan dan akuntabilitas SKK.

Pemerintah daerah memfasilitasi dan memberikan insentif (baik berupa bantuan teknis maupun bantuan non teknis lainnya) bagi fasilitas kesehatan, perguruan tinggi, atau industri dalam melakukan penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan guna memacu perkembangan SKK.

### KERJASAMA

Sistem Kesehatan Kota merupakan bagian dari sistem daerah, maka setiap pelaku SKK wajib berperan aktif sesuai dengan bidangnya guna mewujudkan tujuan SKK. Kewajiban berbagai sektor mencakup pemenuhan logistik yang diperlukan sebagai masukan dalam SKK, pemenuhan SDM dengan kompetensi yang sesuai, penyediaan insentif finansial dan non finansial, koordinasi penyelenggaraan, peniadaan atau pengurangan bahan-bahan ataupun kondisi yang dapat menimbulkan risiko kesehatan, dan peran lainnya yang berkembang sesuai perubahan lingkungan strategis.

Para pelaku SKK berkewajiban mengembangkan diri agar mampu berperan di tingkat nasional dalam rangka menjaga agar SKK dapat berjalan dengan baik. Perubahan lingkungan strategis lokal, regional maupun global dapat mengancam keberhasilan SKK. Para pelaku SKK wajib berperan aktif di lingkungan nasional guna menghasilkan kebijakan yang kondusif bagi pengembangan SKK. Kerja sama dalam bidang kesehatan dengan berbagai lembaga baik lokal, nasional maupun internasional yang terkait perlu ditingkatkan guna pengembangan SKK.

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

### BAB VII

### PENUTUP

Sistem Kesehatan Kota Pekalongan ini merupakan sistem terbuka yang berinteraksi dengan sistem pembangunan di Kota Pekalongan yang bersifat dinamis dan selalu mengikuti perkembangan. Apabila dalam perjalanannya Sistem Kesehatan Kota Pekalongan ini dirasakan kurang relevan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan, maka tidak menutup kemungkinan untuk diadakan perubahan dan penyempurnaan.

Sistem Kesehatan Kota Pekalongan ini dipergunakan sebagai dasar dan acuan dalam penyusunan berbagai kebijakan, pedoman dan arahan pelaksanaan pembangunan kesehatan serta pembangunan berwawasan kesehatan lainnya.

Keberhasilan pelaksanaan Sistem Kesehatan Kota Pekalongan ini sangat bergantung pada semangat, dedikasi, ketekunan, kerja keras, kemampuan dan ketulusan para penyelenggara, serta sangat bergantung pada petunjuk, rahmat, dan perlindungan Tuhan Yang Maha Esa.

Sesuai Dengan Aslinya  
Yang Mengambil Salinan  
Sekretaris Daerah Kota Pekalongan

Drs DWI ARIE PUTRANTO, M.Si  
Pembina Utama Muda  
NIP.19551212 198503 1 017

WALIKOTA PEKALONGAN

Cap

ttd

MOHAMAD BASYIR AHMAD