



Kementerian Kesehatan  
Republik Indonesia

# Menuju Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan



**Kinerja Dua Tahun**

**Kementerian Kesehatan  
Republik Indonesia**

**2009-2011**

351.077  
Ind  
k

Foto Cover: **"CUCI TANGAN"** PEMENANG III LOMBA FOTO KATEGORI JURNALIS

Sejumlah murid Sekolah Dasar membasuh tangannya dengan air kran di Lapangan Parkir JCC, Senayan Jakarta.

Kegiatan tersebut dalam rangka memperingati Hari Cuci Tangan Pakai Sabun Sedunia atau *Global Handwash Day*.

(Foto: Aditya Noviansyah/Tempo Interaktif)





Kementerian Kesehatan  
Republik Indonesia

# Menuju Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan

Kinerja Dua Tahun  
Kementerian Kesehatan  
Republik Indonesia

**2009 - 2011**

# Kinerja Dua Tahun Kementerian Kesehatan RI Tahun 2009-2011

## Tim Penyusun

### Pelindung:

- **dr. Endang Rahayu Sedyaningsih, MPH, Dr.PH.**  
(Menteri Kesehatan RI)

### Pengarah:

- **Prof. dr. Ali Gufron Mukti, M.Sc, Ph.D**  
(Wakil Menteri Kesehatan RI)
- **dr. Ratna Rosita, MPH**  
(Sekretaris Jenderal)
- **dr. Yudhi Prayudha Ishak Djuarsa, MPH**  
(Inspektur Jenderal)
- **Dr. dr. H. Slamet Riyadi Yuwono, DTM&H, MARS, M.Kes**  
(Direktur Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak)
- **dr. Supriyantoro, Sp.P, MARS**  
(Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan)
- **dra. Sri Indrawaty, Apt, M.Kes**  
(Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan)
- **Prof. dr. Tjandra Yoga Aditama, Sp.P(K), MARS, DTM&H, DTCE**  
(Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan)
- **Dr. dr. Trihono, M.Sc.**  
(Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan)
- **dr. Bambang Giatno Rahardjo, MPH**  
(Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan)
- **dr. Indriyono Tantero, DTM&H, MPH**  
(Staf Khusus Menteri Kesehatan Bidang Percepatan Pembangunan Kesehatan dan Reformasi Birokrasi)

### Penanggung Jawab:

- **Drg. Murti Utami, MPH**  
(Kepala Pusat Komunikasi Publik)

### Anggota Tim Penulis dan Penyunting:

- **Anorital, SKM, M.Kes**  
(Peneliti Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan)
- **Siti Sundari, MPH, D.Sc**  
(Peneliti Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan)
- **Dr. drg. Farida Soetiarso, M.Sc**  
(Peneliti Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan)
- **Prof. Dr. Herman Sudiman, SKM**  
(Peneliti Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan)
- **Mulyadi, SKM, M.Kes**  
(Kepala Bidang Hubungan Antar Lembaga, Puskomlik)
- **Dewi Indah Sari, SE, MM**  
(Kepala Sub Bidang Hubungan Kementerian dan Lembaga, Puskomlik)

### Kredit Foto:

- **Tim Dokumentasi Pusat Komunikasi Publik**
- **Tim Dokumentasi Unit Teknis Terkait**
- **Fotografer: Aditya Noviansyah, Adhitya Prayoga, Rozie Soehendy, Muh. Syakir, Eko Siswono Toyudho**

# Daftar Isi

## 7 KATA PENGANTAR



## 13 BAB I: PENDAHULUAN



## 21 BAB II: KINERJA DUA TAHUN KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2009 - 2011

- 21 • Kesehatan Ibu, Bayi dan Balita
- 26 • Jaminan Persalinan (Jampersal)
- 28 • Perbaikan Status Gizi Masyarakat
- 34 • Pengendalian Penyakit Menular, Penyakit Tidak Menular, dan Penyehatan Lingkungan
  - a. Penyakit Menular
  - b. Penyakit Tidak Menular
  - c. Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)
  - d. Surveilans Epidemiologi
  - e. Pemantauan Arus Mudik
  - f. Penyehatan Lingkungan



- 51 • Pemberdayaan Masyarakat untuk Hidup Sehat
- 59 • Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan
- 64 • Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)
- 67 • Peningkatan Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan Terluar (DTPK) dan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK)
- 76 • Pengembangan Jaminan Kesehatan
- 80 • Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan
- 84 • Peningkatan Ketersediaan, Keterjangkauan, Pemerataan, serta Pembinaan Produksi dan Distribusi Kefarmasian dan Alat Kesehatan
- 90 • Pengelolaan Anggaran Pembangunan Kesehatan
- 94 • Reformasi Birokrasi
  - a. Keterbukaan Informasi Publik
  - b. Layanan Pengadaan Secara Elektronik (LPSE)
  - c. Penataan (*Right Sizing*) PNS di Kementerian Kesehatan
  - d. Tata Kelola Pemerintahan yang Baik (*Good Governance*)
  - e. Penguatan Perangkat Perundang-undangan
  - f. Sistem Informasi Kesehatan Nasional
- 106 • Hubungan Luar Negeri Bidang Kesehatan
- 112 • Penanggulangan Bencana dan Krisis Kesehatan
- 115 • Pelayanan Kesehatan Haji

- 119 • Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- 125 • Partisipasi Kementerian Kesehatan pada Kegiatan Nasional dan Internasional

## 135 BAB III: TANTANGAN PEMBANGUNAN KESEHATAN



## 140 BAB IV: PENUTUP



351.077

Ind  
k

**Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI**

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Sekretariat Jenderal

**Kinerja Dua Tahun Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2009-2011: menuju masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan,--**  
Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2011

ISBN 978-602-235-033-0

1. Judul I. HEALTH PLANNING  
II. HEALTH DEVELOPMENT III. PUBLIC HEALTH  
IV. HEALTH MANPOWER V. HEALTH POLICY





## PASAR SEHAT

Menteri Kesehatan meninjau Pasar Bunder Sragen salah satu percontohan Pasar Sehat.

## Kata Pengantar



Buku kinerja dua tahun Kementerian Kesehatan ini merupakan gambaran tentang sebagian kinerja pembangunan kesehatan yang dilaksanakan dalam periode 2009–2011, sebagai bagian dari pelaksanaan tugas Kabinet Indonesia Bersatu II.

Banyak program Kementerian Kesehatan yang dilaksanakan pada periode 2009–2011, tetapi tentu tidak semuanya dapat ditampilkan. Seperti buku kinerja Kementerian Kesehatan tahun 2010, dalam buku ini yang ditampilkan adalah program strategis yang berperan penting mendukung upaya peningkatan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan yang bermutu dalam mewujudkan visi ***Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan***.

Selain narasi, gambar, tabel, diagram dan grafik, buku ini juga menampilkan testimoni masyarakat dan petugas kesehatan tentang pelayanan kesehatan yang diberikan dan program yang dilaksanakan oleh jajaran kesehatan selama tahun 2009–2011.

Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh dukungan segenap jajaran lintas sektor di Pusat dan Daerah dan peran serta seluruh lapisan masyarakat, termasuk dukungan berbagai organisasi dan dunia usaha.

Terima kasih saya sampaikan kepada semua pihak yang telah berperanserta dalam pembangunan kesehatan di masa yang lalu, sekarang, dan masa mendatang, di seluruh Tanah Air. Apresiasi saya sampaikan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan dan penerbitan buku kinerja ini.

Semoga buku ini bermanfaat bagi para pembaca.

Jakarta, 12 Desember 2011

**MENTERI KESEHATAN RI**



**dr. Endang Rahayu Sedyaningsih, MPH, Dr.PH.**



# **BAB I**

# **Pendahuluan**



Kementerian Kesehatan  
Republik Indonesia



**KESEHATAN DIMULAI DARI SENYUMAN**

Foto: Adhitya Prayoga

# Pendahuluan







## CUCI TANGAN PAKAI SABUN

Foto: Muh. Syakir

# Pendahuluan

Pada periode 2010-2014, Pembangunan Kesehatan dilaksanakan sejalan dengan visi Kabinet Indonesia Bersatu II, yaitu **Indonesia yang sejahtera, demokratis dan berkeadilan**. Untuk mewujudkan visi ini, Kementerian Kesehatan merumuskan visi, misi dan nilai-nilai, strategi, sasaran serta program prioritasnya.

Sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014, sasaran Pembangunan Kesehatan dalam periode ini adalah meningkatnya umur harapan hidup dari 70,7 tahun menjadi 72 tahun; menurunnya Angka Kematian Bayi dari 34 menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup; menurunnya Angka Kematian Ibu melahirkan dari 228 menjadi 118 per 100.000 kelahiran hidup; dan menurunnya prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada anak balita dari 18,4 persen menjadi 15 persen.

Berkat pelaksanaan Pembangunan Kesehatan selama beberapa dasawarsa maka derajat kesehatan masyarakat Indonesia telah meningkat secara bermakna. Namun disparitas derajat kesehatan masyarakat antar kawasan, antar kelompok masyarakat, dan antar tingkat sosial ekonomi masih dijumpai. Oleh karena itu, visi Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014 adalah **Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan**, dan fokus Pembangunan Kesehatan selama periode tersebut adalah peningkatan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan yang bermutu.

Untuk mewujudkan visi Kementerian Kesehatan, dilaksanakan empat misi, yaitu: (1) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani; (2) Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan berkeadilan; (3) Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan; dan (4) Menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik dan berkeadilan. Dalam periode 2010-2014 Kementerian Kesehatan menerapkan *lima nilai* yang menjiwai pelaksanaan programnya, yaitu: *pro rakyat, inklusif, responsif, efektif*, dan *bersih*.

Dalam pada itu Rencana Strategis Kementerian Kesehatan periode 2010-2014 menggariskan bahwa Pembangunan Kesehatan diarahkan pada **delapan prioritas**, yaitu: (1) Kesehatan ibu, bayi dan balita; (2) Perbaikan status gizi masyarakat; (3) Pengendalian penyakit menular serta penyakit tidak menular diikuti penyehatan lingkungan; (4) Pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan; (5) Peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, serta pembinaan produksi dan distribusi kefarmasian dan alat kesehatan; (6) Pengembangan jaminan kesehatan; (7) Penanggulangan bencana dan krisis kesehatan; (8) Peningkatan pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier.

Langkah mewujudkan visi Kementerian Kesehatan, meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan yang bermutu, melaksanakan delapan prioritas, dan mencapai sasaran-sasaran *Millennium Development Goals (MDG)*, dilaksanakan Reformasi Pembangunan Kesehatan yang merupakan terobosan terdiri dari tujuh upaya, yaitu:

1. Revitalisasi Pelayanan Kesehatan Dasar dan pemenuhan Bantuan Operasional Kesehatan.
2. Penyediaan, distribusi, dan retensi sumber daya manusia kesehatan di seluruh wilayah Indonesia.
3. Penyediaan, distribusi, dan pemenuhan obat dan alat kesehatan di seluruh fasilitas kesehatan.
4. Peningkatan pelayanan kesehatan di Daerah Terpencil Perbatasan dan Kepulauan Terluar (DTPK) serta penanganan Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK).
5. Pencapaian *Universal Coverage* jaminan kesehatan.
6. Reformasi birokrasi kesehatan.
7. Pengembangan *world class health care*.

Buku **Kinerja Dua Tahun Kementerian Kesehatan Periode 2009-2011** mengemukakan tentang pelaksanaan dan pencapaian Pembangunan Kesehatan pada masa dua tahun dimulai Oktober 2009 sampai dengan akhir 2011 yang mengacu pada kebijakan Kementerian Kesehatan tersebut di atas.

Buku ini dibagi menjadi empat bagian. **Bagian pertama** adalah Pendahuluan, **bagian kedua** berisi tentang capaian kegiatan strategis selama dua tahun yang meliputi: (1) Kesehatan Ibu, Bayi dan Balita; (2) Jaminan Persalinan (Jampersal); (3) Perbaikan status gizi masyarakat; (4) Pengendalian penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyehatan lingkungan; (5) Pemberdayaan masyarakat untuk hidup sehat; (6) Pelayanan kesehatan dasar dan rujukan; (7) Bantuan Operasional Kesehatan (BOK); (8) Peningkatan pelayanan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan Terluar (DTPK) dan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK);

(9) Pengembangan jaminan kesehatan; (10) Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan; (11) Peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, serta pembinaan produksi dan distribusi kefarmasian dan alat kesehatan; (12) Pengelolaan anggaran pembangunan kesehatan; (13) Reformasi birokrasi; (14) Hubungan luar negeri bidang kesehatan; (15) Penanggulangan bencana dan krisis kesehatan; (16) Pelayanan kesehatan haji; (17) Penelitian dan pengembangan kesehatan; (18) Partisipasi pada kegiatan nasional dan internasional, dan **bagian ketiga** menggambarkan tentang berbagai tantangan dan masalah yang dihadapi dalam pembangunan kesehatan serta **bagian keempat** adalah Penutup.



**BAB II**

**Kinerja Dua Tahun  
Kementerian Kesehatan RI  
Tahun 2009-2011**



Kementerian Kesehatan  
Republik Indonesia



**SEHAT SEJAK DINI**

Foto: Eko Siswono Toyudho

# Kinerja Dua Tahun Kementerian Kesehatan RI Tahun 2009-2011





## **ASI EKSKLUSIF UNTUK ADIK**

Foto: Rozie Soehendy

# Kinerja Dua Tahun Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009-2011

## 1. KESEHATAN IBU, BAYI DAN BALITA

Pemerintah mempunyai komitmen yang sangat kuat dalam peningkatan kesehatan ibu, bayi dan balita. Dalam sewindu terakhir ini, tampak kecenderungan penurunan angka kematian ibu dari waktu ke waktu. Upaya penting dalam peningkatan kesehatan ibu, bayi dan balita adalah ***Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)***. Upaya ini dititikberatkan pada pemberdayaan masyarakat dalam mendukung persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi. Sampai tahun 2011, pelaksanaan P4K telah mencakup 85% dari 78.198 desa seluruh Indonesia, diperkuat dengan berbagai terobosan seperti di bawah ini.

- **Peningkatan kesehatan ibu hamil**

Pada tahun 2010-2011, dalam upaya meningkatkan cakupan kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan ibu, telah dilakukan kegiatan ***Kelas Ibu Hamil*** di desa yang diikuti oleh Kelompok Ibu Hamil dengan didampingi oleh suami/keluarga dan difasilitasi oleh tenaga kesehatan bersama Kader. Pada kegiatan tersebut disampaikan berbagai hal yang harus diperhatikan pada masa kehamilan, persalinan dan nifas. Informasi yang disampaikan mencakup: tanda bahaya kehamilan-persalinan-nifas, persiapan persalinan, konseling



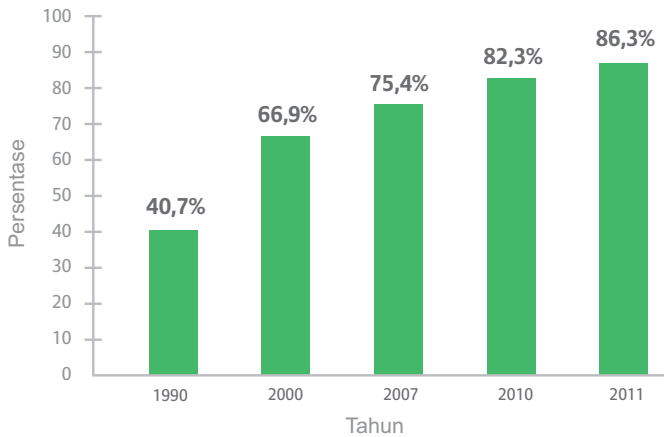
KB, perawatan bayi, mitos, penyakit menular, akte kelahiran, dan senam ibu hamil. Pada tahun 2011 terbentuk 2.508 Kelas Ibu Hamil.



Kelas Ibu Hamil di desa.

- **Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan**

Pada tahun 2009, salah satu upaya peningkatan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah **Program Kemitraan Bidan dan Dukun**, yaitu bentuk kerja sama antara bidan dan dukun dalam pertolongan persalinan. Pada program ini peran dukun dalam persalinan dialihkan pada aspek perawatan non medis. Tahun 2011 program kemitraan bidan dan dukun meningkat dari 60,5% pada tahun 2010 menjadi 75% pada tahun 2011 dengan jumlah dukun mencapai 114.290 orang di seluruh Indonesia. Sementara itu, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dari tahun ke tahun cenderung meningkat, seperti terlihat pada Diagram 1 berikut.



**Diagram 1**

Peningkatan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Tahun 1990-2011.

- **Pelayanan kesehatan bayi baru lahir**

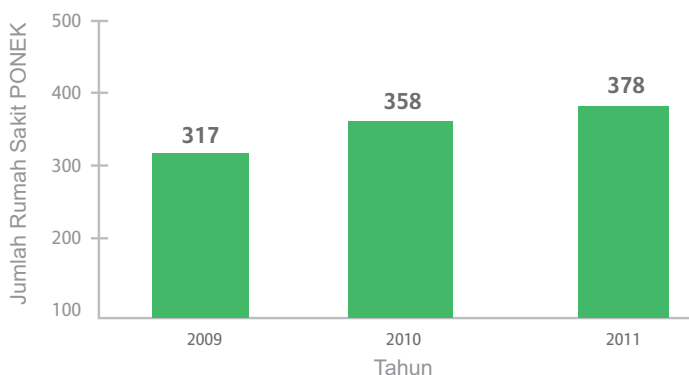
Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007, kematian bayi baru lahir pada usia 0-6 hari sebesar 78,5% dari total kematian bayi. Dalam upaya menurunkan kematian bayi baru lahir dilakukan kunjungan pertama oleh tenaga kesehatan untuk memberikan perawatan dan pemeriksaan risiko dini bayi. Sampai dengan Desember 2011 cakupan kunjungan pertama pelayanan bayi baru lahir adalah sebesar 4.101.130 (87,3%).

- **Penanganan penyulit pada ibu dan bayi baru lahir**

Tantangan utama untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia adalah menyediakan pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal. Dalam rangka meningkatkan penanganan penyulit pada ibu dan bayi baru lahir dilaksanakan program Pelayanan Obstetri Neonatal

Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di rumah sakit.

Adanya PONED di Puskesmas, penyulit pada ibu dan bayi baru lahir akibat persalinan dapat diatasi. Jika penyulit persalinan tidak dapat diatasi di Puskesmas PONED, ibu atau bayi tersebut dirujuk ke Rumah Sakit PONEK. Masing-masing kabupaten/kota sekurang-kurangnya mempunyai empat Puskesmas PONED. Sampai dengan tahun 2011, jumlah Puskesmas PONED mencapai 1.579 Puskesmas. Sedangkan Rumah Sakit PONEK meningkat dari 358 di tahun 2010 menjadi 378 di tahun 2011.



**Diagram 2**

Rumah Sakit PONEK Tahun 2009 - 2011.

- **Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)**

Dalam rangka pemantauan kesehatan ibu dan anak telah diterbitkan dan disebarluaskan buku KIA. Buku ini dimaksudkan untuk alat bantu keluarga dan tenaga kesehatan dalam memantau kesehatan ibu sewaktu hamil, persalinan, dan nifas, serta memantau kesehatan anak sejak dalam kandungan hingga anak berusia 5 tahun. Pada 2009-2011 Kementerian Kesehatan telah mendistribusikan



buku KIA sebanyak 4,5 juta buku setiap tahun. Berdasarkan hasil penilaian tahun 2011, 80% dari ibu hamil memanfaatkannya melalui kegiatan P4K dan Kelas Ibu Hamil, dan 60% ibu untuk memonitor tumbuh kembang Balita di Posyandu dan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD).

Upaya pelayanan kesehatan Balita dilakukan melalui berbagai program baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Antara lain melalui program gizi, imunisasi, pemantauan perkembangan, dan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

- **Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)**

Disamping pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi dan balita, diberikan juga pelayanan kesehatan bagi anak usia sekolah termasuk remaja. Kegiatan UKS mencakup penjangkauan dan penyuluhan kesehatan pada murid SD dan sederajat. Kegiatan penjangkauan kesehatan adalah pemeriksaan kesehatan yang mencakup pengukuran tinggi badan dan berat badan; pemeriksaan penglihatan, pendengaran, dan gigi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan Puskesmas. Pada tahun 2010 kegiatan penjangkauan kesehatan pada murid kelas 1 SD dan sederajat telah menjangkau 88.817 sekolah dasar, data per November tahun 2011 telah menjangkau 79.630 sekolah dasar.

UKS terutama diarahkan untuk menanamkan perilaku hidup bersih dan sehat sejak usia dini. Pada sasaran anak usia SD lebih diarahkan pada pembentukan dokter kecil di sekolah. Sedangkan pada siswa SMP dan SMA dilakukan dengan pembentukan konselor sebaya untuk kesehatan reproduksi.

## 2. JAMINAN PERSALINAN (JAMPERSAL)

Upaya Pemerintah untuk menekan angka kematian ibu dan bayi adalah dengan percepatan peningkatan derajat kesehatan ibu dan bayi di Indonesia. Pemerintah berkomitmen untuk mencapai sasaran target MDG nomor 4 dan 5 untuk AKI (Angka Kematian Ibu) adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup, dan AKB (Angka Kematian Bayi) adalah 23 kematian per 1.000 kelahiran hidup.



Seorang bidan desa tengah memeriksa kesehatan ibu hamil melalui program Jampersal.

Persalinan di rumah dan yang ditolong oleh dukun, merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi masih tingginya AKI di Indonesia. Menurut data Riskesdas 2010, persalinan yang ditolong oleh bidan sebanyak 51,9%. Sedangkan 40,2% ditolong oleh dukun, dan sisanya sebesar 7,9% ditolong oleh dokter. Komitmen Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan

kesehatan terhadap ibu dan bayi ditunjukkan antara lain dengan meluncurkan program **Jaminan Persalinan (Jampersal)**.

Jampersal diluncurkan pada awal tahun 2011 untuk menjawab tantangan percepatan pencapaian tujuan Pembangunan Kesehatan Nasional serta MDG. Jampersal adalah bentuk pembiayaan jaminan kesehatan untuk 4 kali pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, penanganan komplikasi dan rujukannya; 3 kali pelayanan ibu nifas dan bayi baru lahir, pelayanan KB pasca persalinan dan konseling pemberian ASI Eksklusif. Pelaksanaan program Jampersal merupakan bagian integral dari program Jamkesmas.

Program Jampersal ditujukan untuk semua ibu hamil yang belum mempunyai jaminan kesehatan dan yang ingin menggunakan sarana pelayanan kesehatan, antara lain di Puskesmas dan rumah sakit.

Pada tahun 2011 diperkirakan terjadi 4,6 juta angka persalinan di Indonesia. Dari angka tersebut sebanyak 1,7 juta di antaranya dibiayai Pemerintah melalui Jamkesmas. Tahun 2011 disiapkan anggaran Jampersal untuk mencakup 2.850.000 ibu hamil dan melahirkan dengan *unit cost* persalinan sebesar Rp.430.000,00.

### 3. PERBAIKAN STATUS GIZI MASYARAKAT

Upaya perbaikan gizi masyarakat bertujuan untuk meningkatkan mutu gizi perorangan dan masyarakat, antara lain yaitu melalui perbaikan pola konsumsi makanan, perbaikan perilaku sadar gizi, dan peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi dan kesehatan sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi. Upaya perbaikan gizi dilaksanakan secara bertahap dan berkesinambungan sesuai dengan pentahapan dan prioritas pembangunan nasional.

Pada tahun 1989 prevalensi gizi kurang sebesar 31%, berhasil diturunkan menjadi 18,4% pada tahun 2007 dan menjadi 17,9% pada tahun 2010 (Riskesdas 2010). Sementara untuk gizi buruk prevalensinya menurun dari 7,2% pada tahun 1990 menjadi 5,4% pada tahun 2007 dan menjadi 4,9% pada tahun 2010 (Riskesdas 2010). Sedangkan target tahun 2014 (RPJMN 2009-2014) prevalensi gizi kurang sebesar 15% dan prevalensi gizi buruk sebesar 3,5% diperkirakan dapat tercapai.

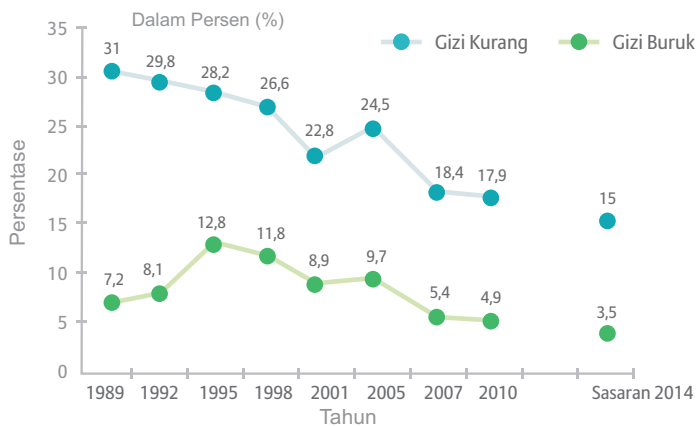


Diagram 3  
Prevalensi Gizi Kurang dan Gizi Buruk, 1989-2010

Pencapaian status gizi secara nasional merupakan hasil dari berbagai terobosan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan bersama dengan instansi terkait dan masyarakat, antara lain:

- **Program 1.000 Hari Pertama Kehidupan**

Kegiatan 1.000 hari pertama kehidupan adalah upaya perbaikan gizi yang difokuskan sejak bayi dalam kandungan hingga anak mencapai usia 24 bulan atau disebut periode emas kehidupan. Kegiatannya berupa perbaikan gizi pada ibu hamil, bayi dan anak sampai usia 24 bulan. Kegiatan ini adalah bagian utama dari percepatan penanggulangan anak balita pendek (*stunting*) dan pencegahan kasus gizi buruk.

Ada 8 upaya penanganan masalah gizi pada periode emas kehidupan. Dimulai dengan pemberian tablet tambah darah sebanyak 90 tablet kepada ibu hamil, pemberian makanan tambahan pada ibu hamil yang mengalami Kurang Energi Kronis (KEK), pelayanan inisiasi menyusui dini bagi ibu baru melahirkan, konseling menyusui dan konseling pemberian makanan pendamping air susu ibu (ASI), pelaksanaan Pemberian Makanan Tambahan (PMT), penyuluhan bagi seluruh Balita di Posyandu, pemberian kapsul vitamin A kepada seluruh Balita usia 6–60 bulan sebanyak 2 kali setahun, pelaksanaan PMT pemulihan bagi Balita gizi kurang di Puskesmas, dan perawatan bagi Balita gizi buruk termasuk penyediaan mineral *mix* rumah sakit dan Puskesmas.

- **Ruang Menyusui**

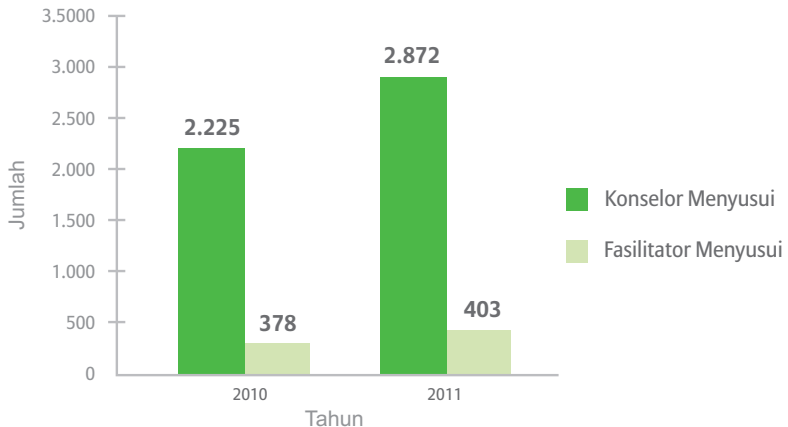
Dalam rangka meningkatkan keberhasilan menyusui, khususnya bagi ibu yang bekerja, pada tahun 2009 Kementerian Kesehatan mengeluarkan himbauan melalui surat edaran kepada jajaran kesehatan dan instansi terkait untuk menyediakan ruang menyusui. Surat edaran tersebut merupakan tindak lanjut dengan keluarnya Peraturan Bersama Menteri Kesehatan, Menteri Pemberdayaan Perempuan, serta Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi tentang Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu, selama waktu kerja di tempat kerja.

Pada tahun 2010 Menteri Kesehatan telah mengeluarkan surat edaran tentang penguatan pelaksanaan Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (10 LMKM) kepada seluruh dinas kesehatan provinsi maupun kabupaten/kota serta rumah sakit pemerintah dan swasta di seluruh Indonesia.

Tujuan penguatan 10 LMKM ini adalah agar seluruh fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai komitmen untuk menetapkan kebijakan tertulis yang mendukung peningkatan pemberian ASI dengan melaksanakan kegiatan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), mendukung ASI Eksklusif dan melaksanakan rawat gabung, tidak menyediakan susu formula dan tidak memberikan dot atau *kempeng* kepada bayi yang diberikan ASI serta mengupayakan terbentuknya Kelompok Pendukung ASI.

Kementerian Kesehatan telah melaksanakan pelatihan untuk Fasilitator Menyusui dan Konselor Menyusui, juga pelatihan untuk Fasilitator Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) dan Konselor MP-ASI. Pelatihan dilakukan mulai dari tingkat Pusat sampai dengan kabupaten/kota. Pada tahun 2010 sebanyak 2.225 Konselor dan 378 Fasilitator Menyusui yang telah dilatih. Pada

tahun 2011 meningkat menjadi 2.872 Konselor dan 403 Fasilitator Menyusui, sedangkan jumlah Konselor MP-ASI baru mencapai 333 orang dan 41 orang sebagai Fasilitator MP-ASI.



**Diagram 4**  
Fasilitator dan Konselor Menyusui.

- **Pusat Pemulihan Gizi (PPG)**

Komitmen Kementerian Kesehatan untuk memulihkan keadaan gizi kurang dan gizi buruk di masyarakat ditunjukkan dengan penyediaan Pusat Pemulihan Gizi (PPG) atau *Therapeutic Feeding Center* (TFC) di Puskesmas. TFC melayani Balita di daerah yang banyak ditemukan gizi kurang akut.

Pusat Pemulihan Gizi (PPG) berfungsi sebagai tempat perawatan dan pengobatan anak gizi buruk secara intensif di suatu ruangan khusus. Di ruangan khusus ini, ibu atau keluarga terlibat dalam perawatan anak tersebut. Pada tahun 2010 terdapat 95 PPG

yang tersebar di 14 provinsi dan pada tahun 2011 jumlah PPG meningkat menjadi 153 PPG yang tersebar di 27 provinsi.

- **Taburia**

Bubuk Taburia diberikan untuk mencegah terjadinya kekurangan vitamin dan mineral pada Balita di atas usia 6 bulan. Untuk menanggulangi masalah kurang zat gizi mikro ini, dilakukan intervensi melalui pemberian bubuk tabur gizi yang diberikan pada Balita. Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi multi mikronutrien lebih efektif jika dibandingkan dengan intervensi mikronutrien tunggal (*single dose*).

Taburia dikembangkan oleh peneliti Kementerian Kesehatan pada tahun 2006-2008, kemudian diluncurkan penggunaannya tahun 2010 untuk menekan angka kematian bayi dan Balita, serta menekan prevalensi gizi kurang pada Balita. Pada tahun 2010 Kementerian Kesehatan mendistribusikan Taburia sebanyak 5,5 juta saset ke 6 provinsi dengan sasaran 90.727 Balita. Pada tahun 2011 telah disiapkan Taburia sebanyak 38 juta saset untuk 412.523 Balita gizi kurang yang didistribusikan ke seluruh provinsi di Indonesia.



Kemasan saset bubuk Taburia.



- **Fortifikasi Minyak Goreng**

Fortifikasi pangan adalah upaya meningkatkan mutu gizi bahan makanan dengan menambahkan satu atau lebih zat gizi mikro tertentu pada bahan makanan atau makanan. Fortifikasi minyak goreng dengan vitamin A di 75 negara menurunkan 20% prevalensi kekurangan vitamin A pada Balita (*Damage Assessment Report* dari UNICEF dan MI, 2004) dan telah diakui oleh WHO dan Bank Dunia sebagai suatu strategi perbaikan gizi yang *cost-effective*. Rintisan fortifikasi minyak goreng dengan vitamin A di Indonesia dilakukan berdasarkan studi kelayakan pada tahun 2008-2009 di Makassar. Studi tersebut menunjukkan bahwa vitamin A bersifat stabil pada saat proses penggorengan hingga tiga kali.

Menteri Kesehatan telah mencanangkan Rintisan Fortifikasi Vitamin A dalam minyak goreng pada tahun 2011 dengan dilaksanakannya *pilot project* di beberapa wilayah, dimulai di Jawa Timur dan Jawa Barat. Pada tahun 2012 studi dilanjutkan dengan penerapan kewajiban (*mandatory*) fortifikasi vitamin A dalam minyak goreng.

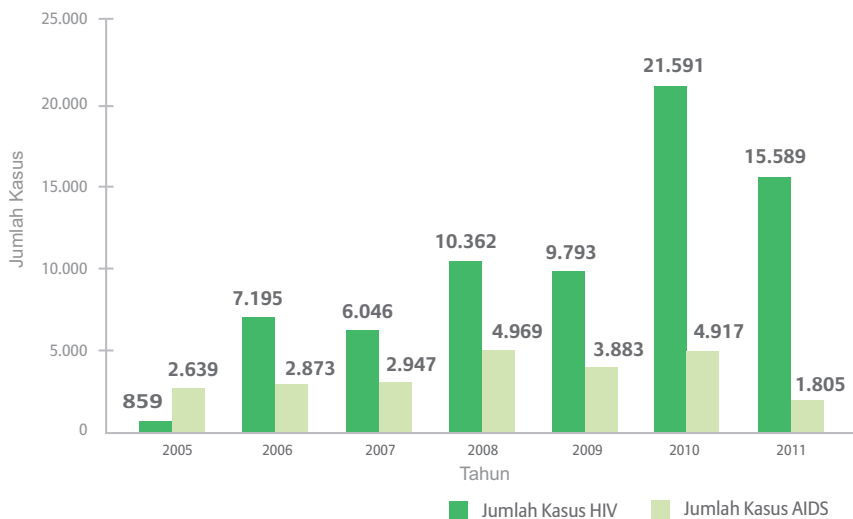
## 4. PENGENDALIAN PENYAKIT MENULAR, PENYAKIT TIDAK MENULAR, DAN PENYEHATAN LINGKUNGAN

### a. Penyakit Menular

- **HIV-AIDS**

Indonesia adalah negara dengan epidemi rendah HIV-AIDS pada masyarakat umum, tapi terkonsentrasi pada populasi tertentu yang mempunyai faktor risiko penularan, seperti masyarakat yang mempunyai perilaku seks berisiko tidak aman dan masyarakat Penyalahguna Napza Suntik (Penasun). Pemantauan faktor risiko dan masalah HIV dan IMS dilakukan dengan Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) yang dilakukan setiap 2–3 tahun.

Jumlah kasus AIDS yang dilaporkan secara kumulatif sampai September 2011 adalah 28.041. Dari 28.041 kasus AIDS tersebut, proporsi kumulatif kasus AIDS tertinggi adalah pada kelompok umur 20-29 tahun (45,9%), diikuti kelompok umur 30-39 tahun (31,1%) dan kelompok umur 40-49 tahun (9,9%). Perkembangan HIV positif yang terdiagnosis dan kasus AIDS yang dilaporkan ke Kementerian Kesehatan dari tahun 2005-2011 tampak dalam Diagram 5.



**Diagram 5**

Jumlah Kasus HIV dan AIDS Menurut Tahun di Indonesia, 2005-2011.

Pada tahun 2011, proporsi kasus AIDS tertinggi adalah pada kelompok umur 30-39 tahun sebanyak 33,2%, kelompok umur 20-29 tahun 30,9%, dan kelompok umur 40-49 tahun 12,9%. Angka kematian (*Case Fatality Rate=CFR*) AIDS tahun 2011 menurun dibandingkan dengan tahun 2010, yaitu dari 3,7% (2010) menjadi 1% (2011). Bila masyarakat ingin mengetahui status HIV-nya, tersedia layanan Konseling dan Tes (KT) HIV. Sampai dengan Desember 2011 terdapat 388 layanan KT, dari jumlah tersebut sebanyak 135 layanan KT dikembangkan pada tahun 2004-2009, dan 253 layanan KT dikembangkan pada 2009-2011 tersebar di 173 kabupaten/kota.

Jumlah orang yang mengikuti KT dari tahun 2004–September 2009 (5 tahun) sebanyak 266.234 atau rata-rata 53.000 orang per tahun. Pada periode Oktober 2009–September 2011 sebanyak 488.506 orang mengikuti KT, atau rata-rata 244.253 orang per

tahun. Dari jumlah tersebut yang teridentifikasi positif HIV sebanyak 43.177 dan HIV positif yang terdiagnosis sampai dengan September 2011 berjumlah 71.437 kasus.

Layanan KT berfungsi melakukan diagnosis dan setelah seseorang didiagnosis perlu dilakukan perawatan, pemeriksaan, dan pemantauan kapan Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) memerlukan obat Anti Retro Viral (ARV). Untuk layanan pengobatan ARV pada ODHA, Kementerian Kesehatan menyiapkan 304 fasilitas kesehatan di 178 kabupaten/kota dengan subsidi penuh. Perkembangan jumlah fasilitas kesehatan yang melakukan pengobatan ARV terlihat pada Tabel 1 berikut ini.

**Tabel 1**  
Fasilitas Kesehatan yang Melakukan Pengobatan ARV 2005-2011.

PERIODE WAKTU	JUMLAH FASILITAS KESEHATAN
2005 - 2009	159
2009 - 2010	34
2010 - 2011	111
<b>TOTAL</b>	<b>304</b>

Jumlah orang yang telah mendapatkan perawatan dan pernah menerima obat ARV dapat dilihat pada Tabel 2 di bawah ini.

**Tabel 2**  
Jumlah ODHA yang Mendapatkan Pengobatan ARV 2005- 2011.

TAHUN	ODHA YANG PERNAH MASUK PERAWATAN	JUMLAH ODHA YANG PERNAH MENDAPATKAN OBAT ARV	JUMLAH ODHA YANG MASIH MENDAPATKAN OBAT ARV
2005-2009	46.070	23.258	13.858
2009-2010	17.248	8.911	2.000
2010-2011	21.350	8.732	7.413
<b>TOTAL</b>	<b>84.668</b>	<b>40.901</b>	<b>23.271</b>

Dari analisis kohor pada ODHA yang menjalani pengobatan ARV terlihat peningkatan kualitas hidup dan angka harapan hidup. Pada kohor periode 2000-2003 angka bertahan hidup (*survival rate*) ODHA setelah 24 bulan mendapatkan pengobatan ARV adalah 50%, pada kohor 2004–2007 meningkat menjadi 63% lalu pada kohor 2008–2010 meningkat menjadi 95%. Kementerian Kesehatan juga melakukan upaya pencegahan dengan:

1. Meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan perubahan perilaku dengan: (a) Kampanye Aku Bangga Aku Tahu (ABAT); (b) Pengembangan media Komunikasi Informasi Edukasi; (c) Kampanye perilaku hidup sehat terkait dengan HIV-AIDS dan IMS, antara lain dengan penggunaan kondom, pengurangan dampak buruk Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (Napza).
2. Pelayanan Pengobatan Infeksi Menular Seksual (IMS). Jumlah kasus IMS yang diobati pada tahun 2009-2011 berjumlah 246.448 kasus.
3. Upaya Pencegahan Penularan dari Ibu HIV Positif ke Bayi. Upaya ini mencakup 4 pokok kegiatan yaitu: (a) Mencegah penularan HIV pada wanita usia subur; (b) Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan pada wanita dengan HIV; (c) Mencegah penularan HIV dari ibu kepada bayinya; dan (d) Dukungan psikososial bagi ibu dengan HIV dan keluarganya.

**Tabel 3**

Jumlah Ibu Hamil Positif HIV yang Mendapatkan Obat Pencegahan Tahun 2009- 2011.

TAHUN	JUMLAH IBU HAMIL YANG MENDAPATKAN PENCEGAHAN
2009	264
2009-2010	376
2010- 2011	693
<b>TOTAL</b>	<b>1.333</b>

4. Program Pengurangan Dampak Buruk pada Penasun dilaksanakan dengan Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) di 68 lokasi layanan dan Program Layanan Alat Suntik Steril (LASS) di 194 lokasi layanan. Pada tahun 2011, sebanyak 29.000 orang aktif mengikuti Program Terapi Rumatan Metadon dan atau Layanan Alat Suntik Steril.

- **Tuberkulosis (TB)**

Menurut *Global Report WHO*, tahun 2010, Indonesia menunjukkan prestasi yang membanggakan dalam penurunan angka kematian tuberkulosis. Pada tahun 2007, Indonesia berada di urutan ke-3 di antara negara-negara dengan kasus TB terbanyak. Tahun 2010 sudah berada di urutan ke-4 di bawah India, Cina, dan Afrika Selatan dengan penurunan angka kematian yang tadinya 168.000/tahun (tahun 1990) menjadi 64.000/tahun (tahun 2010).

Target MDG untuk pengendalian TB tahun 2015 untuk angka kematian adalah 46 per 100.000 penduduk, proporsi kasus TB yang terdeteksi 70%, proporsi keberhasilan pengobatan 85%. Pada tahun 2010 angka kematian sudah menurun menjadi 27 per 100.000

penduduk, proporsi kasus TB sebesar 78,3%, dan proporsi keberhasilan pengobatan 91,2%. Dengan demikian target MDG 2015 tersebut sudah tercapai pada tahun 2010. Untuk mempercepat pencapaian MDG pengendalian TB, maka pada tahun 2011 telah diluncurkan Strategi Nasional Pengendalian TB dan Rencana Aksi Nasional Periode 2011-2014 untuk menjadi acuan seluruh provinsi dan kabupaten/kota di Indonesia.

*Multi Drug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) atau TB MDR adalah TB yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* yang telah mengalami kekebalan terhadap minimal dua obat anti TB secara bersama-sama atau disertai resisten terhadap obat anti TB lini pertama lainnya. Dewasa ini, di Indonesia terdapat 5 laboratorium TB yang sudah disertifikasi oleh Supra National Laboratory, IMVS Adelaide, Australia untuk melakukan pemeriksaan MDR-TB.

Dua rumah sakit telah mampu melakukan pengobatan MDR-TB dan pada tahun 2011 dilakukan ekspansi ke 4 rumah sakit. Secara bertahap diharapkan seluruh penduduk Indonesia akan mendapatkan akses terhadap pelayanan pengobatan TB resisten dengan obat yang bermutu dan sesuai dengan standar.

- **Malaria dan Penyakit Bersumber Binatang Lainnya**

Indonesia telah berhasil menekan *Annual Parasite Incidence* (API), yaitu jumlah kasus malaria per 1.000 penduduk, dari 4,96 per 1.000 penduduk tahun 1990 menjadi 1,96 per 1.000 penduduk tahun 2010 dan 1,75 per 1.000 penduduk tahun 2011. Diperkirakan target MDG 2015 untuk menurunkan API sebesar 1 per 1.000



penduduk akan tercapai. Kementerian Kesehatan menargetkan eliminasi penyakit malaria secara bertahap. Eliminasi artinya suatu daerah angka *API*-nya kurang dari 1 per mil ( $<1$  per 1.000 penduduk). Provinsi DKI Jakarta, khususnya Kabupaten Kepulauan Seribu, Provinsi Bali dan Kota Batam, pada tahun 2011 sedang dalam proses memasuki tahap eliminasi malaria. Untuk mencapai eliminasi malaria kegiatan diagnosis dini, pengobatan cepat dan tepat, surveilans dan pengendalian vektor yang seluruhnya ditujukan untuk memutus mata rantai penularan malaria.

Pemakaian kelambu adalah salah satu upaya pencegahan penularan penyakit malaria. Selama tahun 2010-2011 telah didistribusikan 7,5 juta kelambu berinsektisida ke wilayah endemis di 26 provinsi. Untuk memastikan ada-tidaknya parasit malaria, dilakukan pemeriksaan sediaan darah mikroskopis atau pemeriksaan RDT (*Rapid Diagnostic Test*). Pemeriksaan ada-tidaknya parasit malaria telah dilakukan pada 75,6% (2009), 82% (2010), dan sebesar 85% (2011) dari sasaran penduduk. Obat malaria yang digunakan adalah ACT (*Artemisinin-based Combination Therapy*), obat ini menggantikan *chloroquin* yang telah resisten. Pada tahun 2010, dari 1,2 juta kasus malaria klinis yang diperiksa sediaan darahnya terdapat 240 ribu yang positif dan seluruhnya telah diobati dengan ACT. Pada tahun 2011, dari 1 juta kasus malaria klinis, terdapat 200 ribu yang positif dan seluruhnya telah diobati.

- **Demam Berdarah *Dengue* (DBD)**

Pada periode 2009 - 2011, angka insiden penyakit DBD di Indonesia cenderung menurun. Pada tahun 2011 telah mencapai 21 per 100.000 penduduk dibandingkan dengan angka tahun

2009: 68,2 per 100.000 dan angka tahun 2010: 62,5 per 100.000 penduduk. Angka kematian DBD juga cenderung menurun pada periode 2009-2011, yaitu 0,90% pada 2009, 0,87% pada 2010 dan 0,80% pada 2011. Penurunan ini dicapai berkat upaya Kementerian Kesehatan bersama seluruh jajaran lintas sektor di Pusat dan Daerah yang mencakup upaya penanggulangan DBD dan dukungan alokasi dana di sebagian besar provinsi dan kabupaten/kota. Keberhasilan ini juga dicapai berkat dukungan peran serta seluruh lapisan masyarakat, termasuk kader Juru Pemantau Jentik (Jumantik).

- **Filariasis**

Sebanyak 368 kabupaten/kota di Indonesia endemis Filariasis atau Penyakit Kaki Gajah. Eliminasi Filariasis akan dicapai pada tahun 2020 dengan melakukan Pemberian Obat Masal Pencegahan (POMP). Pada tahun 2011 dilaksanakan POMP di 98 kabupaten/kota yang dimulai sejak tahun 2006. Jumlah yang dicakup POMP tahun 2011 sebanyak 50 juta orang. Kabupaten/kota yang endemis Filariasis akan dilakukan POMP secara bertahap. Pada tahun 2012 akan dilaksanakan POMP di 114 kabupaten/kota.

- **Flu Burung**

Jumlah kasus Flu Burung pada manusia di Indonesia dari tahun ke tahun terus menurun. Kementerian Kesehatan melakukan berbagai upaya pengendalian Flu Burung, termasuk menetapkan 100 rumah sakit rujukan Flu Burung yang tersebar di seluruh Indonesia. Selain kegiatan pengendalian Flu Burung dilakukan pula antisipasi pandemi influenza mencakup: simulasi penanggulangan episenter pandemi influenza, *table top simulation*, pelatihan

petugas kesehatan, penguatan kapasitas laboratorium, surveilans epidemiologi, pengembangan *WHO Collaborating Centre Human Animal Interface* di Jakarta, dan penyediaan ruang isolasi di 10 rumah sakit rujukan Flu Burung.

## **b. Penyakit Tidak Menular**

Masalah Penyakit Tidak Menular (PTM) makin meningkat di Indonesia. Kementerian Kesehatan telah menetapkan kebijakan nasional pengendalian PTM sejak tahun 2005. Pencegahan PTM dapat dilakukan dengan menghindari empat perilaku utama berisiko, yaitu konsumsi tembakau (rokok) dan alkohol, kurangnya aktivitas fisik, diet yang tidak sehat, dan hipertensi.

- **Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah**

Pencegahan penyakit jantung dan pembuluh darah mencakup pengembangan pedoman faktor risiko, manajemen kasus dan intervensi berbasis komunitas di pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular (Posbindu PTM). Program skrining faktor risiko juga dilaksanakan di 16 kabupaten di 14 provinsi.

- **Kanker**

Skrining kanker leher rahim dan kanker payudara adalah kegiatan prioritas. Skrining kanker leher rahim dilakukan dengan metode Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) dan *cryotherapy* untuk IVA positif. Program deteksi dini kanker payudara dilakukan dengan pemeriksaan payudara oleh petugas kesehatan (*Clinical*

*Breast Examination*) dan pemeriksaan payudara sendiri (*Sadari/ Breast Self Examination*). Pada tahun 2011 telah dilatih pelaksana skrining sebanyak 954 orang di 79 Puskesmas dan 102 orang dari 17 provinsi.



Mobil Mammografi.

- **Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)**

Program deteksi dini PPOK dilaksanakan dengan melatih 20 tenaga kesehatan dari 5 provinsi. Deteksi dini dengan pemeriksaan spirometri dilakukan pada masyarakat yang berisiko, seperti pekerja tambang dan perokok. Dilaksanakan pula surveilans epidemiologi PPOK di Puskesmas dan rumah sakit.

- **Diabetes Melitus (DM)**

Pengendalian diabetes melitus dilaksanakan dengan mengembangkan pedoman tatalaksana kasus, pelaksanaan kontrol

diabetes melitus, pengukuran faktor risiko utama (obesitas, gula darah, aktivitas fisik, diet sayur buah, hipertensi), pelaksanaan surveilans epidemiologi, pencegahan DM di Posbindu PTM, pelatihan *Training of Trainer* (TOT) untuk deteksi dini, serta manajemen DM dan penyakit metabolik di 16 provinsi.

### c. Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)



Imunisasi Anak di Sekolah.

Dalam rangka pencapaian 100% *Universal Child Immunization* (UCI) desa/kelurahan tahun 2014, dilakukan akselerasi program imunisasi Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional (GAIN-UCI) pada tahun 2010. Pengertian 100% UCI desa/ kelurahan adalah bahwa 100% desa/kelurahan di Indonesia telah mencapai tahap UCI yaitu 80% atau lebih bayi sampai dengan usia 1 tahun di desa/kelurahan telah mendapatkan imunisasi dasar lengkap.

Pada tahun 2009 UCI desa/kelurahan di Indonesia telah mencapai 69,8% dan pada tahun 2010 naik signifikan menjadi 75,3%. Pada tahun 2011, jumlah bayi di Indonesia yang harus mendapatkan imunisasi adalah 4,7 juta orang. Dilaksanakan pula kampanye imunisasi tambahan campak dan polio tahun ketiga di 17 provinsi yang mencakup 13.655.803 Balita usia 0-59 bulan (97,8%) untuk polio dan mencakup 11.544.190 Balita 9-59 bulan (97,5%) untuk campak. Tahap pertama imunisasi tambahan Campak dan Polio telah dilakukan pada tahun 2009 dan tahap kedua pada tahun 2010. Kampanye ini dimaksudkan untuk mendukung pencapaian Reduksi Campak dan Eradikasi Polio di Indonesia. Selanjutnya, pada tahun 2011, Tetanus Maternal dan Neonatal dinyatakan telah mencapai tahap eliminasi oleh WHO di sebagian wilayah Indonesia.

Pada tahun 2010, eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal tercapai di regional Jawa-Bali dan regional Sumatera, tahun 2011 eliminasi tercapai di regional Kalimantan, Sulawesi dan Nusa Tenggara, dan tahun 2012 diharapkan seluruh wilayah Indonesia telah mencapai tahap eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal.

#### **d. Surveilans Epidemiologi**

Untuk penguatan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB), pada tahun 2011 dikembangkan *Early Warning Alert Response System (EWARS)* di 4 provinsi sebagai kelanjutan dari kegiatan tahun 2010 di 6 provinsi. Di samping itu, dikembangkan pula *SMS gateway* di seluruh provinsi untuk penguatan sistem pelaporan penyakit menular, dengan tujuan agar informasi kejadian penyakit menular di seluruh Indonesia dapat diperoleh sedini mungkin untuk ditanggulangi. Penguatan sumber daya

manusia telah dilakukan pada periode 2009- 2011 dan 99 orang telah mengikuti *S2-Field Epidemiology Training Programme* (FETP). Pada tahun 2011 dilatih 353 Tim Gerak Cepat (TGC) Penanggulangan KLB tingkat kabupaten/kota. Untuk membangun jejaring epidemiologi dan FETP, telah dilaksanakan Konferensi Internasional Jejaring Kesehatan Masyarakat atau *FETP/Training of Epidemiology and Public Health Networking (TEPHINET)* di Bali. Konferensi ini dihadiri 600 peserta dari 30 negara. Pada tahun 2011, implementasi *International Health Regulations* (IHR) 2005 di Indonesia, diperkuat dengan dibentuknya Komisi Nasional Implementasi IHR yang bertugas mengkoordinasikan implementasi IHR 2005 di Indonesia. Untuk penguatan kapasitas inti (*core capacities*) di pintu masuk negara, pada tahun 2011 dimulai mini simulasi penanggulangan *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC) di tujuh lokasi dan pendidikan pelatihan karantina kesehatan bagi 40 orang staf kantor kesehatan pelabuhan.

#### **e. Pemantauan Arus Mudik**

Untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas selama arus mudik lebaran pada H-7 sampai dengan H+7, Kementerian Kesehatan menyiagakan 630 pos kesehatan arus mudik lebaran dan 171 rumah sakit di jalur utama mudik, terutama di daerah rawan kemacetan dan rawan kecelakaan bekerjasama dengan lintas sektor terkait. Kegiatan yang dilakukan selama arus mudik lebaran tahun 2011, jumlah kematian dapat diturunkan 9% yaitu dari 853 orang di tahun 2010 menjadi 799 orang di tahun 2011. Kesiapsiagaan arus mudik tidak hanya dilaksanakan pada saat Idul Fitri tapi juga pada saat Natal dan Tahun Baru setiap tahun. Upaya penyediaan pos kesehatan



arus mudik dimaksudkan untuk mendukung *Decade of Action for Road Safety* 2011-2020.



Menteri Kesehatan sedang apel melepas tim siaga arus mudik di lapangan parkir Kemenkes.

## f. Penyehatan Lingkungan

Upaya penyehatan lingkungan adalah kegiatan yang mendukung pengendalian penyakit menular dan tidak menular, sebagai bagian dari pengendalian faktor risiko penyakit dan lingkungan. Salah satu upaya adalah melalui Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), yaitu penyediaan sarana air minum dan sanitasi dasar bagi masyarakat. Kegiatan ini dilakukan dengan pendekatan perubahan perilaku, pemberdayaan masyarakat di desa melibatkan Pemerintah Daerah, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan masyarakat. Kumulatif jumlah desa yang melaksanakan Program STBM sampai Oktober tahun 2011 adalah 5.886 desa.

Hasil Survei BPS triwulan pertama tahun 2011, menunjukkan persentase penduduk yang menggunakan jamban sehat adalah 55,2%. Sedangkan persentase penduduk yang memiliki akses terhadap air minum berkualitas adalah 43,4%. Laporan provinsi dan berbagai instansi kesehatan sampai dengan Oktober 2011 menunjukkan bahwa persentase kualitas air minum yang memenuhi syarat kesehatan adalah 87%. Keberhasilan ini dicapai berkat kerja sama antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Pekerjaan Umum, Kementerian Dalam Negeri dan berbagai sektor lainnya. Pada tahun 2012 akan dilakukan replikasi dan perluasan penyediaan air minum dan sanitasi berbasis masyarakat di 140 desa pada 28 kabupaten di 10 provinsi.

Telah dilaksanakan pula proyek percontohan 10 Pasar Sehat di 9 provinsi. Pasar percontohan tersebut yaitu (1) Pasar Ibu, Kota Payakumbuh; (2) Pasar Bunder, Kabupaten Sragen; (3) Pasar Gianyar, Kabupaten Gianyar; (4) Pasar Podosugih, Kota Pekalongan; (5) Pasar Cibubur, Kota Jakarta; (6) Pasar Argosari, Kabupaten Gunung Kidul; (7) Pasar Madyopuro, Kota Malang; (8) Pasar Rawa Indah, Kota Bontang; (9) Pasar Margorejo, Kota Metro Lampung; dan (10) Pasar Pengesangan, Kota Mataram. Konsep Pasar Sehat adalah peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat para pedagang dan pengunjung pasar tradisional. Proyek percontohan ini berlangsung 3 tahun (2009-2011). Replikasi Pasar Sehat di daerah lain akan dilakukan tahun 2012.

Kementerian Kesehatan juga mendorong **Gerakan Nasional Bersih Negeriku** yang merupakan amanat Presiden RI. Dengan gerakan ini seluruh komponen bangsa diajak melakukan tindakan nyata mewujudkan hidup bersih dan sehat. Di lingkungan

Kementerian Kesehatan gerakan ini dilaksanakan di rumah sakit, kantor-kantor dan unit pelaksana teknis di seluruh Indonesia.



Pasar Bunder Sragen merupakan salah satu percontohan Pasar Sehat.

- **Mushola Sehat**

Bentuk lain pemberdayaan masyarakat yang berbasis kesehatan adalah melalui program Mushola Sehat yaitu kegiatan masyarakat untuk memperbaiki tempat berwudhu dan sanitasi mushola yang dilaksanakan secara mandiri dengan bantuan dana stimulan dari pemerintah sebesar 5-15 juta rupiah per mushola. Kementerian Kesehatan telah memberikan bantuan program Mushola Sehat secara berturut-turut tahun 2009 sebanyak 154 mushola, tahun 2010 sebanyak 26 mushola dan tahun 2011 sebanyak 29 mushola.

- **Kota Sehat**

Peningkatan derajat kesehatan masyarakat perlu didukung oleh tatanan kota yang bersih dan sehat. Kabupaten/kota sehat adalah suatu kondisi kabupaten/kota yang bersih, nyaman, aman dan sehat untuk dihuni penduduk yang dicapai melalui terselenggaranya penerapan tatanan dengan kegiatan yang terintegrasi. Penyelenggaraan kabupaten/kota sehat merupakan pendekatan terpadu, menyeluruh, lintas sektor berbasis masyarakat dengan melibatkan masyarakat sebagai pelaku utama. Selain itu dilaksanakan operasionalisasi pembangunan berkelanjutan, berbasis pembangunan berwawasan lingkungan dan pembangunan berwawasan kesehatan seperti yang diatur dalam Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan. Sampai tahun 2011 ada 267 kabupaten/kota (56%) yang tersebar di 28 provinsi yang telah melaksanakan pendekatan kabupaten/kota sehat.

## 5. PEMBERDAYAAN MASYARAKAT UNTUK HIDUP SEHAT

Kementerian Kesehatan mempunyai komitmen kuat untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Upaya yang dilakukan adalah pemberdayaan masyarakat dengan penekanan pada peningkatan perilaku sehat, kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, upaya promotif dan preventif.

Dalam rangka meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) diperlukan juga komitmen dari seluruh pelaku dan penentu kebijakan. Komitmen pemerintah daerah dalam mendukung program PHBS diwujudkan melalui pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif. Desa/Kelurahan Siaga Aktif adalah suatu kondisi masyarakat tingkat desa yang selalu siap siaga dalam menghadapi masalah kesehatan, bencana, dan kegawatdaruratan. Untuk meningkatkan komitmen para pelaku dan penentu kebijakan, pada tahun 2010 Kementerian Kesehatan bersama Kementerian Dalam Negeri telah meluncurkan ***Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif***. Pada tahun 2010, peningkatan perilaku sehat di masyarakat telah mencapai 50,1% rumah tangga. Upaya untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dilakukan melalui pengembangan desa siaga aktif. Sampai tahun 2011 telah dikembangkan 43.329 desa/kelurahan siaga aktif.

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan dilaksanakan melalui upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan.

Salah satu unsur penting dari desa/kelurahan siaga adalah Poskesdes. Poskesdes adalah bentuk UKBM di desa/kelurahan dalam rangka mendekatkan/menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa/kelurahan. Bentuk UKBM yang telah dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan adalah sebagai berikut:

#### a. Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)



Pertemuan antara masyarakat, kader dan tenaga kesehatan di Poskesdes.

Poskesdes adalah fasilitas kesehatan desa/kelurahan yang memberikan pelayanan meliputi upaya promotif, preventif, dan pengobatan sederhana; dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama kader.

Upaya Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan pelayanan Poskesdes adalah dengan memberikan Poskesdes Kit sebanyak 200 paket untuk 49 kabupaten/kota di 9 provinsi. Poskesdes Kit berupa



peralatan yang digunakan untuk melakukan kegiatan promotif di desa, seperti kamera digital, pengeras suara, pemutar DVD/VCD, televisi 21 inci, *wireless meeting*, dan media promosi kesehatan.

#### **b. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)**



Kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak di Posyandu.

Posyandu memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, imunisasi, gizi, dan pengendalian diare. Pada tahun 2011 terdapat 266.827 Posyandu di Indonesia. Berdasarkan laporan rutin program per Desember 2011, sejumlah 15.483.264 ibu (80,9%) telah membawa anak Balitanya ke Posyandu.

Dalam meningkatkan pelayanan di Posyandu pada tahun 2011 Kementerian Kesehatan telah mendistribusikan Posyandu Kit sebanyak 150 paket untuk 67 kabupaten/kota di 11 provinsi.



Posyandu Kit terdiri dari alat permainan edukatif, *flipchart* dan *stand*, alat masak PMT, *food model*, pengeras suara, pemutar DVD/VCD, televisi 21 inci, dan media promosi kesehatan.

### **c. Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM)**

Posbindu PTM merupakan tempat kegiatan monitoring, dan deteksi dini faktor risiko PTM yang dilaksanakan secara terpadu, rutin dan periodik. Kegiatan ini dikembangkan sebagai bentuk kewaspadaan dini, mengingat hampir semua faktor risiko PTM tidak menunjukkan gejala pada yang mengalaminya. Kegiatan Posbindu PTM diintegrasikan ke kegiatan masyarakat yang dilakukan oleh karang taruna, majelis taklim, klub jantung sehat, klub kesehatan lain, PKK, Dharma Wanita, dan pabrik. Di daerah tertentu Posbindu PTM disebut juga Posyandu Lansia, dan karang werdha.

Sasaran kegiatan Posbindu PTM adalah kelompok masyarakat berusia di atas 10 tahun sampai lanjut usia. Kegiatan Posbindu PTM dibina oleh Puskesmas. Pada tahun 2011 tercatat 3.000 Posbindu PTM di Indonesia. Di masa mendatang kegiatan Posbindu PTM diharapkan dapat berkembang cepat di tengah masyarakat agar penyakit tidak menular terkendali di Indonesia.

### **d. Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren)**

Poskestren merupakan UKBM yang memberikan pelayanan promotif dan preventif, kuratif dan rehabilitatif di pondok pesantren.

Pada tahun 2011 Kementerian Kesehatan telah memberikan Poskestren Kit sebanyak 100 paket untuk 55 kabupaten/kota di 10

provinsi. Poskestren Kit berupa peralatan yang digunakan untuk kegiatan promotif di Poskestren dalam penggalakan keteladanan berperilaku hidup bersih dan sehat di kalangan santri/santriwati pondok pesantren dan masyarakat di sekitar pondok pesantren.



Para santri sedang simulasi penanganan kesehatan di pesantren.

#### **e. Pos Malaria Desa (Posmaldes)**

Pemberdayaan masyarakat untuk eliminasi malaria dilakukan dengan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam upaya pengendalian malaria. Setelah masyarakat memperoleh pengetahuan yang cukup tentang penyakit malaria dan pencegahannya, diharapkan muncul kegiatan mobilisasi masyarakat untuk melakukan penemuan dini kasus malaria melalui kegiatan Pos Malaria Desa (Posmaldes). Kegiatan Posmaldes mencakup penemuan kasus malaria dan penyuluhan tentang pengendalian

malaria. Dewasa ini terdapat 2.022 Posmaldes di daerah endemis malaria di Indonesia.



Pos Malaria Desa di Tuban.

#### **f. Peran Serta Masyarakat**

Selain bentuk pemberdayaan masyarakat melalui berbagai pos kesehatan, Kementerian Kesehatan telah menjalin hubungan dengan lembaga masyarakat melalui penandatanganan Nota Kesepahaman dengan 18 organisasi kemasyarakatan. Organisasi kemasyarakatan ini melakukan kegiatan pemberdayaan masyarakat di 23 provinsi, 200 desa, 25 rumah sakit, 200 pondok pesantren sehat, 18 pasraman sehat, dan 18 pura sehat. Saat ini jumlah kader ormas/ motivator yang sudah dilatih sebanyak 800 orang.

Selain itu, tahun 2011 Kementerian Kesehatan telah mengajak dunia usaha untuk turut berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan. Pada peringatan Hari Kesehatan Nasional di bulan November 2011 yang lalu telah dilakukan penandatanganan Nota

Kesepahaman antara Kementerian Kesehatan dengan 23 Dunia Usaha yang terdiri dari 4 BUMN dan 19 perusahaan swasta nasional dan internasional.

Sepanjang tahun 2011, ada beberapa bentuk pemberdayaan masyarakat yang telah dilakukan terkait dengan kampanye PHBS. Dalam rangka Hari AIDS Sedunia, Kementerian Kesehatan melakukan kampanye “Aku Bangga Aku Tahu”. Kampanye ini dimaksudkan untuk meningkatkan pengetahuan kaum muda usia 15–24 tahun tentang HIV-AIDS. Kampanye diawali dengan penandatanganan kesepakatan mendukung kampanye oleh 10 Gubernur. Pada acara puncak dilakukan tarian yang disebut “*Dance for Life*” diikuti oleh 3.000 pelajar SMP dan SMA. Kegiatan ini dimaksudkan untuk mengajak semua elemen berpartisipasi dalam penanggulangan HIV-AIDS. Selanjutnya kampanye juga dilakukan pada 1.000 SMP, 1.000 SMA, 500 Perguruan Tinggi, 1.000 tempat kerja, dan 1.000 organisasi kepemudaan/kemasyarakatan di 100 kabupaten/kota di 10 provinsi.



*Dance for Life* “Aku Bangga, Aku Tahu”.

Dalam rangka edukasi PHBS telah dilakukan berbagai kegiatan bertepatan dengan peringatan hari-hari yang terkait dengan kesehatan. Kegiatan ini melibatkan pemerintah pusat, daerah, masyarakat, swasta, dan dunia usaha, seperti Hari Anak Nasional ditandai dengan menanam 5.000 tanaman tradisional dan Hari Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) dengan melakukan cuci tangan masal. Pada kesempatan tersebut, Kementerian Kesehatan telah tercatat dalam Museum Rekor Indonesia (MURI) untuk kategori tari tangan masal yang diikuti oleh 3.100 anak.

Dalam rangka meningkatkan pengetahuan masyarakat, Kementerian Kesehatan telah menyelenggarakan berbagai lomba yaitu lomba poster *ASEAN Dengue Day*, lomba logo *ASEAN Dengue Day* tingkat nasional dan ASEAN, lomba poster tentang jamu, lomba poster HIV-AIDS, lomba film pendek dan lomba debat Bahasa Inggris tentang HIV-AIDS.



Cuci tangan masal dalam rangka Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS).

## 6. PELAYANAN KESEHATAN DASAR DAN RUJUKAN

Pada tahun 2010-2014 pembangunan kesehatan dititikberatkan pada peningkatan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan yang bermutu. Berbagai program dan kegiatan telah dilaksanakan guna meningkatkan akses masyarakat ini.

### a. Pelayanan Kesehatan Dasar

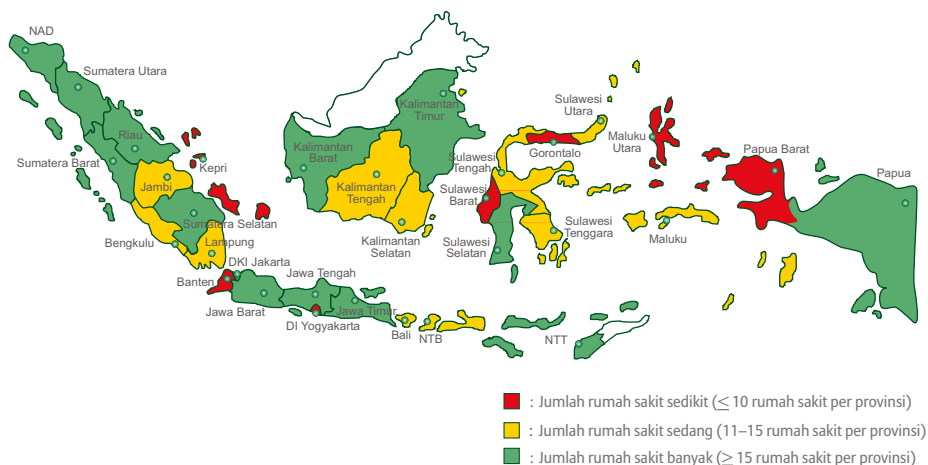
Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja tertentu dengan penduduk 30.000 jiwa. Fungsi Puskesmas adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi masyarakat di wilayah kerjanya.

Kementerian Kesehatan berusaha meningkatkan pelayanan Puskesmas dan jaringannya, baik kuantitas maupun kualitas. Pada tahun 2010, jumlah Puskesmas tercatat sebanyak 9.005 unit, meningkat pada tahun 2011 menjadi 9.323 unit, terdiri dari Puskesmas Perawatan berjumlah 3.019 unit dan Puskesmas Non Perawatan sebanyak 6.304 unit.

Tabel 4  
Peningkatan Jumlah Puskesmas Tahun 2009-2011.

NO	JENIS PUSKESMAS	TAHUN 2009	TAHUN 2010	TAHUN 2011
1	Puskesmas Perawatan	2.704	2.920	3.019
2	Puskesmas Non Perawatan	6.033	6.085	6.304
	<b>JUMLAH</b>	<b>8.737</b>	<b>9.005</b>	<b>9.323</b>

## b. Pelayanan Kesehatan Rujukan



Peta distribusi rumah sakit per provinsi.

Pada tahun 2010 terdapat 1.632 rumah sakit di seluruh Indonesia. Terjadi peningkatan bermakna di tahun 2011 sebanyak 89 rumah sakit, dan 18 rumah sakit di antaranya berada di DTPK/DBK di 17 kabupaten/kota.

Tabel. 5  
Peningkatan Jumlah Rumah Sakit di Indonesia.

NO	PEMILIK RUMAH SAKIT	TAHUN 2009	TAHUN 2010	TAHUN 2011	PENAMBAHAN
1	Pemerintah	698	795	827	32
	• Kemenkes	31	31	34	3
	• Provinsi/Kabupaten/Kota	477	554	582	28
	• TNI/Polri	112	131	134	3
	• BUMN/KL*	78	79	77	-2
2	Swasta	673	837	894	57
	<b>JUMLAH</b>	<b>1.371</b>	<b>1.632</b>	<b>1.721</b>	<b>89</b>

\* KL : Kementerian/Lembaga.



### c. Akreditasi Rumah Sakit

UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit mengamanatkan bahwa upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dilakukan dengan melakukan akreditasi oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) secara berkala setiap 3 tahun. Pada tahun 2011, rumah sakit yang terakreditasi telah mencapai 819 rumah sakit, atau terjadi peningkatan sebanyak 182 dibandingkan dengan tahun 2010 (637 rumah sakit). Terdapat 3 jenis akreditasi rumah sakit, yaitu akreditasi 5 pelayanan, 12 pelayanan dan 16 pelayanan.

### d. Penanganan Kesehatan Jiwa

Salah satu tantangan pembangunan kesehatan adalah tingginya gangguan jiwa berat yang mencapai 4,6 per 1.000 penduduk atau 0.46% dari penduduk Indonesia (Data Riskesdas 2007). Sebagian masyarakat memperlakukan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa dengan pemasungan. Salah satu program yang dilaksanakan adalah mewujudkan **Indonesia Bebas Pasung**. Langkah-langkah yang dilakukan adalah peningkatan pengetahuan petugas Puskesmas, peningkatan peran keluarga dan masyarakat, pembinaan petugas non kesehatan, pelatihan kader kesehatan, dan pembinaan Desa Siaga Sehat Jiwa.

Dalam melaksanakan pemberdayaan masyarakat sebagai investasi pembangunan kesehatan jiwa, Kementerian Kesehatan menggelar Jambore Kesehatan Jiwa pada tanggal 8-9 Oktober 2011 di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) dr. Marzoeqi Mahdi Bogor dengan tema **Investasi Kesehatan Jiwa melalui Ajang Prestasi dan Kreativitas Orang Dengan Masalah**

**Kejiwaan (ODMK).** Kegiatan jambore meliputi: lomba poster, malam renungan, berkemah bersama, *fun games*, lomba olahraga serta seni dan budaya.

Jambore Kesehatan Jiwa diikuti oleh 24 Rumah Sakit Jiwa dan Rumah Sakit Ketergantungan Obat dari seluruh Indonesia, serta 2 panti sosial dan Pramuka. Peserta dari rumah sakit dan panti adalah ODMK beserta pendamping (tenaga kesehatan dari rumah sakit terkait), dengan jumlah peserta sebanyak 550 orang.



Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) sedang menunjukkan kebolehannya membawakan tarian Kuda Lumping pada acara Jambore Kesehatan Jiwa yang diadakan di RSJ dr. Marzoeki Mahdi Bogor pada tanggal 8-9 Oktober 2011.

#### e. *World Class Health Care*

Upaya untuk meningkatkan kualitas rumah sakit menuju pelayanan kesehatan kelas dunia (*World Class Health Care*) terus dilakukan oleh Kementerian Kesehatan. Sampai tahun 2011 terdapat 4 rumah sakit swasta yang terakreditasi internasional. Selain itu, 7 rumah sakit pemerintah sedang dalam proses akreditasi internasional, yaitu RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo, RSPAD Gatot Soebroto, RSUP Sanglah, RSUP Fatmawati, RSUP H. Adam Malik, RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, dan RSUP Dr. Sardjito.

Pada tahun 2011 RSUP Dr. Sardjito telah meraih penghargaan *Patient Safety* dari Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (Persi). Sementara itu dalam pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit, RSUP Fatmawati dan RS Jantung Harapan Kita telah mendapat penghargaan dari Bayer- pErdalin: **Competition On ManageMENT of healthcare asSociAted infection control** (BE COMMENSAL).

## 7. BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN (BOK)

Upaya Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu dan mempercepat pencapaian sasaran *Millennium Development Goals* (MDG) antara lain dilakukan dengan meluncurkan program Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) ke seluruh Puskesmas. Penyaluran dana BOK juga dimaksudkan untuk meningkatkan upaya kesehatan promotif dan preventif. Sebagian pemerintah daerah telah mampu memenuhi kebutuhan biaya operasional Puskesmas di daerahnya. Namun, masih ada pemerintah daerah yang mempunyai keterbatasan dalam alokasi biaya operasional Puskesmas.

Operasional kesehatan untuk Puskesmas dipergunakan untuk mendukung upaya kesehatan promotif dan preventif. Secara garis besar BOK dapat dipergunakan antara lain untuk pendataan sasaran (ibu hamil, ibu bersalin, kasus risiko tinggi); kegiatan *surveillance*; pelayanan Posyandu; kegiatan penemuan kasus, penjangkaran, pengambilan spesimen dan pengambilan vaksin; pengendalian dan pemberantasan vektor; kegiatan promosi dan penyuluhan kesehatan; dan transportasi rujukan pasien.

**Tabel 6**  
Alokasi Dana BOK Tahun 2011 per Regional.

REGIONAL	PUSKESMAS	ALOKASI	TOTAL
Sumatera	2.271	75.000.000	170.325.000.000
Jawa–Bali	3.617	75.000.000	271.275.000.000
Kalimantan	836	100.000.000	83.600.000.000
Sulawesi	1.126	100.000.000	112.600.000.000
Maluku	256	200.000.000	51.200.000.000
Nusa Tenggara	458	250.000.000	114.500.000.000
Papua	403	250.000.000	100.750.000.000
Tambahan anggaran manajemen di 27 kab/kota			305.000.000
<b>TOTAL</b>	<b>8.967</b>		<b>904.555.000.000</b>

Pada tahun 2011 seluruh Puskesmas yang berjumlah 8.967 di seluruh Indonesia memperoleh BOK. Pada tahun 2011 Kementerian Kesehatan telah meningkatkan anggaran BOK dari tahun 2010 yang berjumlah Rp.215.262.000.000,00 untuk 17 provinsi menjadi Rp.904.555.000.000,00 untuk 33 provinsi. Dana BOK pada tahun 2011 disalurkan langsung ke seluruh 497 kabupaten/kota dengan perbedaan alokasi anggaran BOK di berbagai regional. Terdapat perbedaan alokasi anggaran per Puskesmas per tahun untuk regional Sumatera-Jawa-Bali sebesar Rp.75juta/Puskesmas/tahun, regional Kalimantan-Sulawesi sebesar Rp.100juta/Puskesmas/tahun, Maluku Rp.200 juta/Puskesmas/tahun dan regional Nusa Tenggara dan Papua sebesar Rp.250juta/Puskesmas/tahun. Perbedaan alokasi anggaran ini ditentukan antara lain berdasarkan adanya perbedaan geografis.

Sebanyak 490 kabupaten/kota (98,6%), dari 497 kabupaten/kota telah memanfaatkan dana BOK, sehingga masih ada 7 kabupaten/kota (1,4%) yang belum memanfaatkan dana BOK secara optimal. Pada umumnya daerah Indonesia Timur yang memiliki kondisi geografis sulit, seperti Papua, Papua Barat, Maluku Utara, Sulawesi Barat; pemanfaatan BOK-nya cukup besar, dibandingkan dengan daerah lainnya.

*"Alhamdulillah, dengan adanya dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Puskesmas kita sangat terbantu, terutama untuk kegiatan Posyandu, pertemuan-pertemuan kader, serta kegiatan kesehatan sekolah."*

**Mayani**

Kepala Puskesmas Bengkayang  
Kalimantan Barat

## **8. PENINGKATAN PELAYANAN KESEHATAN DI DAERAH TERTINGGAL, PERBATASAN, DAN KEPULAUAN TERLUAR (DTPK) DAN PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN (PDBK)**

### **a. Peningkatan Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan Terluar**

Salah satu tantangan dalam meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan yang bermutu adalah meningkatkan akses masyarakat di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan terluar. Sebagian daerah ini berbatasan dengan negara lain, oleh karena itu peningkatan akses layanan kesehatan di DTPK dimaksudkan juga untuk menjaga keutuhan wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).

Sebagai upaya untuk meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan yang bermutu di DTPK, Kementerian Kesehatan melaksanakan upaya: (1) Pemenuhan SDM kesehatan; (2) Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan; (3) Penyediaan sediaan farmasi dan alat kesehatan di seluruh fasilitas kesehatan; (4) Peningkatan pembiayaan pelayanan kesehatan; dan (5) Pengembangan kebijakan standar pelayanan kesehatan untuk DTPK.

Target peningkatan pelayanan kesehatan di DTPK adalah kemampuan menjangkau 183 kabupaten tertinggal/perbatasan/kepulauan di 27 provinsi. Ada 45 kabupaten/kota di 14 provinsi yang berbatasan dengan negara tetangga, 92 pulau titik pangkal penetapan wilayah RI, dan 34 pulau kecil terluar berpenduduk.

Seluruhnya memerlukan perhatian khusus, agar pelayanan kesehatan menjangkau masyarakat di seluruh wilayah Indonesia. Upaya meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan di DTPK dilakukan dengan:

1. Peningkatan status Puskesmas menjadi Puskesmas Perawatan di DTPK. Pada tahun 2011 mengalami peningkatan sebanyak 83 Puskesmas Perawatan dibandingkan dengan tahun 2010 yang berjumlah 76 Puskesmas Perawatan. Pembangunan Puskesmas Perawatan di DTPK akan terus dilakukan hingga mencapai target 101 Puskesmas.
  2. Pengadaan alat dan sarana penunjang di Puskesmas dan Puskesmas Perawatan. Untuk mendukung pelayanan kesehatan di DTPK, Kementerian Kesehatan juga menyediakan beberapa sarana penunjang seperti: Rumah Sakit Bergerak, *flying health care*, Puskesmas Terapung dan Puskesmas Keliling Air (Pusling Air).
- **Rumah Sakit Bergerak**

Rumah Sakit Bergerak dibangun dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat di daerah terpencil dan daerah perbatasan yang kurang terjangkau oleh pelayanan kesehatan. Pada tahun 2010, Rumah Sakit Bergerak berjumlah 14 unit, dan pada tahun 2011 dipersiapkan 10 unit Rumah Sakit Bergerak baru di Provinsi Kepulauan Riau, Kalimantan Barat, Gorontalo, Maluku Utara, Maluku, Nusa Tenggara Timur, dan Papua.





Rumah Sakit Bergerak yang melayani masyarakat di daerah terpencil.

Rumah Sakit Bergerak merupakan fasilitas kesehatan yang siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu; serta dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain di daerah tertinggal, terpencil, kepulauan dan daerah perbatasan. Rumah Sakit Bergerak dimaksudkan untuk menyelenggarakan kegiatan upaya kesehatan dengan 10 tempat tidur selama 24 jam, melalui pelayanan rawat inap, rawat jalan, serta gawat darurat/pelayanan darurat.

- **Puskemas Terapung**

Puskesmas Terapung disiapkan oleh Kementerian Kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan di kabupaten/kota yang memiliki wilayah perairan. Puskesmas Terapung dilengkapi dengan peralatan medis yang memadai sehingga mampu memberikan

pelayanan kesehatan dasar seperti Puskesmas di darat, termasuk tindakan operasi.

Sampai dengan tahun 2011 Kementerian Kesehatan bersama pemerintah Daerah menyediakan 15 unit Puskesmas Terapung, yaitu 4 unit di kabupaten perbatasan Papua, 4 unit di kabupaten perbatasan Nusa Tenggara Timur, 2 unit di kabupaten perbatasan Kalimantan Timur dan 5 unit di kabupaten perbatasan Kalimantan Barat.



Penduduk Kutai Barat menunggu kunjungan rutin Puskesmas Terapung.

- **Puskesmas Keliling**

Untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan di daerah kepulauan dan perairan, Kementerian Kesehatan menyediakan fasilitas Puskesmas Keliling Air (Pusling Air). Pusling Air berbentuk

perahu motor dan dapat dimanfaatkan tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan di kabupaten/kota yang memiliki wilayah kepulauan. Sampai dengan tahun 2010, Kementerian Kesehatan mengadakan 908 Pusling Air dan pada tahun 2011 ditambah 17 Pusling Air, sehingga total jumlah Pusling Air sampai 2011 adalah 925 Unit.

Selain Puskesmas Keliling Air, Kementerian Kesehatan pada tahun 2011 mengadakan 17 Puskesmas Keliling *Double Gardan* untuk wilayah yang sulit dijangkau dengan kendaraan biasa. Pusling *Double Gardan* tersebut didistribusikan ke Provinsi Papua 4 unit, Nusa Tenggara Timur 4 unit, Kalimantan Timur 3 unit, dan Kalimantan Barat 6 unit.



Puskesmas Keliling Air (Pusling Air)  
yang juga dipergunakan sebagai sarana transportasi.

- ***Flying Health Care***

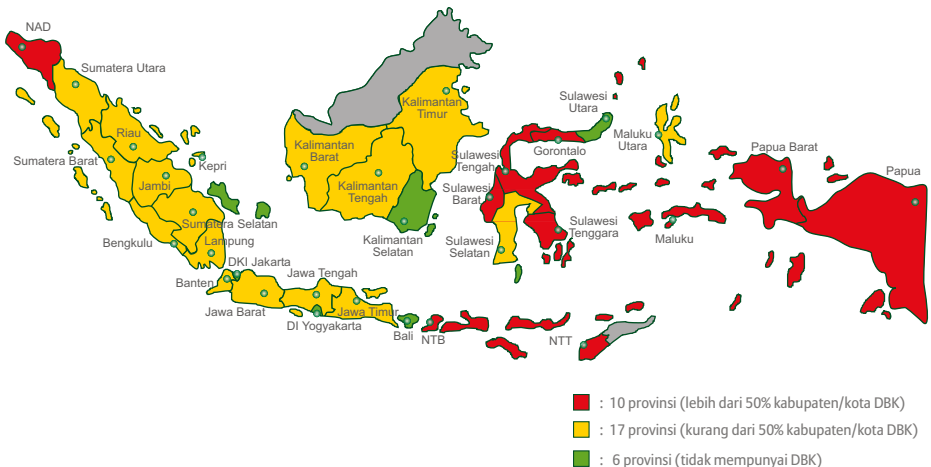
*Flying Health Care* (FHC) adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tim kesehatan untuk meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan di DTPK dengan dukungan transportasi udara. Pada tahun 2011 Kementerian Kesehatan mengoperasikan FHC untuk menjangkau daerah terpencil di 8 provinsi yang sulit ditempuh dengan kendaraan darat maupun perairan. Daerah tersebut adalah Papua, Papua Barat, Maluku Utara, Maluku, Kepulauan Riau, Kalimantan Barat, dan Kalimantan Timur.



Para dokter siap memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat di daerah yang sulit dijangkau dengan perjalanan darat maupun perairan.

## b. Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan

Salah satu upaya dari reformasi pembangunan kesehatan masyarakat adalah Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK). Penentuan suatu daerah sebagai daerah bermasalah kesehatan didasarkan pada besar-kecilnya Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yang dirumuskan dari 24 indikator kesehatan.



Dari peta di atas dapat dilihat bahwa ada 10 provinsi yang memiliki lebih dari 50% kabupaten/kota dengan kriteria Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK). Provinsi tersebut adalah Aceh, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Papua Barat dan Papua.

**Tabel 7**  
Jumlah Kabupaten/Kota DBK.

KATEGORI	JUMLAH
Kabupaten bermasalah kesehatan berat dan miskin	57
Kabupaten bermasalah kesehatan berat tapi non miskin	12
Kabupaten bermasalah kesehatan	40
<b>Jumlah Kabupaten</b>	<b>109</b>
Kota bermasalah kesehatan berat dan miskin	11
Kota bermasalah kesehatan berat tapi non miskin	4
Kota bermasalah kesehatan	6
<b>Jumlah Kota</b>	<b>21</b>
<b>Total Kabupaten/Kota DBK</b>	<b>130</b>

Kabupaten/kota DBK di Indonesia berjumlah 130, terdiri dari 109 kabupaten dan 21 kota. Dari 109 kabupaten yang dikategorikan daerah bermasalah kesehatan, 57 kabupaten di antaranya adalah daerah bermasalah kesehatan berat dan miskin. Sedangkan pada 21 kota, terdapat 11 kota yang dikategorikan bermasalah kesehatan berat dan miskin.

Pendekatan program PDBK adalah melalui pendampingan oleh para pemegang/penanggungjawab program kesehatan dari berbagai unit utama di lingkungan Kementerian Kesehatan dan tenaga ahli dari perguruan tinggi. Pendampingan ini dimaksudkan untuk mendorong terjadinya perubahan, tidak saja terkait dengan upaya mengatasi berbagai kelemahan dan kekurangan yang dihadapi di daerah tersebut, tetapi juga mampu untuk mengantisipasi berbagai kemungkinan yang terjadi di masa mendatang.

Tahun 2011 telah dilakukan pendampingan di 30 kabupaten di 6 provinsi (Aceh, Nusa Tenggara Barat, Sulawesi Barat, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, dan Gorontalo). Tahap awal pelaksanaan pendampingan adalah dengan diadakannya lokakarya tingkat regional. Peserta lokakarya regional adalah jajaran Kesehatan Pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Setelah lokakarya regional, tahap pendampingan selanjutnya dengan kalakarya tingkat provinsi dan tingkat kabupaten.

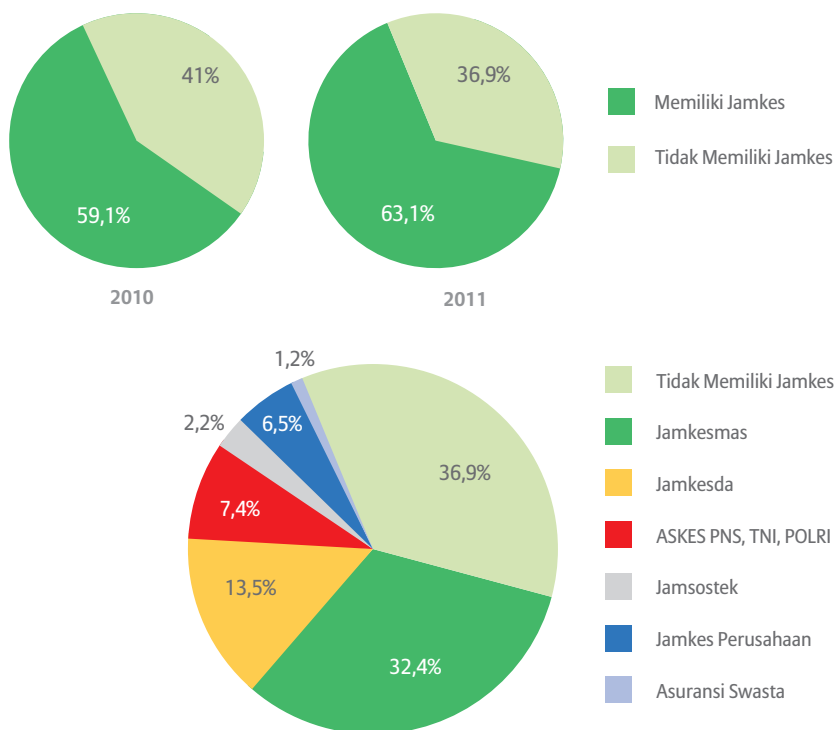
## 9. PENGEMBANGAN JAMINAN KESEHATAN

Kementerian Kesehatan terus melakukan perbaikan dan pengembangan jaminan kesehatan menuju *Universal Coverage*. Sejak tahun 2008 program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu diberi nama program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Jamkesmas memberikan manfaat pelayanan kesehatan yang bersifat komprehensif, mulai dari pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas sampai pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit.

Pada tahun 2010 jumlah penduduk Indonesia yang telah memiliki jaminan kesehatan sebesar 59,1%, dan sisanya yang belum memiliki jaminan kesehatan sebesar 41%. Pada tahun 2011 jumlah penduduk yang memiliki jaminan kesehatan menjadi 63,1%, dengan demikian jumlah penduduk yang tidak mempunyai jaminan berkurang menjadi 36,9%. Ditargetkan pada tahun 2014 seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan sebagai pelaksanaan UU No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Dari 63,1% penduduk yang memiliki jaminan kesehatan pada tahun 2011, 32,4% merupakan peserta program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), 13,5% peserta Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), 7,4% peserta Askes PNS, TNI, dan Polri, 2,2% peserta Jamsostek, 6,5% peserta jaminan kesehatan perusahaan, dan 1,2% peserta asuransi swasta lainnya.



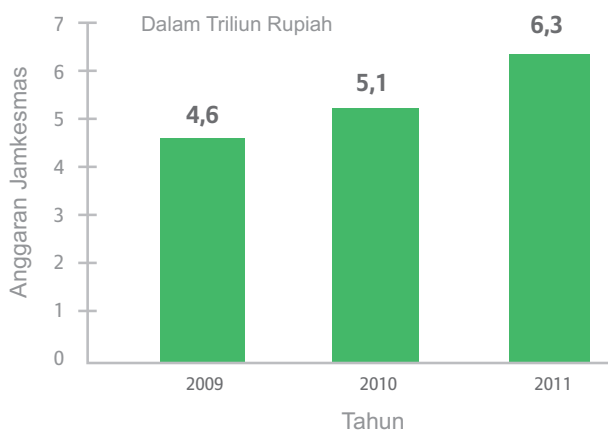


**Diagram 6**  
Proporsi penduduk yang memiliki jaminan kesehatan.

Pada tahun 2011, sasaran Jamkesmas sebesar 76,4 juta jiwa mencakup masyarakat miskin dan tidak mampu, para penghuni panti sosial, penghuni Rutan/Lapas, dan masyarakat miskin akibat korban pasca bencana. Untuk meringankan beban keuangan para penderita *Thalassaemia major*, Kementerian Kesehatan juga memberikan bantuan pelayanan pengobatan.

Pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota yang memiliki kemampuan sumber daya yang memadai telah mengembangkan program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dengan peserta masyarakat miskin yang tidak dicakup oleh Jamkesmas. Tahun 2011 terdapat 335 kabupaten/kota atau 67,4% dari 497 kabupaten/kota di Indonesia yang telah melaksanakan program Jamkesda. Sampai akhir tahun 2011 empat provinsi telah mencapai *Universal Coverage*, yaitu Sumatera Selatan, Sulawesi Selatan, Bali, dan Aceh. Dua provinsi yang cakupan jaminan kesehatannya besar adalah Kepulauan Riau (88,6%) dan Bangka Belitung (84,9%).

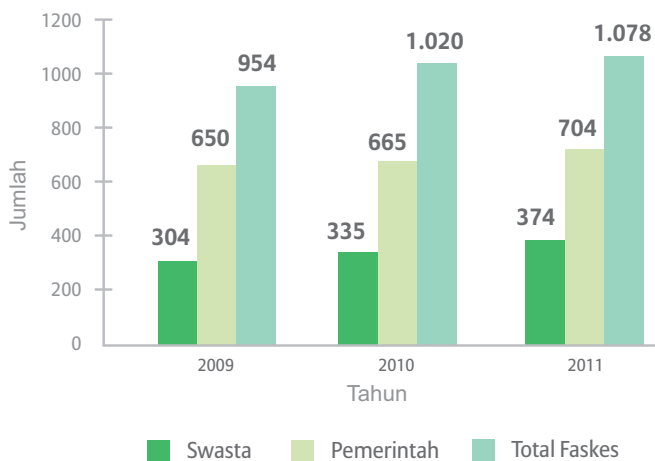
Pemerintah telah meningkatkan anggaran Jamkesmas sejak tahun 2009. Alokasi anggaran Jamkesmas tahun 2009 sebesar Rp.4,6 triliun, meningkat pada tahun 2010 menjadi Rp.5,1 triliun dan pada tahun 2011 meningkat kembali sebesar Rp.6,3 triliun. Pada tahun 2011 realisasi penggunaan anggaran Jamkesmas sebesar 99,9%.



**Diagram 7**  
Alokasi Anggaran Jamkesmas 2009-2011.

Peningkatan ketersediaan anggaran diikuti dengan peningkatan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan rujukan. Pada tahun 2011, Kementerian Kesehatan telah mempersiapkan 9.133 Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan dasar bagi peserta Jamkesmas dan pelayanan kesehatan rujukan di 1.078 Fasilitas Kesehatan (Faskes) sebagian besar adalah rumah sakit.

Dalam rangka menghadapi *Universal Coverage*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat telah menandatangani Nota Kesepahaman dengan 200 rumah sakit swasta untuk pelayanan Jamkesmas. Langkah ini kiranya bisa diikuti oleh provinsi yang lain.



**Diagram 8**  
Jumlah Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Jamkesmas.

## 10. PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN

Dalam rangka pemenuhan tenaga kesehatan untuk meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan, Kementerian Kesehatan mengangkat dan menempatkan dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan bidan melalui program Pegawai Tidak Tetap (PTT). Mulai tahun 2011, masa pengabdian tenaga PTT dokter, dokter gigi, dan dokter spesialis untuk daerah terpencil dan sangat terpencil diperpanjang dari 6 bulan menjadi 1 tahun. Selain itu, pemerintah daerah juga turut memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan dengan mengangkat tenaga kesehatan melalui program PTT Daerah.

Pada tahun 2011 telah diangkat 10.810 PTT yang terdiri dari 2.425 dokter, 504 dokter gigi, 7.881 bidan. Total sampai dengan tahun 2011 berjumlah 39.452 orang. Rincian penyebaran kriteria tenaga PTT tahun 2011 disajikan pada Tabel 8 di bawah ini.

**Tabel 8**  
Penyebaran Tenaga PTT Tahun 2011.

NO	TENAGA KESEHATAN	KRITERIA			JUMLAH
		BIASA	TERPENCIL	SANGAT TERPENCIL	
1	Dokter	309	1.124	2.346	<b>3.779</b>
2	Dokter Gigi	57	268	615	<b>940</b>
3	Dokter/Dokter Gigi Spesialis	9	27	1	<b>37</b>
4	Bidan	18.755	15.941	-	<b>34.696</b>
<b>TOTAL</b>		<b>19.130</b>	<b>17.360</b>	<b>2.962</b>	<b>39.452</b>

Kementerian Kesehatan bekerjasama dengan 13 fakultas kedokteran negeri melaksanakan Program Internsip Dokter. Program ini bertujuan untuk meningkatkan mutu profesi dokter dalam rangka pemahiran dan penyelarasan antara hasil pendidikan dengan praktik di lapangan selama satu tahun di Puskesmas dan rumah sakit. Selama tahun 2010, sebanyak 401 dokter telah menyelesaikan Program Internsip Dokter, dan pada tahun 2011 sebanyak 1.141 dokter sedang mengikuti program ini.

Untuk memenuhi pelayanan kesehatan di DTPK, pada tahun 2011 telah diangkat 1.391 tenaga kesehatan strategis yang antara lain terdiri dari ahli kesehatan lingkungan, ahli gizi, perawat, ahli madya farmasi, dan analis kesehatan di 35 kabupaten/kota prioritas DTPK di 12 provinsi.

Pemenuhan tenaga dokter spesialis di DTPK dikembangkan Program Dokter Dengan Kewenangan Tambahan (PDDKT) bekerjasama dengan Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). PDDKT bertujuan melatih dokter umum di daerah terpencil selama jangka waktu enam bulan, sehingga mereka memiliki kompetensi dasar dalam bidang obstetri-ginekologi, kesehatan anak dan anestesi. Program ini dilaksanakan untuk provinsi Nusa Tenggara Timur, Maluku, dan Papua; sebanyak 78 dokter telah mendapatkan pelatihan. Selain itu, dikembangkan pula Program Penempatan Residen Senior. Residen Senior adalah dokter/dokter gigi yang sedang menempuh pendidikan spesialis. Jumlah Residen Senior yang didayagunakan pada tahun 2011 berjumlah 383 orang di 78 kabupaten/kota dan di DBK.

Setiap tahun, Kementerian Kesehatan melaksanakan pemilihan tenaga kesehatan teladan. Penghargaan internasional untuk tenaga kesehatan teladan diberikan pada tenaga kesehatan Indonesia, yaitu penghargaan *Asia Pacific Action Alliance on Human Resources for Health* kepada dr. Brahim dan bidan Diana Maryem.

Dalam rangka pelaksanaan Program *Indonesia Japan Economic Partnership Agreement* (IJEPA), pada tahun 2011 telah dikirim sebanyak 363 tenaga perawat untuk bekerja di rumah sakit di Jepang selama tiga tahun.

Dalam upaya mewujudkan SDM yang berkualitas dan berdaya saing, pada tahun 2011 telah dibentuk Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI) dan Komite Nasional Farmasi (KNF). MTKI bertugas membantu Menteri Kesehatan dalam menyusun kebijakan, strategi, dan tata laksana registrasi; melakukan upaya pengembangan mutu tenaga kesehatan; melakukan kaji banding mutu tenaga kesehatan; menyusun tata cara uji kompetensi penguji, dan monitoring. Sedangkan Komite Nasional Farmasi (KNF) berfungsi untuk meningkatkan mutu apoteker dan tenaga teknis kefarmasian dalam melakukan pekerjaan kefarmasian.

Untuk meningkatkan kapasitas SDM Kesehatan, Kementerian Kesehatan mengembangkan Program Tugas Belajar (Tubel) yaitu dengan memberikan bantuan beasiswa kepada 1.510 tenaga kesehatan pada 2011 dengan rincian pada Tabel 9 di bawah ini.

Tabel 9

Jumlah Peserta Program Tugas Belajar Kementerian Kesehatan 2008-2011.

NO	TAHUN	PROGRAM STUDI					JUMLAH
		D III	D IV	S1	S2	S3	
1	2008	0	38	56	179	6	<b>279</b>
2	2009	0	21	50	168	9	<b>248</b>
3	2010	0	119	58	136	9	<b>322</b>
4	2011	0	658	194	647	11	<b>1.510</b>

Dalam mendukung peningkatan jumlah, jenis, dan penyebaran tenaga kesehatan, Kementerian Kesehatan membuka lima Politeknik Kesehatan (Poltekkes) baru yaitu Poltekkes Banten, Tanjung Pinang, Mamuju, Sorong dan Pangkal Pinang. Untuk meningkatkan institusi pendidikan kesehatan, beberapa Poltekkes telah mendapatkan sertifikat ISO 9001:2008.

## **11. PENINGKATAN KETERSEDIAAN, KETERJANGKAUAN, PEMERATAAN, SERTA PEMBINAAN PRODUKSI DAN DISTRIBUSI KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN**

Kementerian Kesehatan telah melakukan upaya terobosan dalam rangka peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, keamanan, mutu, dan penggunaan obat serta alat kesehatan dalam Program Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Tahun 2011 telah dilakukan beberapa upaya yaitu: reposisi dan revitalisasi obat generik, menyediakan *Online Logistic System*, melakukan kemandirian bahan baku obat, harmonisasi peraturan perundangan, dan menerapkan *E-Register* alat kesehatan.

- **Reposisi dan Revitalisasi Obat Generik**

Obat generik sangat strategis dalam peningkatan efektivitas dan efisiensi pembiayaan kesehatan nasional. Kementerian Kesehatan telah melakukan reposisi dan revitalisasi obat generik yang mengedepankan keunggulan mutu. Langkah ini dimaksudkan agar tenaga kesehatan dan masyarakat memahami keunggulan obat generik baik mutu maupun harganya sehingga akan meningkatkan penggunaan obat generik di pelayanan kesehatan.

Revitalisasi obat generik dilakukan dengan mendorong industri farmasi agar memproduksi obat generik, penetapan harga obat generik yang akomodatif bagi industri farmasi dan terjangkau masyarakat, melaksanakan *fast track* registrasi obat, dan meningkatkan kemitraan pemerintah dengan industri farmasi. Kementerian Kesehatan juga telah menetapkan kebijakan *Online*

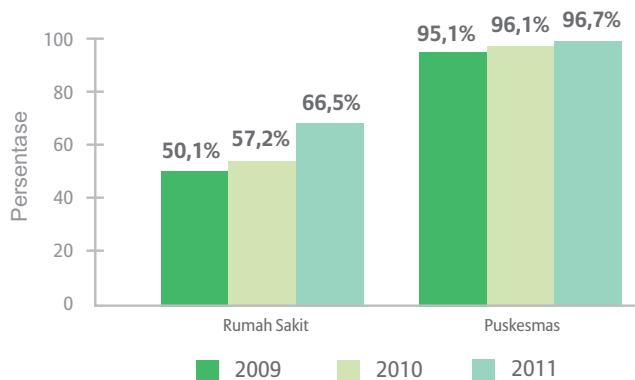


*Logistic System* di fasilitas kesehatan dan pencitraan obat generik yang lebih baik di masyarakat.

Setiap tahun Kementerian Kesehatan menyediakan obat dan vaksin untuk *buffer stock* pusat dan provinsi, obat untuk penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB)/bencana, obat program dan vaksin. Pada tahun 2011 disediakan anggaran sebesar Rp.1,29 triliun untuk keperluan tersebut.

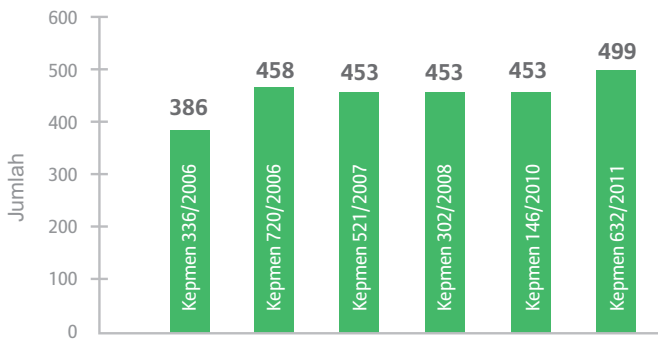
Ketersediaan obat di instalasi farmasi kabupaten/kota mengalami peningkatan yang bermakna, yaitu selama 15,66 bulan di tahun 2011 dibandingkan dengan tahun 2010 selama 14,2 bulan dan tahun 2009 selama 12,6 bulan.

Penggunaan obat generik di fasilitas kesehatan menunjukkan angka yang menggembirakan. Pada tahun 2011 penggunaan obat generik di Puskesmas mencapai 96,7%, sedangkan di rumah sakit sebesar 66,5%. Persentase penggunaan obat generik di rumah sakit dan Puskesmas dari tahun 2009 sampai 2011 dapat dilihat pada Diagram 9 di bawah ini.



**Diagram 9**  
Penggunaan Obat Generik di Rumah Sakit dan Puskesmas.

Jumlah *item* obat generik yang mengalami rasionalisasi harga dilakukan dari tahun ke tahun. Pada tahun 2010, rasionalisasi harga obat generik dilakukan pada 453 *item*, dan di tahun 2011 pada 499 *item* melalui Keputusan Menteri Kesehatan No. 632/MENKES /SK/ III/2011.



**Diagram 10**  
Jumlah Item Obat Generik Sesuai dengan Keputusan  
Menteri Kesehatan (2006 - 2011).

- **Online Logistic System**

Dalam rangka memantau ketersediaan obat di instalasi farmasi kabupaten/kota, telah dikembangkan sistem informasi logistik obat (*Online Logistic System*) untuk pengendalian ketersediaan obat secara *real time*. Pada tahun 2011 dikembangkan *Soft-ware Online Logistic System* yang diujicobakan di beberapa kabupaten/kota dan disosialisasikan ke seluruh instalasi farmasi di Indonesia. Pada tahun 2012 seluruh kabupaten/kota akan mengimplementasikan sistem informasi logistik ini.

- **Fasilitasi *License Compulsory/Government Used***

Untuk mendukung penanggulangan penyakit HIV-AIDS dan Hepatitis B di Indonesia dipandang perlu memberikan akses kepada masyarakat pada obat antiviral yang saat ini masih dilindungi Paten. Oleh karena itu Kementerian Kesehatan bersama Kementerian Hukum dan HAM menyusun Rancangan Peraturan Presiden tentang Pelaksanaan Paten oleh Pemerintah Terhadap Obat Antiviral, sebagai pengganti Keputusan Presiden Nomor 6 tahun 2007 tentang Pelaksanaan Paten oleh Pemerintah Terhadap Obat Anti Retroviral. Kerja sama dengan pemegang paten bukan hanya untuk obat HIV-AIDS tetapi juga untuk obat Hepatitis B agar dapat diproduksi di Indonesia.

- **Resep Elektronik (*E-Prescription*)**

Perkembangan teknologi informasi yang demikian pesat memberikan dampak secara langsung terhadap pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kefarmasian, di antaranya adalah peresepan secara elektronik. Tujuan peresepan elektronik adalah untuk meningkatkan keamanan dan kenyamanan pasien, meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan, menghindari terjadinya kesalahan dalam pembacaan resep, menghindari terjadinya kesalahan dalam pengobatan, memudahkan proses pengawasan dan evaluasi penggunaan obat, dan meningkatkan kepatuhan terhadap formularium.

Peresepan secara elektronik telah dilakukan oleh RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo-Jakarta, RS Bethesda-Yogyakarta, Eka Hospital-

Tangerang, dan RS Mitra Keluarga-Bekasi, RS Karawang, RS Hasan Sadikin, RS Borromeus, dan RS Sentosa. Beberapa Puskesmas di Jawa Barat telah pula melakukan peresepan secara elektronik yaitu di Puskesmas Babakan Sari-Bandung dan Puskesmas Telaga Murni-Bekasi.

Saat ini Kementerian Kesehatan sedang menyusun Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penggunaan Resep Elektronik di Fasilitas Kesehatan dengan melibatkan para pakar di bidang hukum kesehatan, kefarmasian, kedokteran, organisasi profesi dan praktisi kesehatan.

- **Perizinan Alat Kesehatan Secara *Online***

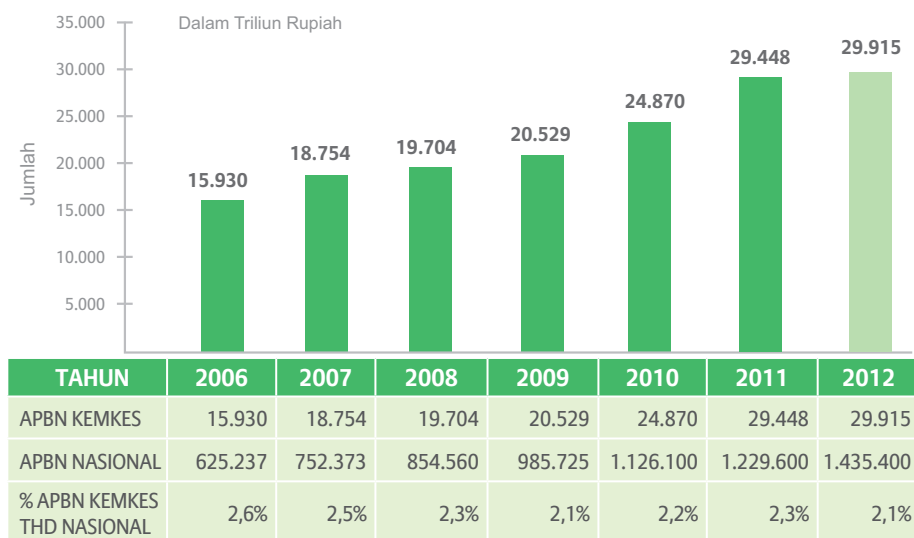
Pada tahun 2011 Kementerian Kesehatan telah membangun sistem *E- Government* pada Perizinan Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT). Sistem ini akan mempermudah pelaku industri untuk mengakses pelayanan perizinan alat kesehatan secara *online* sehingga meningkatkan kualitas pelayanan publik di bidang kefarmasian dan alat kesehatan.

- **Kemandirian Bahan Baku Obat**

Upaya menciptakan kemandirian di bidang bahan baku obat dan obat tradisional dilakukan dengan memberdayakan keragaman hayati yang dimiliki Indonesia, terutama bahan-bahan yang telah diyakini khasiatnya berdasarkan hasil penelitian. Hasilnya adalah sejumlah bahan baku obat yang dapat diproduksi di dalam negeri guna memenuhi kebutuhan produksi obat jadi, antara lain Fraksi Bioaktif *Cinamomum burmani* dan *Lagerstroemia speciosa* untuk

menurunkan resistensi insulin dan pengobatan diabetes, pengobatan kanker, pengobatan sindroma pramenstrual dan nyeri menstruasi, dan fraksi *Lumbricus rubellus* untuk pengobatan aterosklerosis dan perbaikan sirkulasi darah. Upaya ini diharapkan dapat mengurangi ketergantungan Indonesia terhadap bahan baku impor.

## 12. PENGELOLAAN ANGGARAN PEMBANGUNAN KESEHATAN



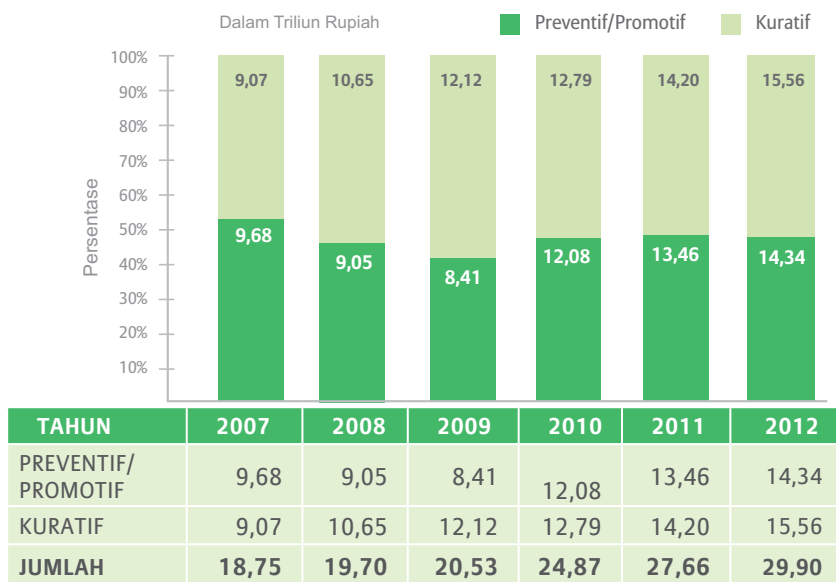
**Diagram 11**

Alokasi Anggaran Kementerian Kesehatan dan Persentase Perbandingan dengan Total APBN 2006-2012.

Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk mengoptimalkan anggaran yang tersedia dengan memperhatikan prioritas pembangunan kesehatan dan pencapaian program kesehatan. Secara nominal anggaran Kementerian Kesehatan setiap tahun mengalami peningkatan. Namun jika dilihat dari proporsi anggaran kesehatan dengan total APBN masih relatif sama, yaitu berkisar antara 2,0-2,6%. Proporsi tersebut menunjukkan bahwa alokasi anggaran yang diperuntukkan untuk Pembangunan Kesehatan masih belum sesuai dengan alokasi yang diamanatkan dalam

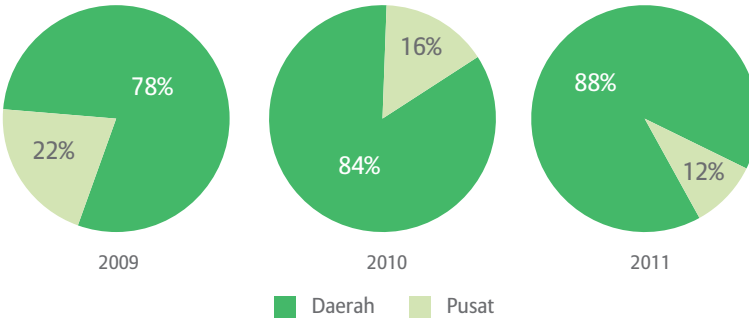
UU No. 36/2009 tentang Kesehatan dan standar WHO tentang pembiayaan kesehatan di suatu negara yang menetapkan sedikitnya 5% dari Produk Domestik Bruto (PDB).

Dalam rangka mendukung program kesehatan yang bersifat promotif dan preventif, pengelolaan anggaran promotif/preventif dengan kuratif/rehabilitatif telah menunjukkan proporsi yang hampir sebanding. Secara nominal, Kementerian Kesehatan telah meningkatkan alokasi anggaran preventif dan promotif dengan konsisten sejak 2 tahun terakhir ini. Anggaran preventif dan promotif pada tahun 2010 sebesar Rp.12,08 triliun, alokasi anggaran ini ditingkatkan pada tahun 2011 menjadi Rp.13,46 triliun dan pada tahun 2012 meningkat menjadi 14,34 triliun.



**Diagram 12**  
Proporsi Perbandingan Anggaran Promotif/Preventif dengan Kuratif Tahun  
2007-2012. \*Belum termasuk APBN-P.

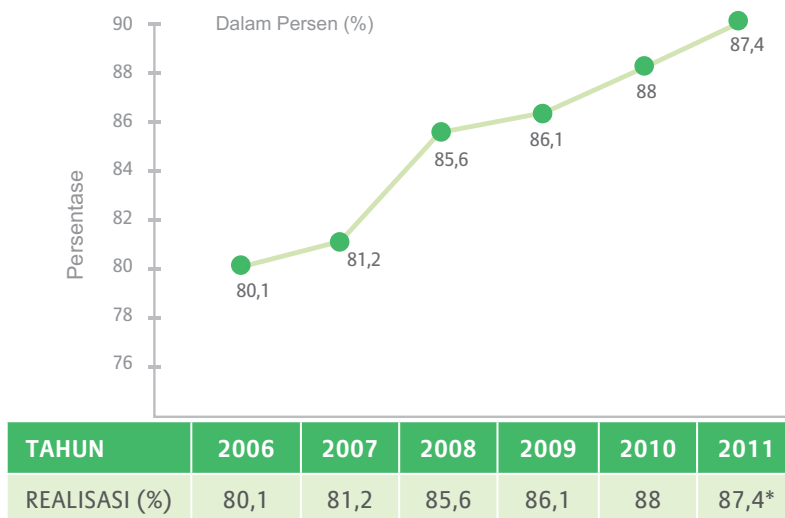
Sejalan dengan kebijakan desentralisasi, alokasi anggaran Kementerian Kesehatan untuk pembangunan kesehatan di daerah mendapat perhatian Kementerian Kesehatan. Hal ini ditunjukkan dengan terjadinya peningkatan proporsi anggaran untuk pembangunan kesehatan di daerah. Pada tahun 2009 anggaran untuk pembangunan kesehatan di daerah dialokasikan sebesar 78% dan selama 2 tahun anggaran tersebut mengalami peningkatan.



**Diagram 13**  
Persentase Alokasi APBN Kementerian Kesehatan untuk Pusat dan Daerah 2009-2011.



Keberhasilan pemanfaatan anggaran pembangunan kesehatan di Pusat maupun Daerah ditunjukkan dengan tercapainya realisasi anggaran. Realisasi anggaran Kementerian Kesehatan menunjukkan kecenderungan meningkat, terlihat seperti pada Diagram 14 di bawah ini.



\*) Realisasi sampai dengan 16 Januari 2012

**Diagram 14**  
Persentase Realisasi APBN Kementerian Kesehatan tahun 2006-2011.

## 13. REFORMASI BIROKRASI

### a. Keterbukaan Informasi Publik

Undang-undang No. 14 tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (KIP), menyatakan bahwa seluruh badan publik wajib memberikan akses informasi yang menjadi hak publik kepada masyarakat luas. Kewajiban melaksanakan UU KIP tersebut berlaku efektif mulai tanggal 30 April 2010.



Piagam penghargaan 10 badan publik terbaik atas pelaksanaan KIP 2011.

Kementerian Kesehatan sebagai badan publik berkomitmen menjalankan amanat UU KIP, sehingga tahun 2010 telah dilaksanakan berbagai kegiatan persiapan menyambut pemberlakuan UU KIP, yaitu salah satunya dengan membentuk Pejabat Pengelola dan Informasi dan Dokumentasi (PPID). Hasil dari kesungguhan dalam mempersiapkan diri telah diakui oleh Komisi Informasi Pusat dengan pemberian penghargaan kepada

Kementerian Kesehatan sebagai salah satu badan publik yang responsif dan bergerak aktif dalam persiapan implementasi UU KIP. Pada tahun kedua (2011) pelaksanaan UU KIP, Kementerian Kesehatan termasuk dalam 10 besar badan publik paling terbuka berdasarkan monitoring dan evaluasi Komisi Informasi Pusat terhadap 82 badan publik tingkat pusat.

Pemberlakuan UU KIP mengukuhkan era keterbukaan informasi di Indonesia. Situasi ini meniscayakan masyarakat untuk lebih berani dan terbuka dalam menyampaikan pandangan, pendapat dan keluhan yang dialami, khususnya dalam bidang kesehatan. Sejalan dengan tuntutan kebutuhan masyarakat tersebut, sejak tahun 2010 Kementerian Kesehatan telah meningkatkan akses masyarakat dan untuk mendapatkan informasi pengaduan melalui Pusat Tanggap dan Respon Cepat (PTRC), Pojok Informasi, dan berbagai media sosial yang dikembangkan.

LAYANAN INFORMASI & PENGADUAN	ALAMAT
<b>Pusat Tanggap dan Respon Cepat (PTRC)</b>	Telp. (021) 500567 Faks. (021) 52921669 Hp. 081281562620, E-mail: <a href="mailto:info@depkes.go.id">info@depkes.go.id</a> <a href="mailto:kontak@depkes.go.id">kontak@depkes.go.id</a>
<b>Pojok Info</b>	Kantor Kementerian Kesehatan RI, Lantai Dasar Gedung Prof. dr. Sujudi. Jln. HR. Rasuna Said, Kav 4-9, Kuningan , Jakarta Selatan.
<b>Website</b>	<a href="http://www.depkes.go.id">www.depkes.go.id</a> <a href="http://www.ppid.depkes.go.id">www.ppid.depkes.go.id</a> <a href="http://www.sehatnegeriku.com">www.sehatnegeriku.com</a>
<b>Media sosial</b>	<a href="https://twitter.com/puskomdepkes">twitter@puskomdepkes</a>

Daftar alamat layanan informasi dan pengaduan.

Pemanfaatan sarana informasi dan pengaduan oleh masyarakat menunjukkan peningkatan yang signifikan sejak 2010. Selama 2011 jumlah layanan informasi dan pengaduan yang masuk sebanyak 1.171 layanan. Pada tahun 2011 jumlah layanan meningkat 288 layanan (32,6%) bila dibandingkan dengan kurun waktu yang sama tahun 2010. Adapun jenis layanan PTRC selama 2011 menunjukkan proporsi permohonan informasi 79%, pengaduan masyarakat 19% dan sisanya 2% memberikan saran dan perbaikan kepada Kementerian Kesehatan.

Layanan informasi melalui sosial media twitter mengalami penambahan pengikut (*followers*) yang cukup banyak. Sampai tahun 2011 *followers* untuk twitter Kementerian Kesehatan telah mencapai 3.162 *followers*.



Kegiatan pelayanan perijinan di ULT Kemenkes.

Dalam pelaksanaan UU No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, Kementerian Kesehatan mempunyai komitmen untuk memberikan pelayanan prima kepada publik dengan membangun Unit Layanan Terpadu (ULT) pada April 2010. ULT ini memberikan pelayanan satu pintu untuk perijinan, di antaranya adalah perijinan industri farmasi, registrasi alat kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT), layanan kepegawaian, dan konsultasi alat. Jumlah layanan publik yang diberikan selama April–Desember 2010 tercatat sebanyak 22.150 layanan, sementara jumlah layanan tahun 2011 tercatat sebanyak 30.730 layanan.

#### **b. Layanan Pengadaan Secara Elektronik (LPSE)**

Sejak tahun 2010 seluruh pengadaan barang dan jasa di Kementerian Kesehatan telah menggunakan layanan pengadaan barang dan jasa secara elektronik melalui website: [www.lpse.depkes.go.id](http://www.lpse.depkes.go.id). Dengan komitmen membangun pengadaan yang terbuka, bersaing dan transparan, Kementerian Kesehatan mendapatkan penghargaan dari Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP) untuk kategori kementerian dengan jumlah pagu terbesar menggunakan layanan pengadaan barang/jasa secara elektronik tahun 2010.

Sejak ditetapkan penggunaan sistem LPSE untuk pengadaan barang dan jasa, telah terjadi peningkatan efisiensi yang cukup bermakna. Efisiensi pengadaan barang dan jasa melalui LPSE pada tahun 2010 mencapai nilai Rp.191.194.895.478,- meningkat di tahun 2011 senilai Rp.398.295.472.085,-

### c. Penataan (*Right Sizing*) PNS di Kementerian Kesehatan.

Pemerintah secara resmi telah menetapkan penundaan sementara penerimaan Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang lebih dikenal dengan moratorium, selama 16 bulan yang dimulai pada tanggal 1 September 2011 - 31 Desember 2012. Penetapan ini ditandai dengan penandatanganan peraturan bersama oleh tiga menteri yaitu Menteri Dalam Negeri, Menteri Keuangan dan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi pada tanggal 24 Agustus 2011. Moratorium CPNS dikecualikan bagi tiga jenis profesi yaitu tenaga pendidik (dosen) pada politeknik kesehatan; tenaga dokter dan perawat pada rumah sakit; dan tenaga yang bersifat khusus dan mendesak.

Dalam masa penundaan sementara penerimaan Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS), Kementerian Kesehatan sedang melakukan penataan jumlah dan kebutuhan PNS selama 5 tahun mendatang (*right sizing*) pada seluruh satuan kerja. Pelaksanaan penataan ulang PNS selanjutnya akan mengarah pada redistribusi pegawai sesuai dengan kompetensi.

### d. Tata Kelola Kepemerintahan yang Baik (*Good Governance*)

Salah satu wujud reformasi birokrasi yang telah dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan adalah diterapkannya prinsip tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*), terutama untuk menerapkan *zero tolerance* terhadap berbagai bentuk praktik Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (KKN).

Opini BPK terhadap Laporan Keuangan Kementerian Kesehatan sejak tahun 2009 dan 2010 berturut-turut adalah *disclaimer*, hal ini mendorong para pengambil keputusan dan jajaran Kementerian Kesehatan untuk memperbaiki pengelolaan administrasi keuangan guna meraih penilaian Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) 2012 untuk laporan keuangan tahun 2011. Komitmen Kementerian Kesehatan untuk meraih WTP 2012 ditandai dengan penandatanganan piagam Komitmen Meraih Opini Laporan Keuangan WTP oleh seluruh pejabat struktural dan pengelola keuangan di lingkungan Kementerian Kesehatan. Dalam pelaksanaan meraih WTP 2012 telah disusun 14 strategi dan 63 langkah. Pengawasan dan monitoring atas pelaksanaan ini dilakukan oleh Satgas WTP di tingkat Kementerian Kesehatan.



Penandatanganan Komitmen Raih WTP oleh para pejabat Eselon I Kementerian Kesehatan disaksikan oleh Menteri Kesehatan dan Anggota 6 BPK.

Dalam menerapkan *zero tolerance* terhadap berbagai bentuk praktik KKN, Kementerian Kesehatan telah membentuk Unit Pengendalian Gratifikasi yang menciptakan lingkungan yang terkendali, meningkatkan pemahaman mengenai gratifikasi, memantau pelaporan gratifikasi untuk memudahkan dan meminimalisasi kendala psikologis, serta sebagai alat manajemen penilaian kinerja seseorang.

#### **e. Penguatan Perangkat Perundang-undangan**

Pada tahun 2009 telah diterbitkan tiga Undang-Undang terkait kesehatan, yaitu UU No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dan UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Ketiga Undang-Undang tersebut mengamankan penyusunan sejumlah peraturan pendukungnya, antara lain Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Peraturan Menteri Kesehatan, hingga Peraturan Daerah.

- **Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika**

Undang-undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika mengamankan Kementerian Kesehatan untuk menyusun 9 Peraturan Pemerintah (PP), 2 Peraturan Presiden (Perpres), dan 11 Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes). Dari 9 buah PP yang diamanahkan telah ditetapkan PP Nomor 44 Tahun 2010 tentang Prekursor, dan PP No 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Laporan Pecandu Narkotika. Sementara 7 RPP lainnya disatukan materinya menjadi satu RPP yang berjudul Pelaksanaan UU No 35 Tahun 2009 tentang Narkotika. Dari 11 Permenkes yang diamanahkan



telah ditetapkan Permenkes Nomor 2415/Menkes/Per/XII/2011 tentang Rehabilitasi Medis Pecandu, Penyalahgunaan dan Korban Penyalahgunaan Narkotika. Kemajuan prosesnya dapat dilihat di bawah ini.

JENIS PERUNDANGAN	DIAMANATKAN	SELESAI HINGGA 2011	DALAM PROSES	KETERANGAN
PERATURAN PEMERINTAH	9	2	7	7 PP dijadikan satu
PERATURAN PRESIDEN	2	0	2	
PERATURAN MENTERI KESEHATAN	11	1	10	

- **Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan**

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, mengamanatkan untuk menyusun 1 Undang-Undang (UU), 24 Peraturan Pemerintah (PP), 2 Peraturan Presiden (Perpres), dan 20 Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes). Pemerintah telah menyusun RUU tentang Tenaga Kesehatan, dan pada tahun 2011 telah memasuki proses harmonisasi.

JENIS PERUNDANGAN	DIAMANATKAN	SELESAI HINGGA 2011	DALAM PROSES
UNDANG-UNDANG	1	0	1
PERATURAN PEMERINTAH	24	3	21
PERATURAN PRESIDEN	2	0	2
PERATURAN MENTERI KESEHATAN	20	17	3

Dari 24 PP yang diamanahkan telah ditetapkan tiga PP, yaitu PP Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah, PP Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian, PP Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan yang masih cukup relevan, sementara dua Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) telah selesai tahap harmonisasi yaitu RPP tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif dalam proses penandatanganan oleh 5 Menteri untuk ditetapkan menjadi PP dan RPP tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan. RPP ini masih dalam proses pembahasan. Keputusan Mahkamah Konstitusi menyatakan bahwa peringatan kesehatan harus berupa tulisan dan gambar, sehingga keputusan ini memperkuat keberadaan RPP tersebut. Pada tahun 2011, Kementerian Kesehatan masih melakukan pembahasan internal untuk Rancangan Peraturan Presiden yaitu Peraturan Presiden tentang Sistem Kesehatan Nasional dan Peraturan Presiden tentang Badan Pertimbangan Kesehatan. Untuk 20 Permenkes yang diamanahkan, 17 di antaranya sudah ditetapkan menjadi Permenkes, sedangkan Permenkes tentang Hak Penggunaan Pelayanan Kesehatan, Permenkes tentang Penentuan Kematian, dan Permenkes Pembinaan dan Pengawasan masih dalam pembahasan.

- **Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit**

Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, mengamanatkan untuk menyusun 5 Peraturan Pemerintah (PP), 1 Peraturan Presiden (Perpres), 15 Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes), dan 1 Peraturan Daerah untuk setiap daerah. Dari 5 PP amanah UU, saat ini Kementerian Kesehatan telah menyusun RPP tentang Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS). Sedangkan

RPP lainnya masih dalam pembahasan di internal Kementerian Kesehatan termasuk RPP tentang Tenaga Kesehatan Asing. Namun pengaturan mengenai Tenaga Kesehatan Asing, dalam tatanan Peraturan Menteri telah ditetapkan Permenkes Nomor 317/Menkes/III/2010 tentang Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing di Indonesia. Dalam penyusunan Permenkes tentang rumah sakit, 10 di antaranya sudah ditetapkan menjadi Permenkes.

JENIS PERUNDANGAN	DIAMANATKAN	SELESAI HINGGA 2011	DALAM PROSES
PERATURAN PEMERINTAH	5	0	5
PERATURAN PRESIDEN	1	0	0
PERATURAN MENTERI KESEHATAN	15	10	5
PERATURAN DAERAH	1	0	1

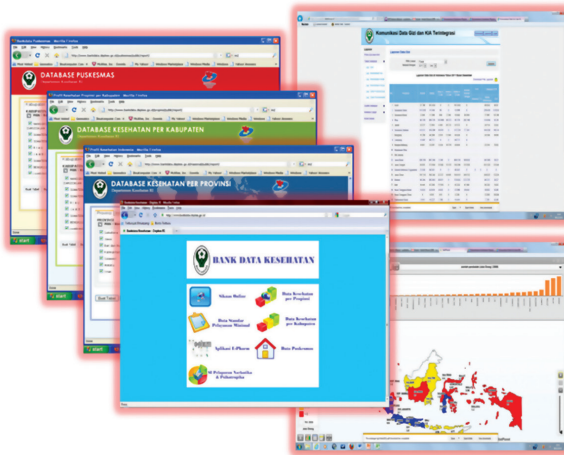
#### **f. Sistem Informasi Kesehatan Nasional**

Dalam penyusunan kebijakan dan penilaian penyelenggaraan upaya kesehatan yang efektif dan efisien, diperlukan data dan informasi yang disediakan melalui penyelenggaraan sistem informasi kesehatan. Kementerian Kesehatan mengembangkan berbagai terobosan untuk menyediakan data dan informasi sebagai dasar dalam pengambilan keputusan maupun kebijakan.

Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS) diarahkan untuk mengakomodasi kebutuhan data dan informasi di semua tingkat administrasi kesehatan agar mampu diintegrasikan ke dalam satu sistem. Dengan demikian duplikasi data atau informasi

maupun duplikasi kegiatan pengumpulan dan pengolahan data baik di Puskesmas, rumah sakit, dan dinas kesehatan kabupaten/kota tidak terjadi. Pada tahun 2011, Kementerian Kesehatan telah mengembangkan Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) kabupaten/kota yang bersifat umum.

Dalam rangka mengoptimalkan aliran data dan informasi dari unit pelayanan kesehatan ke kabupaten/kota dan provinsi serta ke Kementerian Kesehatan, sejak tahun 2009 Kementerian Kesehatan terus melakukan perbaikan penyelenggaraan SIKNAS yang dilakukan secara *online*. Penyelenggaraan SIKNAS *Online* dilakukan dengan menyediakan infrastruktur komunikasi data dan informasi di seluruh dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota serta UPT Kementerian Kesehatan. Melalui penyelenggaraan komunikasi data dan informasi dengan SIKNAS *Online* ini, maka konsolidasi data ke dalam *national health data and information repository* menjadi lebih mudah dan cepat.



Tampilan Bank Data Kesehatan yang dapat diakses baik oleh internal maupun eksternal Kementerian Kesehatan melalui internet.

Saat ini Kementerian Kesehatan, telah mengembangkan berbagai sistem elektronik baik untuk mendukung proses pelayanan kesehatan maupun administrasi kesehatan, di antaranya: *E-Pharm*, sistem registrasi kefarmasian dan alat kesehatan, Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS), Sistem Informasi Manajemen RS (SIMRS), *website* Kementerian Kesehatan, sistem registrasi dokter/dokter gigi *online* dan Sistem Informasi Laporan Keuangan (SILK).

## 14. HUBUNGAN LUAR NEGERI BIDANG KESEHATAN

Berpedoman pada Undang-undang Nomor 37 Tahun 1999 tentang Hubungan Luar Negeri dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2000 tentang Perjanjian Internasional, serta peraturan perundang-undangan bidang kesehatan lainnya, Kementerian Kesehatan telah mengembangkan diplomasi kesehatan dalam rangka kerja sama bilateral, regional, dan multilateral.



Keketuaan ASEAN tahun 2011 dimanfaatkan Kementerian Kesehatan untuk berperan aktif dalam menerapkan kesepakatan ASEAN di bidang kesehatan dalam mencapai Komunitas Sosial Budaya ASEAN 2015. Penyelenggaraan *The Official Launch of the ASEAN Dengue Day* pada 15 Juni 2011 yang waktunya bersamaan dengan dilaksanakannya *International Conference on Dengue* di Jakarta mendapatkan apresiasi internasional. Sesuai dengan tema konferensi *"Dengue Is Everybody's Concern, Causing Socio-economic Burden, but It's Preventable"* telah membuka mata dunia bahwa demam berdarah adalah masalah bersama yang dapat diatasi. Melalui *event* tersebut, Indonesia berhasil mendeklarasikan *"Jakarta Call for Action on Combating Dengue"*.



Konferensi Pers pada ASEAN Dengue Day,  
The Official Launch of the ASEAN Dengue Day, Jakarta, 15 Juni 2011.

Pemanfaatan obat tradisional dikenal di seluruh negara ASEAN, namun informasi tentang kemanjuran obat tradisional masih berdasarkan pengalaman empiris belum didukung bukti ilmiah. Tema konferensi *The 3<sup>rd</sup> Conference on Traditional Medicine in ASEAN Countries - "Utilization of Evidence Based Traditional Medicine in Health Care"* yang diselenggarakan di Surakarta, Jawa Tengah, Oktober 2011 menjadi titik tolak bagi negara ASEAN untuk mewujudkan rencana pengintegrasian obat tradisional ke dalam sistem kesehatan.

Untuk meningkatkan upaya pengendalian HIV-AIDS, telah diselenggarakan *"International Symposium on Getting to Zero New HIV Infections, Zero Discrimination and Zero AIDS-Related Deaths in ASEAN"*. Simposium ini diselenggarakan dalam rangkaian pertemuan *The 19<sup>th</sup> ASEAN Task Force on AIDS* di Bandung, Jawa Barat, 21-24 November 2011. Pada kesempatan ini dicanangkan Kampanye AIDS dengan tema "Aku Bangga Aku Tahu" untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai HIV-AIDS.

Pada tahun 2011 diplomasi kesehatan Indonesia di forum WHO telah mencatat sejarah yang mengubah tatanan kesehatan global dengan disepakatinya resolusi "*The Framework for Pandemic Influenza Preparedness (PIP): Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines and Other Benefits*" pada Sidang ke-64 *World Health Assembly (WHA)* di Jenewa, Mei 2011. Indonesia adalah inisiator perundingan yang konsisten sejak tahun 2007, dalam perjuangan mengubah mekanisme *virus sharing* yang diterapkan WHO selama lebih dari 60 tahun. Disetujuinya penerapan *Standard Material Transfer Agreement* pada *virus sharing*, menciptakan mekanisme perlindungan pada *global public health* yang adil, transparan, setara, dan menguntungkan semua pihak. Indonesia telah terpilih menjadi *Vice Chair Advisory Group* (Wakil Ketua Komite) pada pertemuan *PIP Framework Advisory Group* di Jenewa, November 2011. *Advisory Group* bertugas memberikan pandangan dan rekomendasi PIP kepada WHO.

Indonesia berhasil mengusulkan Resolusi *Improvement of Health Through Safe and Environmentally Sound Waste Management* yang didukung oleh 37 negara. Resolusi menekankan bahwa limbah berbahaya dan limbah yang tidak ramah lingkungan memberikan dampak negatif pada kesehatan manusia dan makhluk hidup lainnya. Resolusi ini juga menyambut baik *Bali Declaration on Waste Management for Human Health and Livelihood* yang disepakati pada sidang *COP 9 Base Convention* di Bali tahun 2008. Resolusi mendesak negara anggota WHO untuk melakukan langkah-langkah pengelolaan limbah yang aman bagi kesehatan dan ramah lingkungan, bekerjasama dengan badan dunia terkait. WHO diminta untuk mengembangkan strategi kesehatan dan memberikan bantuan teknis kepada negara berkembang dalam manajemen limbah yang aman dan ramah lingkungan.



Pada tahun 2011, Kementerian Kesehatan menjadi peserta *Asia-Pacific Economic Cooperation (APEC) Health Working Group (HWG)* dan *Life Science Innovative Forum (LSIF)*. Keterlibatan Kementerian Kesehatan adalah memberi dukungan pada *concept note* anggota APEC, memberi masukan terhadap draft NCD (*Non Communicable Disease*), dan *sharing experience* terhadap *policy dialog on aging*.



Ban Ki-Moon, Sekretaris Jenderal PBB dan Menteri Kesehatan RI, mengunjungi Puskesmas IV, Denpasar, Bali. Peninjauan ini merupakan rangkaian kunjungan Ban Ki-Moon ke Indonesia, untuk menghadiri KTT Asean di Bali, 18 November 2011.

Di sela-sela sidang KTT ASEAN November 2011 di Bali, Menteri Kesehatan berkesempatan melakukan pertemuan bilateral dengan Sekretaris Jenderal PBB, Ban Ki Moon yang menyampaikan apresiasi kepada Presiden Susilo Bambang Yudhoyono atas pelayanan Puskesmas yang dinilai cukup berhasil. Ban Ki Moon juga menyempatkan berkunjung ke Puskesmas Menteng di Palangkaraya, Kalimantan Tengah dan Puskesmas IV Denpasar Selatan, Denpasar, Bali. Dalam kunjungan Ban Ki Moon ini, Menteri Kesehatan menyampaikan bahwa berbagai upaya layanan kesehatan dasar telah dilaksanakan di Puskesmas, termasuk peningkatan status gizi masyarakat yang melibatkan lintas sektor dan swasta.

Kepercayaan organisasi Internasional kepada Indonesia meningkat dengan ditunjuknya Indonesia sebagai tuan rumah penyelenggaraan pertemuan WHO-SEARO yaitu *The 65<sup>th</sup> Regional Committee (RC)* yang didahului dengan pertemuan setingkat Menteri Kesehatan yaitu *The 30<sup>th</sup> Session of High Minister Meeting (HMM)* 2012.

Selain konferensi tersebut, Kementerian Kesehatan juga diberi kepercayaan untuk menjadi tuan rumah penyelenggaraan Konferensi Organisasi Kerjasama Negara Islam (OKI) ke-4 yang telah ditetapkan pada pertemuan tingkat Menteri Kesehatan OKI (*Third OIC Conference of the Minister of Health*) di Astana, Kazakhstan pada bulan September 2011.

Dalam konteks kerja sama internasional, sepanjang tahun 2011 Kementerian Kesehatan telah menandatangani Nota Kesepahaman kerja sama bidang kesehatan dengan *Islamic Development Bank (IDB)* tentang pendirian *Indonesian Cardiac Center* di Gaza, Palestina; *Joint Statement* ke-2 dengan Malaysia;

*Subsidiary Arrangement (SA) Program AIPPMH (Australia/Indonesia Partnership on Maternal Neonatal Health)* tentang kesehatan ibu dan anak; *Record of Discussion (ROD)* RI-JICA tentang Prima Kesehatan; dan *Record of Discussion (ROD)* RI-Qatar tentang kesepakatan pembahasan pengaturan pengiriman tenaga kesehatan.

## 15. PENANGGULANGAN BENCANA DAN KRISIS KESEHATAN

Dalam rangka menurunkan risiko kesehatan pada setiap kejadian yang menimbulkan atau berdampak pada krisis kesehatan, sejak tahun 2010-2011 telah dilakukan upaya peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam manajemen dan teknis penanggulangan krisis kesehatan di 150 kabupaten/kota. Selain itu telah didistribusikan sebanyak 300 unit *emergency kit*, 750 unit *personal kit*, dan sebanyak 150 unit peralatan pengolah data ke seluruh kabupaten/kota tersebut.

Pada tahun 2011 Kementerian Kesehatan telah memberikan dukungan tenaga, logistik, dan dana operasional untuk mengatasi krisis kesehatan sebanyak 20 kejadian baik di dalam maupun di luar negeri.

Dalam penanganan peristiwa ledakan bom di Cirebon yang terjadi pada tanggal 15 April 2011 dan ledakan bom di Surakarta yang terjadi pada tanggal 29 September 2011, Kementerian Kesehatan telah mengkoordinasikan dan mendukung penanganan korban ledakan di rumah sakit.

Selain itu Kementerian Kesehatan juga telah memberikan pelayanan kesehatan kepada 3.800 WNI *overstay* pada saat pemulangan dengan kapal laut dari Arab Saudi ke Indonesia, dengan menugaskan 20 tenaga kesehatan dalam dua kali perjalanan selama kurang lebih 14 hari. Sementara itu, dalam penanganan kesehatan pemulangan WNI ke Tanah Air akibat krisis Mesir, Kementerian Kesehatan menyediakan tenaga kesehatan, ambulans, dan rumah sakit rujukan.



Menteri Kesehatan mengunjungi korban ledakan bom di Surakarta.

Salah satu bentuk kepedulian Indonesia pada masalah krisis kesehatan global ditunjukkan dengan mengirim Tim Kesehatan selama dua minggu untuk membantu masyarakat Pakistan, khususnya yang tinggal di Lahore, ibukota Provinsi Punjab dalam rangka menanggulangi Kejadian Luar Biasa (KLB) demam berdarah *dengue* pada bulan Oktober-November 2011. Kementerian Kesehatan telah mengirimkan obat dan tim kesehatan yang berjumlah 20 orang untuk membantu pemerintah Pakistan. Tim Kesehatan terdiri dari ahli epidemiologi, spesialis penyakit dalam, spesialis anak, dokter umum, perawat mahir, ahli entomologi, dan apoteker.



Menteri Kesehatan mengarahkan petugas kesehatan untuk membawa bayi sakit ke ambulans pada saat penanganan kepulangan WNI akibat krisis Mesir.

## 16. PELAYANAN KESEHATAN HAJI

Kementerian Kesehatan terus berupaya meningkatkan kondisi kesehatan jemaah haji sebelum keberangkatan ke Tanah Suci; menjaga agar jemaah haji dalam kondisi sehat selama menunaikan ibadah haji sampai tiba kembali di Tanah Air; dan mencegah terjadinya penularan penyakit menular.

Jumlah jemaah haji reguler tahun 2011 adalah 202.343 orang. Dari jumlah tersebut terdapat 102.346 (50,6%) jemaah haji risiko tinggi (Risti). Untuk memastikan kesehatan jemaah haji sebelum berangkat, Kementerian Kesehatan telah melaksanakan pemeriksaan dan pembinaan kesehatan haji di kabupaten/kota. Cakupan pelaksanaan pemeriksaan dan pembinaan kesehatan haji di kabupaten/kota meningkat dari 30% pada tahun 2010 menjadi 50% pada tahun 2011. Pemeriksaan sebelum keberangkatan dimulai di Puskesmas, jika ada yang menderita penyakit tertentu dirujuk ke rumah sakit. Selanjutnya sebelum keberangkatan, dilakukan pemeriksaan kesehatan di embarkasi.

Untuk pelayanan kesehatan haji di Tanah Suci tahun 2011, Kementerian Kesehatan mengirim tenaga kesehatan sebanyak 1.803 orang, terdiri dari dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, apoteker, asisten apoteker, tenaga elektro medik, tenaga rekam medik, penata rontgen, ahli gizi, tenaga sanitasi, tenaga surveilans epidemiologi, dan tenaga non-medis. Kementerian Kesehatan juga merekrut 108 orang Tenaga Musim (Temus), yaitu warga negara Indonesia yang bermukim di Arab Saudi dan mahasiswa Indonesia yang belajar di Arab Saudi atau di negara sekitarnya untuk membantu pelayanan logistik, administrasi dan transportasi.





Pelayanan Kesehatan Haji Indonesia di Arafah.

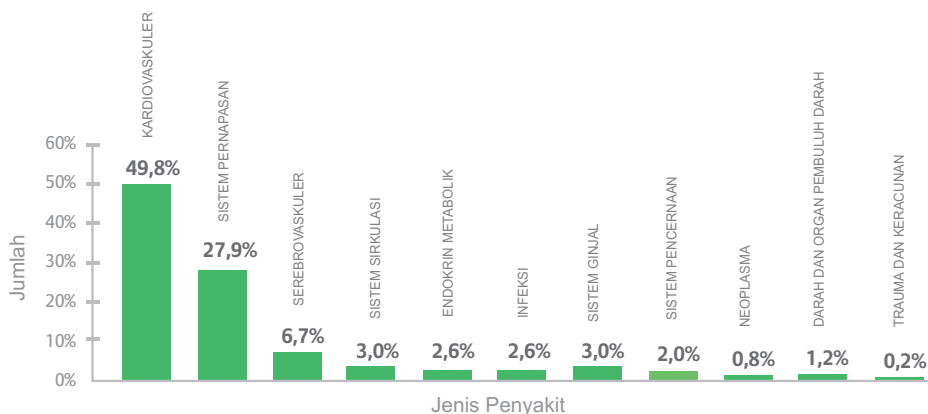
Untuk meningkatkan akses jemaah haji Indonesia pada pelayanan kesehatan di Arab Saudi, tahun 2011 Kementerian Kesehatan mengadakan 9 ambulans sehingga total ambulans berjumlah 44 buah; 2 buah mobil bus *mini coaster*. Satu bus *mini coaster* dapat mengangkut 25-30 jemaah pada kegiatan Safari Wukuf. Untuk pelayanan kesehatan jemaah haji tahun 2011, disediakan 40 macam jenis obat dengan berat total 1.200 kg. Selain itu, Balai Pengobatan Haji Indonesia (BPHI) ditingkatkan jumlah tempat tidurnya dari 40 tempat tidur di tahun 2010 menjadi 70 tempat tidur tahun 2011.

Hasil evaluasi sampai dengan tanggal 11 Desember 2011, menunjukkan jumlah kunjungan rawat jalan adalah 3.137



kunjungan dan rawat inap 173 kunjungan di sektor Mekkah dan Madinah. Kunjungan rawat jalan di BPHI sebanyak 701 kunjungan dan jemaah haji yang rawat inap di BPHI Mekkah, Madinah, dan Jeddah adalah 2.183 orang.

Jemaah haji yang wafat di Arab Saudi terutama disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler, yaitu sebanyak 246 (49,8%).



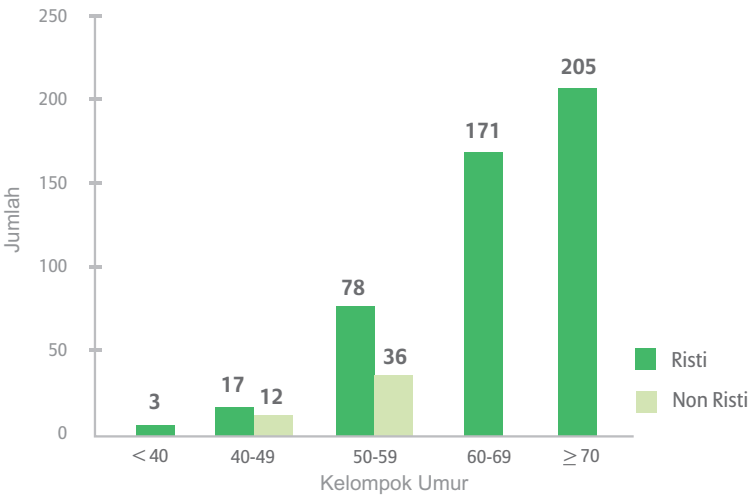
**Diagram 15**

Jemaah Haji yang Wafat di Arab Saudi Berdasarkan Jenis Penyakit dan Penyebab Wafat Sampai Hari ke-71 (11 Desember 2011).

Penyakit lainnya yang menyebabkan kematian adalah penyakit sistem pernafasan, serebrovaskuler, sistem sirkulasi, sistem ginjal, infeksi, dan endokrin metabolik.

Total jemaah haji yang wafat di Arab Saudi dan saat embarkasi/debarkasi di Indonesia adalah 522 orang. Jemaah haji yang wafat

berumur 60 tahun ke atas berjumlah 376 jemaah (72%) dan jemaah haji yang wafat berumur antara 40-59 tahun adalah 143 orang (27,4%). Jemaah haji yang wafat dengan status kesehatan Risti berjumlah 471 orang (90,2%) dari total kematian.



**Diagram 16**  
Distribusi Jamaah Haji yang Wafat Berdasarkan Kelompok Umur  
s.d. Hari ke 71 (11 Desember 2011).

## 17. PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk lebih mengembangkan program penelitian dan pengembangan kesehatan. Dari tahun ke tahun, telah terjadi peningkatan kualitas dan pemanfaatan program penelitian, sehingga dapat memberikan kontribusi mendasar, strategis dan jangka panjang bagi keberhasilan pembangunan kesehatan. Penelitian yang difokuskan untuk mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan pada tahun 2010-2011 antara lain adalah Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes), saintifikasi jamu, penelitian biomolekular, dan penelitian kemandirian bahan baku obat. Selain pelaksanaan penelitian, juga didirikan Pusat Informasi dan Dokumentasi Dunia Vektor dan Reservoir (Duver).

- **Riset Fasilitas Kesehatan Tahun 2011**

Riset Fasilitas Kesehatan merupakan salah satu riset kesehatan berskala nasional yang dimaksudkan untuk melakukan pengukuran dan pengamatan data primer serta penelusuran data sekunder mengenai penyediaan fasilitas kesehatan dan kinerjanya. Riset dilakukan di seluruh Rumah Sakit Pemerintah sejumlah 684 Rumah Sakit, Puskesmas sejumlah 9.148 dan laboratorium klinik mandiri pemerintah dan swasta sebanyak 888 laboratorium.

Riset ini bertujuan untuk memperoleh informasi terkini tentang *supply* pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat wilayah dan nasional (*stock opname*). Rifaskes juga diharapkan dapat memberikan pemetaan ketersediaan bahan dan alat di fasilitas pelayanan kesehatan di 33 provinsi seluruh kabupaten/kota.

Manfaat Rifaskes antara lain mendukung pencapaian *Universal Coverage* jaminan kesehatan dengan menyediakan data fasilitas kesehatan, dan memberikan masukan untuk penyusunan kebijakan kesehatan.

- **Saintifikasi Jamu**

Pada tahun 2011, kegiatan yang dilakukan dalam mendukung saintifikasi jamu adalah:

1. Penelitian studi pra klinik *anti-myalgia*, *anti-hemoroid*, *anti-kanker*, *aphrodisiaka*, dan *hepatoprotektor*. Dari penelitian ini akan diperoleh apakah jamu tersebut dapat menimbulkan efek toksik pada hewan uji, sehingga dapat dipakai acuan untuk menentukan dosis jamu dengan uji klinik.
2. Penelitian studi observasi klinik *anti-obesitas*, *anti-osteoarthritis*, *anti-hemorroid*, *anti-dispepsia* dan penambah volume ASI. Dengan studi tersebut akan diperoleh formula jamu yang terbukti aman dan berkhasiat sehingga bisa dimanfaatkan oleh masyarakat.
3. Pengembangan mutu dan jumlah sarana dan prasarana yang ada di Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional (B2P2TOOT) Tawangmangu dengan membangun laboratorium terpadu 3 lantai, kebun penelitian, etalase tanaman obat, dan kebun produksi seluas 15,85 Ha.



Tenaga laboratorium sedang melakukan penelitian klinik formula jamu di Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional, Tawangmangu.

4. Klinik Saintifikasi Jamu *Hortus Medicus*. Sejak dicanangkan pada tahun 2010, klinik saintifikasi jamu berkembang sangat pesat dengan jumlah pasien yang meningkat signifikan. Pada tahun 2010 tercatat 5.994 pasien, dan tahun 2011 berjumlah 16.379 pasien.
5. Usaha pemanfaatan tanaman obat terus ditingkatkan, di antaranya dengan melakukan uji klinis empat formula jamu untuk obat hipertensi, hiperkolesterolemia, hiperurisemia, dan hiperglikemia. Hasil sementara menunjukkan empat formula ini cukup baik untuk mengobati empat jenis penyakit degeneratif.

6. Diklat dokter saintifikasi jamu untuk menghasilkan dokter dengan kompetensi di bidang penelitian dan pelayanan jamu. Pada tahun 2010 sebanyak 63 dokter serta tahun 2011 sebanyak 60 dokter telah mengikuti diklat saintifikasi jamu.
7. Klinik jamu medik di 12 Rumah Sakit Pendidikan yaitu di RSUD Sanglah-Bali, RS Kanker Dharmas-Jakarta, RS Persahabatan-Jakarta, RS Dr. Soetomo-Surabaya, RS Wahidin-Makassar, RS Angkatan Laut Minto Hardjo-Jakarta, RS Pirngadi-Medan, RS Syaiful Anwar-Malang, RS Dr. Suharso-Solo, RS Dr. Sardjito-Yogyakarta, RS Suraji-Klaten, dan RS Kandau-Manado.

- **Penelitian Biomolekular**

Hasil yang telah diperoleh dari penelitian biomolekular adalah pemetaan dan karakterisasi molekuler virus influenza termasuk virus avian influenza H5N1, pemetaan dan karakterisasi molekuler virus HIV dan AIDS di 8 provinsi, pemetaan dan karakterisasi molekuler virus dengue, pemetaan dan karakterisasi molekuler bakteri *M. tuberculosis*, pemetaan kasus diare yang disebabkan rotavirus, dan pengembangan primer diagnostik molekuler tuberkulosis metode *Loop-mediated isothermal amplification* (LAMP).

Data pemetaan dan karakteristik molekuler dapat dikembangkan lebih lanjut untuk pengembangan vaksin dan diagnostik kit yang sesuai dengan karakter agen penyakit yang ada di Indonesia, dan resistensi genetik suatu penyakit terhadap obat tertentu.

- **Kemandirian Bahan Baku Obat**

- a. Artemisinin Sebagai Senyawa Anti Malaria

*Artemisia annua* mengandung artemisinin yang berkhasiat sebagai anti-malaria. Telah dilakukan pengembangan teknologi dan perkebunan *Artemisia annua* seluas 2 Ha dengan melibatkan lintas sektor terkait. Luaran dari kegiatan ini adalah tercapainya kemandirian penyediaan bahan baku obat *artemisinin*.



Tanaman *Artemisia annua* bahan baku obat Malaria.

- b. Pemanis Rendah Kalori dari Stevia Rebaudiana

*Stevia rebaudiana* mengandung zat pemanis rendah kalori. Kementerian Kesehatan telah melakukan dan mengembangkan *database* karakterisasi morfologi dan genetik *Stevia rebaudiana*, sehingga tersedianya bibit terstandar.

- **Dunia Vektor dan Reservoir (Duver) dan Atlas Vektor**

Pada tanggal 14 September 2011 telah diresmikan Pusat Informasi dan Dokumentasi Dunia Vektor dan Reservoir (Duver) di Salatiga. Pusat informasi ini didedikasikan dalam upaya penelitian penanggulangan dan pengendalian penyakit tular vektor dan reservoir penyakit. Dalam kesempatan peresmian Duver, telah diterbitkan pula “Atlas Vektor Penyakit di Indonesia”.



Penyerahan Atlas Vektor dari Kepala Badan Litbangkes kepada Menteri Kesehatan.



## 18. PARTISIPASI KEMENTERIAN KESEHATAN PADA KEGIATAN NASIONAL DAN INTERNASIONAL

Guna mewujudkan akselerasi pembangunan kesehatan khususnya di kawasan kepulauan dan daerah terpencil, Kementerian Kesehatan telah memanfaatkan kegiatan nasional dan internasional untuk memberikan pelayanan kesehatan bersama lintas sektor terkait. Kegiatan pelayanan kesehatan ini dilaksanakan melalui bakti sosial dalam *event Sail Belitung* dan *Sail Wakatobi* yang bekerjasama dengan program Surya Bhaskara Jaya-TNI, serta kegiatan bakti sosial TNI Manunggal Masuk Desa (TMMD). Selain kegiatan bakti sosial, Kementerian Kesehatan memberikan dukungan dalam bidang kesehatan untuk kegiatan Pertinas Saka Bhakti Husada, SEA Games dan ASEAN Paragames.

### a. Sail Wakatobi-Belitung

*Sail Wakatobi-Belitung* adalah kegiatan kelautan internasional yang diikuti oleh para pecinta maritim dari seluruh dunia. Pelaksanaan *Sail Wakatobi-Belitung* dilaksanakan di dua lokasi wisata, yaitu perairan Wakatobi, Provinsi Sulawesi Tenggara dan perairan Belitung, Provinsi Bangka Belitung. Partisipasi Kementerian Kesehatan dalam acara ini berupa pelayanan kesehatan kegawatdaruratan dan pelayanan kesehatan rujukan, serta kegiatan bakti sosial. Dalam kegiatan ini Kementerian Kesehatan telah memberi dukungan berupa satu unit ambulans, satu unit Puskesmas Keliling Perairan, dan 8 Posko Kesehatan yang dilengkapi dengan peralatan kesehatan, obat-obatan, dan tenaga kesehatan spesialis selama kegiatan ini berlangsung.



*Medical Centre Pos Kesehatan, Sail Wakatobi Belitong.*

#### **b. Perkemahan Tingkat Nasional Saka Bhakti Husada (Pertinas SBH)**

Pertinas SBH merupakan kegiatan Pramuka Penegak dan Pandega anggota satuan Karya Pramuka Saka Bhakti Husada se-Indonesia. Pertinas SBH ke IV tahun 2011 dilaksanakan tanggal 25 September-2 Oktober 2011 di Bumi Perkemahan Bongohulawa, Provinsi Gorontalo. Kegiatan ini dibuka oleh Menteri Kesehatan, dengan tema “Pramuka Penegak dan Pramuka Pandega Siap Menjadi Kader Pembangunan yang Sehat, Bersahabat, Cerdas dan Berkualitas”, diikuti oleh 1.500 peserta dari seluruh Indonesia.

Selama Pertinas SBH ini, Kementerian Kesehatan melakukan kegiatan penanaman tanaman obat keluarga, lomba masak menu

seimbang, pembuatan ring sumur gali dan jamban, penyuluhan bahaya narkoba, psikotropika dan zat adiktif (Napza), TB, dan HIV-AIDS, dan simulasi penanggulangan bencana, serta pentas seni kontingen daerah.



Simulasi penanggulangan siaga bencana peserta Pertinas SBH.

### c. SEA Games

SEA Games adalah kegiatan olahraga berskala internasional yang dilaksanakan setiap dua tahun sekali bergiliran di antara negara anggotanya. Penyelenggaraan SEA Games ke-26 tahun 2011 dilaksanakan di Jakarta dan Palembang tanggal 11–25 November 2011.

Dalam kegiatan internasional ini, Kementerian Kesehatan memberikan dukungan dalam bentuk evakuasi cepat bagi atlet di *venue* yang lokasinya jauh dari keramaian. Seperti *venue* cabang

olahraga Paralayang di Puncak, Jawa Barat; lintas alam di Sentul; olahraga berkuda di Cinere; serta *open water swimming* di Pulau Putri, Kepulauan Seribu.

Pelayanan kesehatan dipersiapkan mulai dari bandara, hotel/ wisma, *venues*, dan *medical centre* yang berada di provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, dan Sumatera Selatan.

Adapun pelayanan kesehatan yang dilakukan adalah:

1. Kegiatan pelayanan di lapangan dengan mempersiapkan 1.127 petugas medis dan non- medis, dan telah melayani 2.627 pasien.
2. Pelayanan di 2 *medical centre* yaitu di *Sport Science Center* Jakabaring dan *Sport and Convention Center* Kampus Palembang.
3. Pelayanan rujukan bagi 29 pasien yang dirujuk ke RS Muhammad Hoesin dan RS Charitas.
4. Kontrol *doping* dan verifikasi wanita. Telah dilakukan pengambilan sampel urine sebanyak 411 sampel.
5. Pengawasan makanan dan minuman. Dipersiapkan 25 petugas pengawas higiene dan sanitasi untuk mengawasi 29 katering.
6. Kegiatan pengawasan sanitasi lingkungan.
7. Kegiatan surveilans.

Kementerian Kesehatan juga memberikan dukungan ambulans untuk Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan sebanyak 5 unit dan RS Muhammad Hoesin sebanyak 2 unit termasuk obat-obatan.

#### **d. ASEAN Paragames**

Dalam rangka mendukung kegiatan ASEAN Paragames di Surakarta tanggal 12-22 Desember 2011, Kementerian Kesehatan menyiapkan tim medis berjumlah 25 tim, terdiri dari petugas medis dan paramedis *sport injury*. Ambulans siap siaga di 11 *venues* selama 17 hari. Selain itu, Kementerian Kesehatan membangun *medical center/mini hospital* di penginapan para atlet di Asrama Haji Donohudan yang dilengkapi dengan laboratorium mini.

Rumah Sakit Orthopedi Dr. Soeharso dan RSUD Dr. Moewardi menyiapkan instalasi gawat darurat (IGD) dan ruang rawat inap bagi atlet dan ofisial. Rumah Sakit Orthopedi akan menangani kasus rujukan yang berhubungan dengan trauma dan *sport injury*, sedangkan kasus di luar itu akan dirujuk ke RSUD Dr. Moewardi.

#### **e. TNI Manunggal Masuk Desa (TMMD)**

TNI Manunggal Masuk Desa (TMMD) adalah Operasi Bhakti TNI terpadu lintas sektor bekerjasama dengan kementerian/lembaga pemerintah dan pemerintah daerah bersama masyarakat guna mengakselerasi pembangunan di daerah perdesaan, khususnya daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan, serta daerah lain yang terkena bencana. Kementerian Kesehatan bermitra dengan TNI dalam kegiatan TMMD sejak tahun 1980. Empat prioritas utama kegiatan ini adalah peningkatan kesehatan ibu, bayi dan balita, peningkatan status gizi masyarakat, pengendalian penyakit menular serta tidak menular dan penyehatan lingkungan, serta pemberdayaan masyarakat.

Bakti sosial kesehatan meliputi operasi katarak gratis untuk 100 warga miskin, khitanan masal 200 anak, pemeriksaan kesehatan di 61 kabupaten, dan operasi bibir sumbing di Balikpapan. Dalam kesempatan kegiatan tersebut, Kementerian Kesehatan memberikan bantuan rumah sakit bergerak untuk TNI; ambulans, obat-obatan untuk Provinsi Kalimantan Barat; Puskesmas Keliling Air dan ambulans untuk wilayah pedalaman di Provinsi Kalimantan Timur.



TNI bersama Kementerian Kesehatan menggelar bakti sosial .

**BAB III**

# **Tantangan Pembangunan Kesehatan**





Kementerian Kesehatan  
Republik Indonesia



### PELAYANAN KESEHATAN DI DAERAH TERTINGGAL, PERBATASAN, DAN KEPULAUAN

Tenaga kesehatan dibantu penduduk setempat berjalan kaki menuju Puskemas untuk memberikan pelayanan kesehatan.



# Tantangan Pembangunan Kesehatan





### FLYING HEALTH CARE

Tenaga kesehatan memanfaatkan transportasi udara untuk memberikan pelayanan kesehatan di daerah terpencil.

# Tantangan Pembangunan Kesehatan

Tantangan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan di Indonesia adalah wilayah Indonesia yang luas dengan 17 ribu pulau, jumlah penduduk Indonesia yang lebih dari 230 juta jiwa tersebar tidak merata dengan budaya yang beraneka-ragam, letak Indonesia di wilayah yang rawan bencana, dan bentuk pemerintahan dengan dua tingkat otonomi yang terdiri dari 33 provinsi dan 497 kabupaten/kota. Selain itu, pembangunan kesehatan masih menghadapi tantangan lain, yaitu beban ganda penyakit, suatu keadaan morbiditas dan mortalitas penyakit menular masih merupakan masalah dan pada saat yang bersamaan morbiditas dan mortalitas penyakit tidak menular mulai meningkat, serta sumber daya kesehatan yang masih terbatas.

Dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan juga dihadapi tantangan berupa masih adanya stigmatisasi dan diskriminasi terhadap penderita penyakit tertentu di masyarakat dan perlunya ditingkatkan pemahaman masyarakat tentang berbagai aspek kesehatan, seperti perilaku hidup bersih dan sehat. Perkembangan sosial-politik, keterbukaan, dan kesadaran masyarakat untuk mendapatkan pelayanan publik yang bermutu merupakan tantangan tersendiri bagi Kementerian Kesehatan. Kementerian Kesehatan juga harus memberikan perhatian yang besar bagi terciptanya tata kelola pemerintahan yang baik.

Untuk menyikapi dan mengatasi berbagai tantangan yang dihadapi, pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan antara lain akan melakukan langkah-langkah upaya promotif dan preventif; pencegahan dan pengendalian penyakit, terutama penyakit tidak menular; menuju *Universal Coverage* dengan penambahan tempat tidur khususnya untuk kelas III; upaya penurunan angka kematian ibu dengan menambah pelayanan PONED, PONEK, Jampersal, dan KB; upaya perbaikan gizi terutama masalah *stunting*; saintifikasi jamu dan kemandirian bahan baku obat; perencanaan pembangunan kesehatan paralel dengan Masterplan Percepatan dan Perluasan Pembangunan Ekonomi Indonesia (MP3EI); peningkatan penggunaan teknologi informasi di berbagai aspek pelayanan kesehatan, pelaksanaan manajemen birokrasi yang bersih, akurat, efektif, dan efisien, Pusat Tanggap Respon Cepat (PTRC) yang akan dikembangkan di provinsi dan kabupaten/kota.

## **BAB IV**

# **Penutup**





Kementerian Kesehatan  
Republik Indonesia



### KAMPANYE IMUNISASI

Menteri Kesehatan mengacungkan jempol saat menghibur anak-anak yang telah mendapatkan imunisasi tambahan campak dan polio.



## Penutup

Pembangunan Kesehatan dalam Kabinet Indonesia Bersatu II periode 2009-2014 telah berlangsung selama 2 tahun. Berbagai terobosan telah dilakukan untuk meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan yang bermutu. Masih ditemui kekurangan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan yang harus segera diperbaiki. Usul, masukan, dan kritik dari masyarakat sangat diperlukan Kementerian Kesehatan agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik bagi rakyat Indonesia. Dukungan dan kerja sama dari seluruh jajaran kesehatan dan jajaran lintas sektor di tingkat Pusat dan Daerah beserta seluruh lapisan masyarakat sangat diharapkan bagi terwujudnya visi ***Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan.***





**PUSAT KOMUNIKASI PUBLIK  
KEMENTERIAN KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Gd. Kementerian Kesehatan  
Blok A Lt.1 R.107-108, Jl. HR. Rasuna Said  
Blok X-5 Kav. 4-9, Jakarta 12950  
Telp: 62-21 52907416-9  
Fax: 5223002, 52907421, 52921670  
Email: [info@puskom.depkes.go.id](mailto:info@puskom.depkes.go.id)  
[kontak@puskom.depkes.go.id](mailto:kontak@puskom.depkes.go.id)

[www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)

ISBN 978-602-235-033-0

