



GUBERNUR JAWA TENGAH

PERATURAN DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH

NOMOR 9 TAHUN 2019

TENTANG

SISTEM KESEHATAN PROVINSI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR JAWA TENGAH,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik serta peningkatan pelayanan kesehatan yang terintegrasi, perlu dibentuk sistem kesehatan provinsi;
- b. bahwa Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional menyatakan bahwa Sistem Kesehatan Nasional dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Provinsi;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1950 tentang Pembentukan Provinsi Jawa Tengah (Himpunan Peraturan Peraturan Negara Tahun 1950 Halaman 86-92);
3. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia

- Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
 7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
 8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
 9. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);
 10. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
 11. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
 12. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 93);

Dengan Persetujuan Bersama
DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH
dan
GUBERNUR JAWA TENGAH

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN DAERAH TENTANG SISTEM KESEHATAN
PROVINSI

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Daerah ini, yang dimaksud dengan:

1. Pemerintah adalah Pemerintah Pusat.
2. Daerah adalah Provinsi Jawa Tengah.
3. Pemerintah Daerah adalah Gubernur dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan Daerah.
4. Gubernur adalah Gubernur Jawa Tengah.
5. Kabupaten/Kota adalah Kabupaten/Kota di Jawa Tengah.
6. Bupati/Walikota adalah Bupati/Walikota di Jawa Tengah.
7. Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Dinas adalah perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan di Provinsi Jawa Tengah.
8. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.
9. Sistem Kesehatan Provinsi yang selanjutnya disingkat SKP adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh seluruh komponen masyarakat di Jawa Tengah secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
10. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.
11. Upaya Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.
12. Upaya Kesehatan Perseorangan yang selanjutnya disingkat UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.
13. Upaya Kesehatan Kegawatdaruratan, Kejadian Luar Biasa, dan Bencana adalah suatu kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk penanggulangan, penyembuhan, pengurangan penderitaan dan

pemulihan kesehatan pada masyarakat, korban, dan populasi rentan.

14. Pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.
15. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
16. Pemberdayaan Masyarakat adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat non instruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan, dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari instansi lintas sektoral maupun Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan tokoh masyarakat.
17. Sumber daya manusia kesehatan yang selanjutnya disingkat SDM Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan yang terdiri dari Tenaga Kesehatan dan Tenaga Non Kesehatan.
18. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
19. Tenaga non kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan akan tetapi tidak melalui pendidikan di bidang kesehatan dan yang memiliki kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
20. Pembiayaan Kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
21. Sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika.
22. Alat kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
23. Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi, untuk manusia.
24. Makanan adalah barang yang dimasukkan ke dalam wadah dan diberi label yang dimaksudkan untuk dimakan dan/atau diminum oleh

manusia serta semua bahan yang digunakan pada produksi makanan dan minuman.

25. Manajemen, Informasi, dan Regulasi Kesehatan adalah pengelolaan yang menghimpun berbagai upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan, dan pengaturan hukum kesehatan, yang mendukung subsistem lainnya pada SKP guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
26. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan adalah pengelolaan penelitian dan pengembangan, pemanfaatan dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang diselenggarakan dan dikoordinasikan guna memberikan data kesehatan yang berbasis bukti untuk menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
27. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Jawa Tengah.
28. Masyarakat adalah sekelompok orang yang hidup bersama dalam satu komunitas teratur dan saling tergantung satu sama lain (interdependensi) meliputi kelompok warga sipil, lembaga nirlaba, korporasi, dan kelompok non pemerintah lain di Provinsi Jawa Tengah.

Pasal 2

SKP berasaskan:

- a. perikemanusiaan;
- b. keseimbangan;
- c. manfaat;
- d. perlindungan;
- e. keadilan;
- f. penghormatan hak asasi manusia;
- g. sinergisme dan kemitraan yang dinamis;
- h. komitmen dan tata pemerintahan yang baik (*good governance*);
- i. legalitas;
- j. antisipatif dan proaktif;
- k. gender dan nondiskriminatif; dan
- l. kearifan lokal.

Pasal 3

- (1) Peraturan Daerah tentang SKP ini dimaksudkan sebagai pedoman bagi Pemerintah Daerah dalam menyusun dan merencanakan kebijakan bidang kesehatan.
- (2) Pemerintah Kabupaten/Kota berpedoman pada Peraturan Daerah tentang SKP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam menyusun dan merencanakan kebijakan bidang kesehatan.

Pasal 4

SKP bertujuan:

- a. meningkatkan kualitas pengelolaan kesehatan di tingkat Daerah dengan memperhatikan pembagian urusan pemerintahan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan;
- b. menata pembangunan kesehatan secara sinergis yang melibatkan semua komponen dengan menyeimbangkan antara UKM dengan UKP;
- c. memenuhi hak dan kebutuhan semua komponen dalam pembangunan kesehatan; dan
- d. memberikan perlindungan bagi masyarakat dan penyelenggara kesehatan.

Pasal 5

Ruang lingkup pengaturan Peraturan Daerah ini meliputi:

- a. Sistem Penyelenggaraan Kesehatan;
- b. Jaminan Kesehatan;
- c. Pembinaan, Pengawasan dan Pengendalian.

BAB II SISTEM PENYELENGGARAAN KESEHATAN

Bagian Kesatu Umum

Pasal 6

- (1) Sistem Penyelenggaraan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf a terdiri dari subsistem:
 - a. upaya kesehatan;
 - b. penelitian dan pengembangan kesehatan;
 - c. pembiayaan kesehatan;
 - d. SDMK;
 - e. sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;
 - f. manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan
 - g. pemberdayaan masyarakat;
- (2) Penyelenggaraan SKP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Daerah ini.

Bagian Kedua Upaya Kesehatan

Pasal 7

- (1) Upaya kesehatan dilaksanakan oleh Pemerintah, TNI/POLRI, Pemerintah Daerah, Pemerintah Kabupaten/Kota, dan/atau masyarakat dengan menyelenggarakan UKM dan UKP.

- (2) Penyelenggaraan UKM dan UKP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dalam bentuk kegiatan antara lain:
- a. pelayanan krisis kesehatan pada bencana dan kejadian luar biasa;
 - b. pelayanan kegawatdaruratan;
 - c. pelayanan *Public Safety Center* (PSC);
 - d. pelayanan kesehatan reproduksi;
 - e. pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer;
 - f. pelayanan keluarga berencana;
 - g. pelayanan laboratorium kesehatan;
 - h. pelayanan kesehatan gigi dan mulut;
 - i. pelayanan indera;
 - j. pelayanan darah;
 - k. pelayanan forensik klinik dan pelayanan bedah mayat;
 - l. pelayanan pengujian alat kesehatan;
 - m. pelayanan farmasi dan alat kesehatan;
 - n. pelayanan *Health Tourism*;
 - o. pelayanan optik;
 - p. pelayanan *telemedicine*;
 - q. upaya kesehatan ibu, bayi, anak, remaja, lanjut usia dan penyandang cacat;
 - r. upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular;
 - s. upaya pencegahan, pengendalian dan penanganan penyakit tidak menular;
 - t. upaya perbaikan gizi;
 - u. upaya kesehatan jiwa;
 - v. upaya kesehatan lingkungan;
 - w. upaya kesehatan kerja;
 - x. upaya kesehatan sekolah;
 - y. upaya kesehatan olahraga;
 - z. upaya kesehatan matra;
 - aa. upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat;
 - bb. pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan;
 - cc. pengamanan makanan dan minuman; dan
 - dd. pengamanan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA).
- (3) Selain kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dikembangkan kegiatan lainnya sesuai dengan kebutuhan yang berkembang di masyarakat.
- (4) Kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan.
- (5) Penyelenggaraan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan sesuai tingkatan pelayanan kesehatan dan standar pelayanan minimal bidang kesehatan.
- (6) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) meliputi pelayanan kesehatan tingkat pertama/primer, kedua/sekunder, dan ketiga/tersier.

- (7) Fasilitas pelayanan kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah dan Pemerintah Kabupaten/Kota maupun swasta, dalam melaksanakan upaya kesehatan melibatkan organisasi profesi terkait dan asosiasi fasilitas kesehatan serta berkoordinasi dengan Dinas.
- (8) Fasilitas pelayanan kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah dan Pemerintah Kabupaten/Kota maupun swasta sebagaimana dimaksud pada ayat (7) yang berkerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bidang kesehatan dalam melakukan kredensialing dan rekredensialing harus melibatkan organisasi profesi terkait dan asosiasi fasilitas kesehatan serta mendapatkan rekomendasi dari Dinas.

Bagian Ketiga Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan

Pasal 8

- (1) Penelitian dan pengembangan kesehatan dilaksanakan melalui kegiatan penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan.
- (2) Pelaksanaan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk menghasilkan informasi kesehatan, teknologi, produk teknologi, dan teknologi informasi kesehatan untuk mendukung pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
- (3) Penelitian dan pengembangan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
 - a. biomedis dan teknologi dasar kesehatan;
 - b. teknologi tepat guna, teknologi terapan kesehatan, dan epidemiologi klinik;
 - c. teknologi intervensi kesehatan masyarakat;
 - d. humaniora, kebijakan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat.

Pasal 9

- (1) Pemerintah Daerah menetapkan kebijakan di bidang penelitian dan pengembangan kesehatan yang meliputi:
 - a. penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan;
 - b. ketersediaan tenaga peneliti dan anggaran penelitian; dan/atau
 - c. perizinan dan pengawasan terhadap penelitian kesehatan.
- (2) Dalam melaksanakan kebijakan di bidang penelitian dan pengembangan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Daerah dapat berkoordinasi dan/atau bekerjasama dengan Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan, perguruan tinggi dan/atau lembaga penelitian lain.

Bagian Keempat
Pembiayaan Kesehatan

Pasal 10

- (1) Pembiayaan kesehatan diarahkan untuk tersedianya dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, merata, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, tersalurkan sesuai peruntukannya untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
- (2) Pemerintah Daerah menyelenggarakan subsistem pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melalui:
 - a. penggalian dana;
 - b. pengalokasian dana; dan
 - c. pembelanjaan dana.
- (3) Pemerintah Daerah menyelenggarakan pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersumber dari:
 - a. APBD;
 - b. sumber-sumber lain yang sah dan tidak mengikat.
- (4) Pengalokasian dana sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan melalui perencanaan anggaran dengan mengutamakan:
 - a. Standar Pelayanan Minimal (SPM);
 - b. program prioritas;
 - c. peningkatan jumlah alokasi secara bertahap; dan
 - d. program bantuan sosial dan program kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi terhadap derajat kesehatan masyarakat.

Pasal 11

- (1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab untuk menjamin ketersediaan pembiayaan kesehatan terhadap seluruh subsistem dalam SKP.
- (2) Dalam menjamin ketersediaan pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui penghitungan dan pencatatan biaya kesehatan (*health account*) sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 12

- (1) Pemerintah Daerah mengalokasikan anggaran kesehatan sekurang-kurangnya 10% (sepuluh persen) dari total belanja APBD di luar gaji.
- (2) Pemanfaatan anggaran kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diprioritaskan untuk pelayanan publik sekurang-kurangnya 2/3 (dua per tiga).
- (3) Alokasi anggaran kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk pelayanan kesehatan di bidang pelayanan publik, terutama bagi penduduk miskin, kelompok lanjut usia, dan anak terlantar.

- (4) Kebutuhan anggaran kesehatan dihitung berdasarkan target kinerja yang telah ditetapkan dengan pendekatan pelayanan minimal serta upaya peningkatan dan pengembangan kesehatan di daerah.

Bagian Kelima Pengembangan SDM

Pasal 13

- (1) Pengembangan SDM dilaksanakan agar tersedia SDM yang sesuai kebutuhan, mempunyai kompetensi dan terdistribusi secara adil merata serta didayagunakan secara optimal dalam rangka terselenggaranya SKP.
- (2) Sumber daya manusia kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. tenaga kesehatan; dan
 - b. tenaga non kesehatan.

Pasal 14

Tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (2) huruf a minimal terdiri atas:

- a. tenaga medis;
- b. tenaga psikologi klinis;
- c. tenaga keperawatan;
- d. tenaga kebidanan;
- e. tenaga kefarmasian;
- f. tenaga kesehatan masyarakat;
- g. tenaga kesehatan lingkungan;
- h. tenaga gizi;
- i. tenaga keterampilan fisik;
- j. tenaga keteknisian medis;
- k. tenaga teknik biomedika;
- l. tenaga kesehatan tradisional; dan
- m. tenaga kesehatan lain yang mendukung upaya peningkatan dan pengembangan upaya kesehatan masyarakat.

Pasal 15

Tenaga non kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (2) huruf b terdiri atas:

- a. tenaga non kesehatan yang bekerja pada fasilitas kesehatan; dan
- b. tenaga non kesehatan yang bergerak/berpartisipasi di masyarakat dalam bidang kesehatan.

Bagian Keenam Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan

Pasal 16

- (1) Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan diselenggarakan dalam

rangka menjamin keamanan, mutu, kemanfaatan, ketersediaan, dan keterjangkauan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.

- (2) Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. penerbitan cabang dan cabang penyalur alat kesehatan;
 - b. penerbitan izin usaha kecil obat tradisional.

Bagian Ketujuh Manajemen, Informasi, dan Regulasi Kesehatan

Pasal 17

- (1) Penyelenggaraan manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan ditujukan untuk mewujudkan kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, berbasis bukti dan operasional, terselenggaranya fungsi-fungsi administrasi kesehatan yang berhasil guna, berdaya guna dan akuntabel, serta didukung oleh hukum kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.
- (2) Penyelenggaraan manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
 - a. perumusan kebijakan kesehatan;
 - b. penyelenggaraan kesehatan;
 - c. bantuan hukum kesehatan;
 - d. pengelolaan data dan informasi kesehatan.

Pasal 18

- (1) Perumusan kebijakan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (2) huruf a dilakukan dengan memperhatikan kebijakan pembangunan kesehatan pada:
 - a. rencana Pembangunan Jangka Panjang di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota;
 - b. rencana Pembangunan Jangka Menengah di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota; dan/atau
 - c. Rencana Pembangunan Jangka Menengah di tingkat desa.
- (2) Perumusan kebijakan pembangunan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan menyusun skala prioritas perencanaan program pembangunan kesehatan berbasis bukti (*evidence based*) melalui forum musyawarah dengan mengutamakan UKM.

Pasal 19

- (1) Penyelenggaraan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (2) huruf b meliputi:
 - a. perencanaan;
 - b. pengaturan dan pembinaan; dan
 - c. pengawasan dan pertanggungjawaban.

- (2) Penyelenggaraan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara berdaya guna dan berhasil guna, terpadu berlandaskan pada arah kebijakan pembangunan nasional dengan memperhatikan kebijakan dan prioritas pembangunan kesehatan.
- (3) Penyelenggaraan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berorientasi pada kepentingan masyarakat, responsif gender, memanfaatkan teknologi informasi, didukung sumber daya manusia yang kompeten, dan pembiayaan yang mencukupi.
- (4) Penyelenggaraan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara sinergi yang dinamis antara antara sektor kesehatan dengan sektor lain, pusat dan daerah dengan mempertimbangkan desentralisasi dan memperhatikan peraturan perundang-undangan yang berlaku, dilaksanakan dengan menjunjung tinggi penyelenggaraan tata pemerintahan yang baik.

Pasal 20

- (1) Bantuan hukum kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (2) huruf c meliputi:
 - a. pemberian pertimbangan dan bantuan hukum;
 - b. fasilitasi penegakan hukum termasuk upaya penyidikan oleh penyidik pegawai negeri sipil bidang kesehatan;
 - c. peningkatan kesadaran hukum bagi aparatur kesehatan dan masyarakat; dan
 - d. pembinaan dan pengawasan.
- (2) Bantuan hukum kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan:
 - a. mempertimbangkan perlindungan bagi masyarakat dan pemberi pelayanan kesehatan, keadilan, kesetaraan, serta sesuai dengan kebutuhan;
 - b. memperhatikan perkembangan dan perubahan lingkungan internal dan eksternal, termasuk regulasi kesehatan internasional.

Pasal 21

- (1) Pengelolaan data dan informasi kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (2) huruf d antara lain meliputi:
 - a. pengelolaan sistem informasi kesehatan, yang meliputi landasan hukum, perencanaan kebijakan dan program, pengorganisasian, kerjasama dan koordinasi, monitoring dan evaluasi, serta pembinaan dan pengawasan;
 - b. pelaksanaan sistem informasi kesehatan, yang meliputi data dan informasi serta indikator, sumber data dan pengelolaan atau pengumpulan, pengolahan, penyajian dan analisa data serta informasi kesehatan;
 - c. sumber daya sistem informasi kesehatan, yang meliputi sumber daya manusia, pembiayaan, ilmu dan teknologi serta sarana dan prasarana seperti sumber daya data, sumber daya jaringan, perangkat lunak dan perangkat keras;

- d. pengembangan dan peningkatan sistem informasi kesehatan, yang meliputi pengembangan indikator, pengembangan metode dalam sistem informasi kesehatan, penelitian dan pengembangan sistem informasi kesehatan;
 - e. peningkatan efektifitas dan efisiensi pemanfaatan data, daerah dapat mengembangkan sistem interoperabilitas antar penyedia/pengelola informasi kesehatan;
 - f. peningkatan produk dan diseminasi informasi kesehatan.
- (2) Pengelolaan data dan informasi kesehatan dilaksanakan dalam rangka menyediakan data dan informasi terkini, akurat, valid, cepat, transparan serta berhasil guna dan berdaya guna, sebagai bahan pengambilan keputusan kesehatan dengan mempertimbangkan faktor desentralisasi, kecukupan data termasuk data terpilih yang responsif gender, dan aspek kerahasiaan yang berlaku di bidang kesehatan.

Bagian Kedelapan Pemberdayaan Masyarakat

Pasal 22

- (1) Pemberdayaan masyarakat dilaksanakan dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat, mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri, berperan aktif dalam setiap pembangunan kesehatan, serta dapat menjadi penggerak dalam mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan.
- (2) Pemberdayaan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara individu, kelompok, atau kelembagaan masyarakat melalui:
- a. penggerak pemberdayaan masyarakat;
 - b. pengutamaan sasaran pemberdayaan masyarakat;
 - c. kegiatan hidup sehat; dan
 - d. pemanfaatansumber daya.
- (3) Pemberdayaan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan memperhatikan kebutuhan, potensi, dan sosial budaya setempat.

Pasal 23

- (1) Masyarakat memiliki kesempatan yang sama untuk berpartisipasi dalam penyelenggaraan SKP.
- (2) Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan setinggi-tingginya, masyarakat dapat menyampaikan masalah kesehatan, masukan dan/atau cara pemecahan masalah mengenai hal-hal terkait pengelolaan SKP.

BAB III
JAMINAN KESEHATAN

Pasal 24

- (1) Masyarakat berhak mendapatkan jaminan kesehatan.
- (2) Jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bagi masyarakat miskin ditanggung oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Kabupaten/Kota.
- (3) Pemerintah Daerah mendorong masyarakat untuk menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional.
- (4) Pendaftaran menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dilaksanakan melalui individu, keluarga, maupun kelompok.
- (5) Pemerintah Daerah bersama pemangku kepentingan harus mendorong pencapaian *Universal Health Coverage* secara bertahap.

BAB IV
PEMBINAAN, PENGAWASAN, DAN PENGENDALIAN

Pasal 25

- (1) Gubernur melaksanakan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian atas penyelenggaraan SKP.
- (2) Ketentuan mengenai pembinaan, pengawasan dan pengendalian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan lebih lanjut dalam Peraturan Gubernur.

BAB V
PENGHARGAAN

Pasal 26

- (1) Pemerintah Daerah dapat memberikan penghargaan kepada organisasi, kelompok atau perorangan yang nyata-nyata telah berkontribusi dan berprestasi dalam penyelenggaraan SKP.
- (2) Ketentuan tentang pemberian penghargaan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Gubernur.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 27

Peraturan Gubernur sebagai pelaksanaan Peraturan Daerah ini ditetapkan paling lama 6 (enam) bulan setelah Peraturan Daerah ini diundangkan.

Pasal 28

Peraturan Daerah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah.

Ditetapkan di Semarang
pada tanggal 12 September 2019

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

GANJAR PRANOWO

Diundangkan di Semarang
pada tanggal 12 September 2019
SEKRETARIS DAERAH PROVINSI
JAWA TENGAH,

ttd

SRI PURYONO KARTO SOEDARMO

LEMBARAN DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2019 NOMOR 9

NOREG PERATURAN DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH: (9-230/2019)

Salinan sesuai dengan aslinya

Plt. KEPALA BIRO HUKUM

Kepala Bagian Bantuan Hukum

Dan Tak Asasi Manusia



IWANUDDIN ISKANDAR

Pembina Tingkat I

NIP. 19711207 199503 1 003

PENJELASAN
ATAS
PERATURAN DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH
NOMOR 9 TAHUN 2019
TENTANG
SISTEM KESEHATAN PROVINSI

I. UMUM

Kesehatan merupakan hak asasi manusia sebagaimana diatur dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945, selain itu kesehatan merupakan salah satu unsur penting bagi umat manusia untuk menjalankan kehidupannya, demikian juga dalam kehidupan berbangsa dan bernegara, kesehatan warga negara merupakan salah satu modal utama bagi suatu Negara untuk dapat melaksanakan pembangunan. Begitu pentingnya masalah kesehatan ini sehingga menjadi urusan wajib dalam Undang-Undang tentang Pemerintahan Daerah, mulai dari Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 yang kemudian dicabut dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 menyebutkan bahwa urusan pemerintahan dibidang kesehatan merupakan urusan wajib yang bersifat konkuren yang berarti harus dilaksanakan disemua tingkat pemerintahan dari pusat sampai daerah sesuai dengan kewenangan masing-masing.

Sebagai salah satu wujud dari pelaksanaan ketentuan Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 telah diterbitkan beberapa peraturan perundangan yang dijadikan sebagai dasar hukum pelaksanaan pembangunan bidang kesehatan diantaranya adalah Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang ditindaklanjuti dengan diterbitkannya Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional yang merupakan acuan dalam penyusunan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan yang dimulai dari kegiatan perencanaan sampai dengan kegiatan monitoring dan evaluasi.

Guna menindaklanjuti diterbitkannya Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional dan sebagaimana ketentuan dalam Pasal 167 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang menyatakan bahwa pengelolaan kesehatan dilakukan secara berjenjang dari pusat sampai daerah, maka Pemerintah Provinsi Jawa Tengah menetapkan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Provinsi, yang dimaksudkan sebagai dasar pembangunan kesehatan di Jawa Tengah yang juga dapat dipedomani oleh Pemerintah Kabupaten/Kota di Jawa Tengah.

Substansi materi Peraturan Daerah ini mengacu pada substansi materi Sistem Kesehatan Nasional yang terdiri dari 7 (tujuh) subsistem meliputi upaya kesehatan; penelitian dan Pengembangan Kesehatan; pembiayaan kesehatan; Sumber Daya Manusia Kesehatan; sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan; manajemen, informasi, dan

regulasi kesehatan; dan pemberdayaan masyarakat. Dengan Sistem Kesehatan Provinsi ini, Pemerintah Provinsi Jawa Tengah memprioritaskan pencapaian standar pelayanan minimal dengan target 100% sebagai bagian pemenuhan hak warga negara dalam sektor kesehatan.

Peraturan Daerah ini dimaksudkan sebagai payung besar bagi penyelenggaraan urusan kesehatan di Provinsi Jawa Tengah, sehingga dapat mewujudkan masyarakat Jawa Tengah yang sehat dan sejahtera.

II. PASAL DEMI PASAL

Pasal 1

Cukup jelas.

Pasal 2

Huruf a

Yang dimaksud “asas perikemanusiaan” bahwa penyelenggaraan Sistem Kesehatan Provinsi (SKP) Jawa Tengah dilaksanakan dengan memegang teguh etika profesi, dan selalu menerapkan prinsip perikemanusiaan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Huruf b

Yang dimaksud “asas keseimbangan” bahwa setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKP harus dilaksanakan dengan memperhatikan keseimbangan antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, serta antara material dan spiritual.

Huruf c

Yang dimaksud “asas manfaat” bahwa pelaksanaan SKP harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga negara.

Huruf d

Yang dimaksud “asas perlindungan” bahwa setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKP harus dapat memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

Huruf e

Yang dimaksud “asas keadilan” bahwa setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKP harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau tanpa memandang suku, agama, golongan, dan status sosial ekonominya

Huruf f

Yang dimaksud “asas penghormatan hak asasi manusia” bahwa penyelenggaraan SKP ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan tanpa membedakan suku, agama, golongan, jenis kelamin, dan status sosial ekonomi. Setiap anak dan perempuan berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

Huruf g

Yang dimaksud “asas sinergisme dan kemitraan yang dinamis” bahwa SKP akan berfungsi baik untuk mencapai tujuannya apabila terjadi Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Sinergisme (KISS), baik antar pelaku, antar subsistem SKP, maupun dengan sistem serta subsistem lain di luar SKP. Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki masing-masing.

Huruf h

Yang dimaksud “asas Komitmen dan Tata Pemerintahan Yang Baik (*Good Governance*)” bahwa agar SKP berfungsi baik, diperlukan komitmen yang tinggi, dukungan, dan kerjasama yang baik dari para pelaku untuk menghasilkan tata penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang baik (*good governance*). SKP diselenggarakan secara demokratis, berkepastian hukum, terbuka (transparan), rasional, profesional, serta bertanggung jawab dan bertanggung gugat (akuntabel).

Huruf i

Yang dimaksud “asas legalitas” bahwa setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKP harus didasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Huruf j

Yang dimaksud “asas antisipatif dan proaktif” bahwa setiap pelaku pembangunan kesehatan harus mampu melakukan antisipasi atas perubahan yang akan terjadi, yang di dasarkan pada pengalaman masa lalu atau pengalaman yang terjadi di negara lain. Dengan mengacu pada antisipasi tersebut, pelaku pembangunan kesehatan perlu lebih proaktif terhadap perubahan lingkungan strategis baik yang bersifat internal maupun eksternal.

Huruf k

Yang dimaksud “asas gender dan nondiskriminatif” bahwa dalam penyelenggaraan SKP, setiap penyusunan rencana kebijakan dan program serta dalam pelaksanaan program kesehatan harus responsif gender. Kesetaraan gender dalam pembangunan kesehatan adalah kesamaan kondisi bagi laki-laki dan perempuan untuk memperoleh kesempatan dan hak-haknya sebagai manusia, agar mampu berperan dan berpartisipasi dalam kegiatan pembangunan kesehatan serta kesamaan dalam memperoleh manfaat pembangunan kesehatan. Keadilan gender adalah suatu proses untuk menjadi adil terhadap laki-laki dan perempuan dalam pembangunan kesehatan. Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKP tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki.

Huruf l

Yang dimaksud “asas kearifan lokal” bahwa penyelenggaraan SKP di daerah harus memperhatikan dan menggunakan potensi daerah yang secara positif dapat meningkatkan hasil guna dan daya guna pembangunan kesehatan, yang dapat diukur secara kuantitatif dari meningkatnya peran serta masyarakat dan secara kualitatif dari meningkatnya kualitas hidup jasmani dan rohani.

Pasal 3

Cukup jelas

Pasal 4

Cukup jelas

Pasal 5

Cukup jelas

Pasal 6

Cukup jelas

Pasal 7

Ayat (1)

Cukup jelas

Ayat (2)

Huruf a

Cukup jelas

Huruf b

Cukup jelas

Huruf c

Yang dimaksud dengan “pelayanan *Public Safety Center* (PSC)” adalah pusat pelayanan yang menjamin kebutuhan masyarakat dalam hal-hal yang berhubungan dengan kegawatdaruratan yang berada di kabupaten/kota yang merupakan ujung tombak pelayanan untuk mendapatkan respon cepat.

Huruf d

Cukup jelas

Huruf e

Cukup jelas

Huruf f

Cukup jelas

Huruf g

Cukup jelas

Huruf h

Cukup jelas

Huruf i

Cukup jelas

Huruf j

Cukup jelas

Huruf k

Cukup jelas

Huruf l

Yang dimaksud dengan “pelayanan pengujian alat kesehatan” adalah keseluruhan tindakan yang meliputi pemeriksaan fisik dan pengukuran untuk membandingkan alat yang diukur dengan standar atau untuk menentukan besaran atau kesalahan pengukuran.

Huruf m

Cukup jelas

Huruf n

Yang dimaksud dengan “pelayanan health tourism” adalah perjalanan ke luar kota atau dari luar negeri untuk memperoleh pemeriksaan, tindakan medis, dan/atau pemeriksaan kesehatan lainnya di rumah sakit.

Huruf o

Yang dimaksud dengan “pelayanan optic” adalah pelayanan pemeriksaan mata dasar, pemeriksaan refraksi serta pelayanan kacamata koreksi dan/ atau lensa kontak.

Huruf p

Yang dimaksud dengan “pelayanan *telemedicine*” adalah pelayanan pengiriman layanan perawatan kesehatan dengan mempertimbangkan jarak dan menggunakan teknologi informasi serta komunikasi, meliputi:

- 1) pertukaran informasi diagnosis;
- 2) pengobatan dan pencegahan penyakit dan cedera;
- 3) penelitian dan evaluasi; dan
- 4) pendidikan berkelanjutan penyedia layanan kesehatan.

Huruf q

Cukup jelas

Huruf r

Cukup jelas

Huruf s

Cukup jelas

Huruf t

Cukup jelas

Huruf u

Cukup jelas

Huruf v

Cukup jelas

Huruf w

Cukup jelas

Huruf x

Cukup jelas

Huruf y

Cukup jelas

Huruf z

Cukup jelas

Huruf aa

Cukup jelas

Huruf bb

Cukup jelas

Huruf cc

Cukup jelas

Huruf dd

Cukup jelas

Ayat (3)

Cukup jelas

Ayat (4)

Cukup jelas

Ayat (5)

Cukup jelas

Ayat (6)

Yang dimaksud dengan “tingkatan primer” adalah mencakup upaya kesehatan perorangan primer, yaitu upaya kesehatan dimana terjadi kontak pertama secara perorangan sebagai proses awal pelayanan kesehatan, dan upaya kesehatan masyarakat primer, yaitu pelayanan peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan pengobatan dan pemulihan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Yang dimaksud dengan “tingkatan sekunder” adalah upaya kesehatan rujukan lanjutan, yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan sekunder, yaitu pelayanan kesehatan spesialisik yang menerima rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan primer, yang meliputi rujukan kasus, spesimen, dan ilmu pengetahuan serta dapat merujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan yang merujuk, dan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder, yaitu menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat primer dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, dan sumber daya manusia kesehatan serta didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat tersier.

Yang dimaksud dengan “tingkatan tersier” adalah upaya kesehatan rujukan unggulan yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan tersier, yaitu menerima rujukan subspecialistik dari pelayanan kesehatan di bawahnya, dan dapat merujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan yang merujuk, dan pelayanan kesehatan masyarakat tersier, yaitu menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, sumber daya manusia kesehatan, dan rujukan operasional, serta melakukan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan masyarakat dan penapisan teknologi dan produk teknologi yang terkait.

Yang dimaksud “kredensialing” yakni proses seleksi terhadap pemenuhan persyaratan dan kinerja pelayanan bagi fasilitas kesehatan yang akan bekerjasama dengan badan penyelenggara pembiayaan kesehatan.

Ayat (7)

Cukup jelas

Ayat (8)

Yang dimaksud “rekredensialing” yakni proses seleksi ulang terhadap pemenuhan persyaratan dan kinerja pelayanan bagi fasilitas kesehatan yang telah dan akan bekerjasama dengan badan penyelenggara pembiayaan kesehatan.

Pasal 8

Ayat (1)

Cukup jelas

Ayat (2)

Cukup jelas

Ayat (3)

Huruf a

Yang dimaksud “biomedis dan teknologi dasar kesehatan” adalah meliputi kegiatan riset untuk memecahkan permasalahan ditinjau dari aspek host, agent, dan lingkungan dengan pendekatan biologi molekular, bioteknologi, dan kedokteran guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.

Huruf b

Yang dimaksud dengan “teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik” adalah meliputi kegiatan riset untuk menilai faktor risiko penyakit, penyebab penyakit, prognosa penyakit, dan risiko penerapan teknologi dan produk teknologi kesehatan, termasuk obat bahan alam, terhadap manusia guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.

Huruf c

Yang dimaksud dengan “teknologi intervensi kesehatan masyarakat” adalah meliputi kegiatan riset untuk menilai besaran masalah kesehatan masyarakat, mengembangkan teknologi intervensi, serta menilai reaksi lingkungan terhadap penerapan teknologi dan produk teknologi guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.

Huruf d

Yang dimaksud dengan “humaniora, kebijakan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat” adalah meliputi kegiatan riset untuk menganalisis bidang sosial, ekonomi, budaya, etika, hukum, psikologi, formulasi-implementasi, dan evaluasi kebijakan, perilaku, peran serta, dan pemberdayaan masyarakat terkait dengan perkembangan teknologi dan produk teknologi kesehatan guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.

Pasal 9

Cukup jelas

Pasal 10

Cukup jelas

Pasal 11

Cukup jelas

Pasal 12

Ayat (1)

Cukup jelas

Ayat (2)

Cukup jelas

Ayat (3)

Yang dimaksud dengan “kepentingan pelayanan publik” dalam ketentuan ini adalah pelayanan kesehatan baik pelayanan preventif, pelayanan promotif, pelayanan kuratif, dan pelayanan rehabilitatif yang dibutuhkan masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatannya. Biaya tersebut dilakukan secara efisien dan efektif dengan mengutamakan pelayanan preventif dan pelayanan promotif dan besarnya sekurang-kurangnya 2/3 (dua pertiga) dari APBD.

Ayat (4)

Cukup jelas

Pasal 13

Ayat (1)

Cukup jelas

Ayat (2)

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Tenaga non kesehatan merupakan tenaga yang memiliki latar belakang pendidikan non kesehatan tetapi menjadi bagian integral dari upaya kesehatan.

Pasal 14

Cukup jelas

Pasal 15

Cukup jelas

Pasal 16

Cukup jelas

Pasal 17

Cukup jelas

Pasal 18

Ayat (1)

Cukup jelas

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan frasa “skala prioritas perencanaan program pembangunan kesehatan” adalah skala prioritas dalam rangka pelaksanaan kebijakan pembangunan kesehatan.

Pasal 19

Cukup jelas

Pasal 20

Cukup jelas

Pasal 21

Cukup jelas

Pasal 22

Cukup jelas

Pasal 23

Cukup jelas

Pasal 24

Cukup jelas

Pasal 25

Cukup jelas

Pasal 26

Cukup jelas

Pasal 27

Cukup jelas

Pasal 28

Cukup jelas

TAMBAHAN LEMBARAN DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH NOMOR

LAMPIRAN
PERATURAN DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH
NOMOR 9 TAHUN 2019
TENTANG
SISTEM KESEHATAN PROVINSI

SISTEM KESEHATAN PROVINSI

SISTEMATIKA

- A. PENGERTIAN SKP
- B. POKOK-POKOK PENYELENGGARAAN
- C. SUBSISTEM-SUBSISTEM
- D. PENYELENGGARAAN

PENJELASAN

A. PENGERTIAN SISTEM KESEHATAN PROVINSI (SKP)

Suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya (pemerintah, masyarakat dan swasta) di provinsi, ke dalam suatu kesatuan yang terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

B. POKOK-POKOK PENYELENGGARAAN

1. Landasan

Landasan idiil : Pancasila

Landasan konstitusional : UUD 1945

Landasan operasional : UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

2. Prinsip dasar

Perikemanusiaan

Pemberdayaan dan kemandirian

Adil dan merata

Pengutamaan dan manfaat

3. Tujuan

Terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua komponen bangsa, baik pemerintah daerah, pemerintah kabupaten/kota dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha dan lembaga swasta secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

4. Kedudukan

SKP merupakan acuan penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.

C. SUBSISTEM-SUBSISTEM

Penyelenggaraan SKP meliputi subsistem:

1. Upaya kesehatan
2. Penelitian dan pengembangan kesehatan
3. Pembiayaan kesehatan
4. Sumber daya manusia kesehatan
5. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan
6. Manajemen, informasi dan regulasi kesehatan
7. Pemberdayaan masyarakat

Penjelasan masing-masing subsistem sebagai berikut:

1. Subsistem upaya kesehatan

a. Pengertian

Subsistem upaya kesehatan adalah pengelolaan upaya kesehatan yang terpadu, berkesinambungan, paripurna, dan berkualitas, meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, yang diselenggarakan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

b. Tujuan

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

c. Unsur-unsur

Subsistem upaya kesehatan terdiri dari unsur-unsur:

1) Upaya kesehatan;

Upaya kesehatan diselenggarakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan, adalah Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) maupun Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Upaya kesehatan dilakukan dengan cara peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan dan pemulihan kesehatan, di fasilitas pelayanan kesehatan.

Penyelenggaraan UKM dan UKP dilaksanakan dalam bentuk kegiatan antara lain pelayanan krisis kesehatan pada bencana dan kejadian luar biasa, pelayanan kegawatdaruratan, pelayanan *Public Safety Center* (PSC), pelayanan kesehatan reproduksi, pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer, pelayanan keluarga berencana, pelayanan laboratorium kesehatan, pelayanan kesehatan gigi dan mulut, pelayanan indera, pelayanan darah, pelayanan forensik klinik dan pelayanan bedah mayat, pelayanan pengujian alat kesehatan, pelayanan farmasi dan alat kesehatan, pelayanan *Health Tourism*, pelayanan optic, pelayanan

telemedicine, upaya kesehatan ibu, bayi, anak, remaja, lanjut usia dan penyandang cacat, upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular, upaya pencegahan, pengendalian dan penanganan penyakit tidak menular, upaya perbaikan gizi, upaya kesehatan jiwa, upaya kesehatan lingkungan, upaya kesehatan kerja, upaya kesehatan sekolah; upaya kesehatan olahraga, upaya kesehatan matra, upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan makanan dan minuman dan pengamanan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA).

2) Fasilitas pelayanan kesehatan;

Fasilitas pelayanan kesehatan di Jawa Tengah diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, pemerintah kabupaten/kota, swasta dan masyarakat. Fasilitas pelayanan kesehatan dapat dibedakan menurut jenis pelayanannya dan tingkatannya.

Fasilitas pelayanan kesehatan, menurut jenisnya terdiri dari:

- a) Pelayanan kesehatan perorangan;
- b) Pelayanan kesehatan masyarakat

Fasilitas pelayanan kesehatan menurut tingkatannya terdiri dari:

- a) Pelayanan kesehatan tingkat pertama/primer;
- b) Pelayanan kesehatan tingkat kedua/sekunder; dan
- c) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga/tersier

Pelayanan kesehatan, baik pelayanan kesehatan perorangan maupun pelayanan kesehatan masyarakat dapat melakukan rujukan vertikal maupun horizontal, sesuai dengan kapasitas dan kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan.

3) Sumber daya upaya kesehatan;

Sumber daya upaya kesehatan berupa sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta dana.

- a) Sumber daya manusia dioptimalkan dengan pemenuhan dan peningkatan kompetensi dan profesionalisme tenaga, baik tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan, melalui pendidikan dan pelatihan teknis maupun non teknis, pembinaan tenaga kesehatan dan peningkatan jenjang pendidikan.
- b) Pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana, merupakan pendukung operasionalisasi upaya kesehatan. Sarana pendukung upaya kesehatan berupa alat-alat kesehatan, obat-obatan, bahan medis dan non medis, sarana transportasi seperti ambulans maupun puskesmas keliling, dan sarana pendukung administratif lainnya berupa perangkat keras seperti meubeler, elektronik maupun perangkat lunak seperti informasi dan teknologi serta regulasi.

c) Dukungan dana diperlukan bagi eksistensi upaya kesehatan secara berkesinambungan. Dukungan dana merupakan hal fundamental bagi keberhasilan upaya kesehatan. Sumber dana dapat berasal dari pemerintah maupun non pemerintah. Penggunaan dana dengan sumber yang berbeda, mengandung konsekuensi pertanggungjawaban yang berbeda pula, sesuai dengan ketentuan dan aturan yang ditetapkan oleh pihak-pihak pemberi dana.

4) Pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan.

Pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan dilakukan secara berjenjang/vertikal maupun horizontal. Pembinaan dan pengawasan secara berjenjang/vertikal dilakukan oleh pemerintah daerah kepada fasilitas pelayanan kesehatan dibawahnya. Pembinaan dan pengawasan dilakukan untuk menjaga mutu/kualitas pelayanan upaya kesehatan.

Pembinaan dan pengawasan dilakukan oleh pemerintah daerah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat.

Pembinaan dilakukan dalam ranah pembinaan umum dan teknis, dalam bentuk fasilitasi, konsultasi, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan.

a) Fasilitasi dilakukan secara efisien dan efektif untuk meningkatkan kapasitas sumber daya kesehatan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan.

b) Konsultasi dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Konsultasi dilakukan untuk mendapatkan petunjuk, pertimbangan, dan/atau pendapat terhadap permasalahan penyelenggaraan Sistem Kesehatan Provinsi.

c) Pendidikan dan pelatihan diselenggarakan dalam rangka pengembangan kompetensi penyelenggara upaya kesehatan

d) Penelitian dan pengembangan dilakukan dalam rangka meningkatkan kualitas kebijakan dan program penyelenggaraan upaya kesehatan

Pengawasan teknis dilakukan untuk mendukung capaian tujuan upaya kesehatan, dalam bentuk pengawasan pencapaian indikator SPM, lisensi, akreditasi, sertifikasi, program prioritas dan program pengembangan.

d. Prinsip

1) Terpadu, berkesinambungan dan paripurna

Upaya kesehatan diselenggarakan secara terpadu, berkesinambungan dan paripurna meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan hingga pemulihan, serta rujukan antar tingkatan upaya.

2) Bermutu, aman dan sesuai kebutuhan

Pelayanan kesehatan bagi masyarakat harus berkualitas, terjamin keamanannya bagi penerima dan pemberi upaya, dapat diterima

masyarakat, efektif dan sesuai serta mampu menghadapi tantangan global dan regional.

3) Adil dan merata

Pemerintah daerah wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata untuk memenuhi kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan di wilayah provinsi.

4) Nondiskriminasi

Setiap penduduk harus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis, bukan status sosial ekonomi dan tidak membedakan suku/ras, budaya dan agama dengan tetap memperhatikan kesetaraan dan pengarusutamaan gender serta perlindungan anak.

5) Terjangkau

Ketersediaan dan pembiayaan pelayanan kesehatan yang bermutu harus terjangkau oleh seluruh masyarakat.

6) Teknologi tepat guna

Upaya kesehatan menggunakan teknologi tepat guna yang berbasis bukti. Teknologi tepat guna berdasar pada kesesuaian kebutuhan dan tidak bertentangan dengan etika dan norma agama.

7) Bekerja dalam tim secara cepat dan tepat.

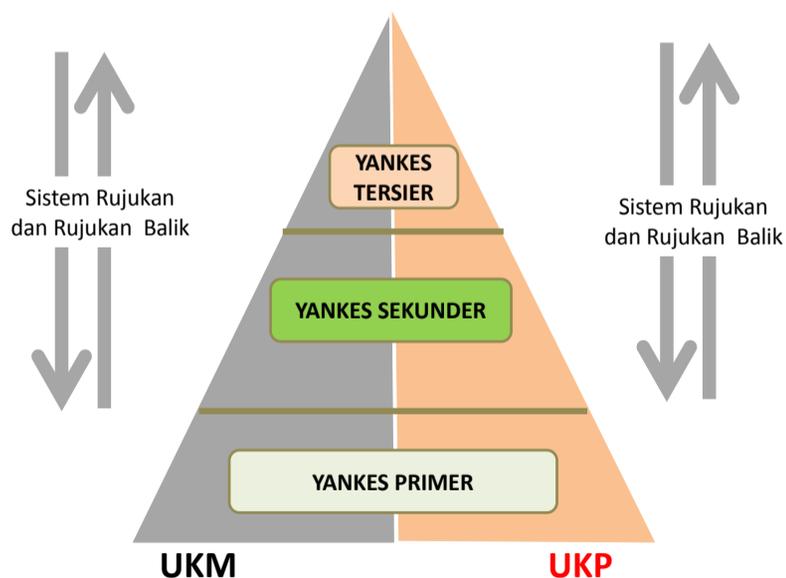
Upaya kesehatan dilakukan secara kerjasama tim, melibatkan semua pihak yang kompeten, dilakukan secara cepat dengan ketepatan/presisi yang tinggi.

8) Penyelenggaraan

Dalam sistem penyelenggaraan upaya kesehatan, kewenangan urusan wajib bidang kesehatan yang melibatkan pemerintah, pemerintah daerah dan kabupaten/kota.

Garis besar sistem pelayanan kesehatan dalam upaya kesehatan digambarkan dalam konsep berikut.

**GARIS BESAR SISTEM PELAYANAN KESEHATAN
DALAM UPAYA KESEHATAN**



Baik pemerintah daerah maupun kabupaten/kota, dapat menerbitkan kebijakan di bidang kesehatan sesuai dengan ranah kewenangannya sepanjang tidak bertentangan dengan aturan perundang-undangan di atasnya. Kebijakan tersebut dapat berupa kebijakan di bidang fasilitas, sarana prasarana, pembiayaan, target kinerja dan kebijakan-kebijakan lain yang dapat mendukung pencapaian target-target kesehatan di daerah masing-masing yang diharapkan mampu mendukung pencapaian target-target kesehatan di tingkat provinsi.

Penyelenggaraan upaya kesehatan dilakukan secara komprehensif sinergis, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, pihak swasta maupun masyarakat. Upaya kesehatan mencakup kesehatan fisik, mental, termasuk intelegensia dan sosial. Upaya kesehatan dilaksanakan dalam tingkatan upaya sesuai dengan kebutuhan medik dan kesehatan. Pelaksanaan pelayanan kesehatan melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan terdiri dari:

1. Upaya kesehatan;

Bentuk upaya kesehatan terdiri dari:

a. Upaya Kesehatan Perorangan (UKP);

1) Upaya kesehatan strata pertama/primer;

UKP strata pertama/primer adalah UKP tingkat dasar, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar yg ditujukan kepada perorangan. Penyelenggara UKP strata pertama/primer adalah Pemerintah Kabupaten/Kota, masyarakat, dan swasta yang diwujudkan melalui berbagai bentuk pelayanan profesional, seperti Puskesmas, klinik pratama, rumah sakit kelas D, praktek bidan, praktek perawat, praktek dokter umum dan/atau dokter gigi dan lain-lain.

Pelayanan yang diselenggarakan di UKP strata pertama/primer, berupa pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan secara komprehensif, berkesinambungan, bermutu dan melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan. Bentuk pelayanan kesehatan dasar tersebut berupa pelayanan rawat jalan, pelayanan gawat darurat, pelayanan satu hari (*one day care*), *home care* dan pelayanan rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Untuk menjamin dan meningkatkan mutu UKP strata pertama/primer perlu dilakukan berbagai program kendali mutu.

2) Upaya kesehatan strata kedua/sekunder;

Pelayanan kesehatan perorangan strata kedua/sekunder adalah pelayanan kesehatan spesialisik yang menerima rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan strata pertama/primer, yang meliputi rujukan kasus, spesimen dan ilmu pengetahuan serta

dapat merujuk kembali (rujuk balik) ke fasilitas pelayanan kesehatan yang merujuk.

Pelayanan kesehatan perorangan strata kedua/sekunder dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan perorangan, baik rumah sakit setara kelas C, klinik utama serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya milik pemerintah daerah, pemerintah kabupaten/kota, masyarakat, maupun swasta.

Berbagai sarana pelayanan tersebut disamping memberikan pelayanan langsung juga membantu sarana UKP strata pertama/primer dalam bentuk pelayanan rujukan medik.

Rujukan medik terdiri tiga aspek yaitu rujukan kasus, rujukan ilmu pengetahuan, serta rujukan bahan-bahan pemeriksaan laboratorium. UKP strata kedua/sekunder juga didukung oleh berbagai pelayanan penunjang seperti apotek, laboratorium klinik, optik dan penunjang lainnya. Untuk meningkatkan mutu perlu dilakukan berbagai bentuk program kendali mutu.

3) Upaya kesehatan strata ketiga/tersier.

UKP strata ketiga/tersier adalah UKP yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan subspecialistik yang ditujukan kepada perorangan. Pelayanan kesehatan perorangan strata ketiga/tersier menerima rujukan subspecialistik dari pelayanan kesehatan di bawahnya, dan dapat merujuk kembali (rujuk balik) ke fasilitas pelayanan kesehatan yang merujuk.

Pelayanan kesehatan perorangan strata ketiga/tersier dilaksanakan di rumah sakit umum, rumah sakit khusus setara kelas A dan B, baik milik pemerintah, pemerintah daerah, pemerintah kabupaten/kota maupun swasta yang mampu memberikan pelayanan kesehatan subspecialistik.

Berbagai sarana pelayanan tersebut disamping memberikan pelayanan langsung juga membantu sarana UKP strata kedua/sekunder. UKP strata ketiga/tersier juga didukung oleh berbagai pelayanan penunjang seperti apotek, laboratorium klinik, optik dan penunjang lainnya.

Untuk menghadapi persaingan global, UKP strata ketiga/tersier perlu dilengkapi dengan beberapa pusat pelayanan unggulan nasional, seperti pusat unggulan jantung nasional, pusat unggulan kanker nasional, pusat penanggulangan stroke nasional, dan sebagainya. Untuk meningkatkan mutu perlu dilakukan berbagai bentuk program kendali mutu.

b. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM).

1) Upaya Kesehatan Masyarakat strata pertama/primer;

Upaya Kesehatan Masyarakat strata pertama/primer adalah UKM tingkat dasar, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar yang ditujukan langsung kepada masyarakat.

Ujung tombak penyelenggara UKM strata pertama/primer adalah Puskesmas yang didukung secara lintas sektor dan didirikan sekurang-kurangnya satu di setiap kecamatan. Puskesmas bertanggungjawab atas masalah kesehatan di wilayah kerjanya. Dengan prinsip penyelenggaraan Puskesmas dan fungsi Puskesmas maka Puskesmas memiliki kewenangan mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya termasuk di dalamnya adalah pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan milik swasta dan/atau masyarakat.

2) Upaya Kesehatan Masyarakat strata kedua/sekunder;

Upaya Kesehatan Masyarakat strata kedua/sekunder adalah UKM tingkat lanjutan, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan masyarakat spesialisik yang ditujukan kepada masyarakat. Pelayanan kesehatan masyarakat strata kedua/sekunder menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat strata pertama/primer dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, dan sumberdaya manusia kesehatan serta didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat strata ketiga/tersier.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat strata kedua/sekunder menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaksana pelayanan kesehatan UKM strata kedua di Jawa Tengah, dilakukan oleh Balai Kesehatan Masyarakat (Balkesmas) Kabupaten/Kota maupun Provinsi.

3) Upaya Kesehatan Masyarakat strata ketiga/tersier.

Pelayanan kesehatan masyarakat strata ketiga/tersier menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat strata kedua/sekunder dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, sumber daya manusia kesehatan, dan rujukan operasional, serta melakukan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan masyarakat dan penapisan teknologi dan produk teknologi yang terkait.

Penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat strata ketiga/tersier adalah kementerian kesehatan dan/atau Dinas Kesehatan Provinsi. Pelaksana pelayanan kesehatan UKM strata ketiga adalah Balai Besar Kesehatan Masyarakat.

2. Peningkatan dan mengembangkan upaya kesehatan

Untuk mempercepat pencapaian target-target pembangunan kesehatan di Jawa Tengah, diperlukan strategi untuk peningkatan dan pengembangan upaya kesehatan. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah merupakan landasan dalam peningkatan dan pengembangan upaya kesehatan, sebagai dasar pembagian urusan pemerintahan konkuren antara pemerintah, pemerintah daerah dan kabupaten/kota bidang kesehatan.

Kewenangan pemerintah daerah untuk upaya kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Pengelolaan UKP rujukan tingkat daerah provinsi/lintas daerah kabupaten/kota.
- b. Pengelolaan UKM daerah provinsi dan rujukan tingkat daerah provinsi/lintas daerah kabupaten/kota.
- c. Penerbitan izin rumah sakit kelas B dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat daerah provinsi.

Strategi peningkatan dan pengembangan upaya kesehatan di Jawa Tengah dalam SKP meliputi:

- a. Integrasi antara Standar Pelayanan Minimal (SPM) dengan program prioritas nasional

Dalam hal peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan terhadap kejadian luar biasa, Dinas Kesehatan Provinsi menyelenggarakan kegiatan :

- 1) Peningkatan kegiatan surveilans dan penyelidikan lebih luas terhadap kondisi rentan KLB/ Kejadian penyakit yang memenuhi ambang.
- 2) Peningkatan kegiatan surveilans dan penyelidikan lebih luas terhadap dugaan adanya KLB.
- 3) Mendorong kewaspadaan dan kesiapsiagaan terhadap KLB serta pelaksanaan upaya-upaya pencegahan KLB melalui perbaikan kondisi rentan KLB di Kabupaten/Kota.
- 4) Apabila diperlukan kesiapsiagaan terhadap KLB, melakukan penyiapan tim penyelidikan dan penanggulangan KLB provinsi, penyiapan cadangan obat dan sarana penunjang penyelidikan dan penanggulangan KLB provinsi, penyiapan media komunikasi dan konsultasi, penyiapan jejaring SKD-KLB dan penyusunan pedoman penyelidikan dan penanggulangan KLB serta tata cara pelaporannya di daerah provinsi.
- 5) Menjalin kemitraan lintas sektor terkait di provinsi dalam upaya pencegahan KLB melalui perbaikan kondisi rentan KLB.

Kewenangan provinsi dalam menangani KLB bencana dan KLB penyakit meliputi:

- 1) Apabila kejadian meliputi antar Kabupaten/Kota.

2) Ada permintaan dari Kabupaten/Kota.

3) Apabila sudah ditangani Kabupaten/Kota tetapi kejadiannya masih berlanjut.

Pemerintah Provinsi memfasilitasi pencapaian SPM Kesehatan Daerah Kabupaten Kota.

- b. Penguatan kelembagaan dan pelayanan di Balai Kesehatan Masyarakat (Balkesmas) sebagai rujukan UKM strata kedua.

Pelaksana pelayanan Rujukan UKM strata kedua di Provinsi Jawa Tengah, dilakukan oleh UPT Dinas Kesehatan Provinsi yaitu Balkesmas. Balkesmas berdiri sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, yang diperkuat dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/ 34/2018 tentang Balai Sebagai Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan serta Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 99 Tahun 2016 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Dengan dasar tersebut, maka Balkesmas diakui sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes). Dan Balkesmas Provinsi Jawa Tengah minimal tersedia di setiap eks karesidenan.

Dalam rangka meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan masyarakat ke kabupaten/kota, Pemerintah Daerah mengakomodir pendirian Balkesmas baru.

Sebagai UPT dinas kesehatan, Balkesmas melaksanakan tugas sebagai pelaksana teknis tertentu dinas kesehatan, yang dalam hal ini adalah pelayanan kesehatan masyarakat.

Pelayanan kesehatan masyarakat yang dilaksanakan oleh Balkesmas adalah UKM di tingkat rujukan dan UKP terbatas. Dalam hal UKM di tingkat rujukan, Balkesmas sebagai fasyankes rujukan UKM strata kedua dapat menerima rujukan UKM dari Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, fasyankes strata pertama atau Balkesmas lain yang setingkat.

Dengan adanya Balkesmas ini, maka posisi UKM akan lebih kuat untuk menyelesaikan permasalahan-permasalahan kesehatan masyarakat termasuk di dalamnya wabah, bencana dan kejadian luar biasa.

- c. Penguatan Kelembagaan UPT Rumah Sakit

Sebagaimana diamanahkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah, bahwa rumah sakit daerah provinsi merupakan unit pelaksana teknis dinas daerah provinsi di bidang kesehatan yang bersifat fungsional dan bekerja secara profesional. Rumah sakit daerah provinsi dipimpin oleh direktur, dalam penyelenggaraan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis dibina dan bertanggung jawab kepada dinas kesehatan provinsi serta menerapkan pola pengelolaan keuangan badan

layanan umum daerah. Bentuk organisasi rumah sakit daerah provinsi dan tata hubungan kerjanya sesuai dengan peraturan yang berlaku.

d. Pelayanan Public Safety Centre (PSC)

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) merupakan amanah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2016. SPGDT adalah suatu mekanisme pelayanan korban/pasien gawat darurat yang terintegrasi dan berbasis *call center* dengan menggunakan kode akses telekomunikasi 119 dengan melibatkan masyarakat.

Public Safety Center yang selanjutnya disebut PSC adalah pusat pelayanan yang menjamin kebutuhan masyarakat dalam hal-hal yang berhubungan dengan kegawatdaruratan yang berada di kabupaten/kota yang merupakan ujung tombak pelayanan untuk mendapatkan respon cepat. PSC melakukan pelayanan kesehatan pra rumah sakit.

PSC merupakan bagian utama dari rangkaian kegiatan SPGDT prafasilitas pelayanan kesehatan yang berfungsi melakukan pelayanan kegawatdaruratan dengan menggunakan algoritme kegawatdaruratan. PSC di Jawa Tengah dibentuk oleh Pemerintah Daerah, Pemerintah Kabupaten/Kota se-Jawa Tengah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Masyarakat yang mengetahui dan mengalami kegawatdaruratan medis dapat melaporkan dan/atau meminta bantuan melalui *Call Center* 119. PSC diselenggarakan 24 jam sehari secara terus menerus, dapat dilaksanakan secara bersama-sama dengan unit teknis lainnya di luar bidang kesehatan seperti kepolisian dan pemadam kebakaran tergantung kekhususan dan kebutuhan daerah.

Penanganan pra fasilitas pelayanan kesehatan ini merupakan tindakan pertolongan terhadap korban/pasien gawat darurat yang cepat dan tepat di tempat kejadian sebelum mendapatkan tindakan di fasilitas pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dari PSC dan harus memperhatikan kecepatan penanganan korban/pasien gawat darurat.

e. Penguatan UKM dalam penyelenggaraan UKP di Rumah Sakit

Penguatan UKM dalam penyelenggaraan UKP di Rumah Sakit merupakan pendekatan pelayanan kesehatan yang aktif, komprehensif dan paripurna dari sebuah fasilitas pelayanan kesehatan rujukan yang dalam hal ini adalah rumah sakit. Penguatan UKM dalam penyelenggaraan UKP di Rumah Sakit menitik beratkan pada penguatan upaya kesehatan masyarakat yang terintegrasi dengan pelayanan di rumah sakit yang didalamnya mengintegrasikan pula kesehatan dan pendidikan.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit pada saat ini masih dominan bertumpu pada upaya kuratif dan rehabilitatif. Pengarusutamaan upaya promotif dan preventif dapat peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui perilaku sehat masyarakat dengan rumah sakit. Tujuan Penguatan UKM dalam penyelenggaraan UKP di Rumah Sakit adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan. Dengan sasaran meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas bagi masyarakat.

Sebagai gambaran umum, Penguatan UKM dalam penyelenggaraan UKP adalah rumah sakit yang mampu mengatasi secara paripurna kasus-kasus penyakit berat, kelompok populasi beresiko tinggi, memperkuat pelayanan paripurna fasyankes primer dan sekunder. Kegiatan yang dapat dilakukan rumah sakit untuk menyukseskan Penguatan UKM dalam penyelenggaraan UKP di Rumah Sakit diantaranya:

- 1) Membina dan berkolaborasi dengan fasyankes primer dalam upaya promotif dan preventif;
- 2) Perluasan dan realisasi aksi *emergency* sistem melalui pelayanan kesehatan pra rumah sakit (PSC);
- 3) *Transfer of knowledge* kepada fasilitas pelayanan kesehatan dibawahnya, Puskesmas, masyarakat, keluarga/perorangan;
- 4) Akses promotif dan preventif terbuka dari rumah sakit untuk masyarakat;
- 5) Pelayanan kelompok populasi beresiko tinggi secara paripurna dan terpadu;
- 6) Membangun sistem rujuk balik paripurna dan terpadu;
- 7) Dan lain-lain bentuk kegiatan promotif dan preventif yang mendukung isu-isu strategis dan program prioritas daerah.

3. Pengelolaan

Pengelolaan upaya kesehatan mencakup kegiatan:

a. Perencanaan

Perencanaan disusun secara sistematis, terarah, terpadu, menyeluruh, dan tanggap terhadap perubahan. Perencanaan upaya kesehatan dilakukan secara komprehensif berbagai subsistem. Perencanaan dilakukan berdasarkan target-target kinerja yang ditetapkan dimasing-masing fasilitas pelayanan kesehatan, maupun di tingkat kabupaten/kota dan provinsi.

Perencanaan adalah suatu proses untuk menentukan tindakan masa depan yang tepat, melalui urutan pilihan, dengan memperhitungkan sumber daya yang tersedia.

Perencanaan dalam hal ini berupa perencanaan terhadap masukan (*input*), keluaran (*output*), hasil (*result*), manfaat (*benefit*) dan dampak (*impact*) kegiatan dari program-program maupun target

indikator kesehatan yang ada, perencanaan juga dilakukan terhadap alokasi biaya, waktu, tenaga, sarana prasarana, sasaran, dan target serta pihak-pihak lain yang akan menjadi mitra dalam pelaksanaan kegiatan upaya kesehatan.

b. Pelaksanaan

Pelaksanaan upaya kesehatan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat/ditetapkan. Pengorganisasian perlu dilakukan sebagai tahap pra pelaksanaan kegiatan. Pengorganisasian terhadap tugas masing-masing karyawan, sarana dan prasarana, biaya, bahan dan media pendukung yang akan digunakan serta mitra yang akan diajak bekerja sama mendukung pelaksanaan kegiatan.

c. Pengendalian

Kegiatan pengendalian meliputi pembinaan dan monitoring. Pengendalian merupakan rangkaian kegiatan yang dimaksudkan untuk menjamin agar suatu program/kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana yang ditetapkan, prosedur dan aturan yang berlaku. Pengendalian dilakukan terhadap pelaksanaan rencana kerja serta penggunaan anggaran.

d. Pembinaan

Untuk mendorong pencapaian target-target kinerja yang telah ditetapkan dalam perencanaan, diperlukan pembinaan dan pengawasan. Pembinaan dan pengawasan secara vertikal dilakukan untuk mendorong pencapaian target kinerja sesuai dengan perencanaan dan target kinerja yang ditetapkan. Pembinaan dapat dilakukan pada mulai saat penyusunan perencanaan. Pembinaan dapat berupa konsultasi, fasilitasi, pendidikan dan pelatihan

e. Monitoring

Monitoring dilakukan untuk mengamati perkembangan, kemajuan, identifikasi dan permasalahan serta antisipasi/upaya pemecahannya. Monitoring dimaksudkan untuk menjamin tercapainya tujuan dan sasaran pembangunan yang tertuang dalam perencanaan melalui kegiatan-kegiatan koreksi dan penyesuaian selama pelaksanaan rencana tersebut oleh pimpinan. Periodisasi monitoring ditetapkan oleh masing-masing institusi sebagai alat kontrol terhadap hasil capaian kinerja.

f. Evaluasi.

Evaluasi pelaksanaan rencana adalah kegiatan yang secara sistematis mengumpulkan dan menganalisis data dan informasi untuk menilai pencapaian sasaran, tujuan dan kinerja organisasi/institusi. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan realisasi masukan (*input*), keluaran (*output*), hasil (*result*), manfaat (*benefit*) dan dampak (*impact*) terhadap rencana dan standar. Hasil evaluasi akan menjadi bahan bagi penyusunan rencana organisasi/instansi untuk periode berikutnya.

4. Pencatatan dan pelaporan.

a. Pencatatan

Pencatatan adalah kegiatan atau proses pendokumentasian terhadap suatu aktifitas dalam gedung maupun luar gedung, yang berupa tulisan di atas kertas, file komputer dan lain-lain dengan ilustrasi tulisan, grafik, gambar maupun suara. Pencatatan dilakukan dari kegiatan perencanaan sampai evaluasi. Pencatatan hendaknya dilakukan secara terstruktur dan sesuai dengan standar yang ditetapkan di masing-masing organisasi/instansi. Pencatatan akan menjadi bukti fisik terhadap kegiatan yang dilakukan, yang memiliki kekuatan hukum.

b. Pelaporan

Pelaporan merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk menyampaikan hal-hal yang berhubungan dengan hasil pekerjaan yang telah dilakukan selama satu periode tertentu. Pelaporan memuat hal-hal yang berkaitan dengan hasil kegiatan atau hasil target.

Pelaporan dapat dilakukan harian, mingguan, bulanan, tribulanan, semesteran maupun tahunan, menyesuaikan periodisasi perencanaan yang ada serta standar yang telah ditetapkan dalam model pelaporan masing-masing organisasi/instansi.

2. Sub sistem penelitian dan pengembangan kesehatan

a. Pengertian

Pengelolaan informasi kesehatan, kajian/penelitian dan pengembangan kesehatan, pemanfaatan produk teknologi kesehatan yang diselenggarakan dan dikembangkan guna memberikan data kesehatan (*evidence based*) untuk mendukung pemecahan masalah kesehatan dan perumusan kebijakan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

b. Tujuan

Terselenggaranya kegiatan kajian/penelitian dan pengembangan kesehatan ditujukan untuk menghasilkan informasi kesehatan, produk teknologi, teknologi informasi kesehatan dan rekomendasi sebagai dasar perumusan kebijakan pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

c. Unsur-unsur

1) Penelitian/kajian

a) Biomedis dan teknologi dasar kesehatan meliputi kegiatan kajian untuk memecahkan permasalahan ditinjau dari aspek *host*, *agent*, dan lingkungan dengan pendekatan biologi molekular, bioteknologi, dan kedokteran guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdayaguna.

- b) Teknologi terapan kesehatan & Epidemiologi Klinik meliputi kegiatan kajian untuk menilai faktor risiko penyakit, penyebab penyakit, prognosa penyakit, dan risiko penerapan teknologi dan produk teknologi kesehatan, termasuk obat bahan alam, terhadap manusia guna peningkatan mutu upaya kesehatan.
- 2) Pengembangan hasil penelitian/kajian
- a) Teknologi Intervensi kesehatan masyarakat meliputi kegiatan kajian untuk menilai besaran masalah kesehatan masyarakat, mengembangkan teknologi intervensi, serta menilai reaksi lingkungan terhadap penerapan teknologi dan produk teknologi guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.
 - b) Humoniora, kebijakan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, meliputi kegiatan kajian untuk menganalisis bidang sosial, ekonomi, budaya, etika, hukum, psikologi, formulasi- implementasi, dan evaluasi kebijakan, perilaku, peran serta, dan pemberdayaan masyarakat terkait dengan perkembangan teknologi dan produk teknologi kesehatan guna peningkatan mutu upaya kesehatan.

d. Prinsip

- 1) Terpadu, berkesinambungan, dan paripurna, meliputi kajian dan pengembangan yang dilakukan berkala dan sebagai kelanjutan hasil kajian sebelumnya serta dilakukan menyeluruh di seluruh wilayah Jawa Tengah.
- 2) Akurat dan akuntabel: penelitian/kajian dan pengembangan kesehatan harus dilakukan secara teliti dan berbasis bukti yang dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat.
- 3) Persetujuan setelah penjelasan: penelitian/kajian dan pengembangan kesehatan harus dilakukan atas dasar persetujuan dari Pemerintah dan apabila melibatkan manusia harus atas dasar persetujuan yang bersangkutan setelah diberikan penjelasan terlebih dahulu.
- 4) Bekerja dalam tim secara cepat dan tepat: penelitian/kajian dan pengembangan kesehatan harus dilakukan dengan melibatkan semua pihak yang terkait lintas program, lintas sektoral dan kompeten, bekerja sama, dan dilakukan secara cepat dengan ketepatan yang tinggi, termasuk dalam rangka peningkatan kapasitas dan kompetensi tenaga peneliti kesehatan serta pemanfaatan fasilitas penelitian/kajian dan pengembangan kesehatan sebagai wahana pendidikan tenaga peneliti.
- 5) Norma Agama: penelitian/kajian dan pengembangan kesehatan yang dilakukan tidak boleh bertentangan dengan norma agama dan yang dapat menurunkan harkat dan martabat manusia.

- 6) Kebenaran ilmiah: penelitian/kajian dan pengembangan kesehatan yang dilakukan harus didasarkan pada kebenaran ilmiah, yakni kebenaran yang didapatkan melalui tahap-tahap (proses dan prosedur) metode ilmiah.
- 7) Perlindungan terhadap subjek penelitian dan etik: penelitian/kajian dan pengembangan kesehatan yang dilakukan harus menjamin perlindungan terhadap subjek penelitian. Apabila subjek penelitian tersebut adalah manusia maka harus dilakukan sesuai dengan prinsip etik umum, yaitu menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for person*) yang bertujuan menghormati otonomi dan melindungi manusia yang otonominya terganggu/kurang, berbuat baik (*beneficence*), tidak merugikan (*non-maleficence*), dan keadilan (*justice*). Selain itu kerahasiaan identitas dan data kesehatan subjek penelitian/kajian harus dijaga. Penelitian dan pengembangan kesehatan terhadap manusia hanya dapat dilakukan atas dasar persetujuan tertulis dari manusia yang menjadi subjek penelitian. Penelitian yang menggunakan hewan sebagai subjek penelitian perlu memperhatikan prinsip *reduction*, *refinement*, dan *replacement*. Prinsip ini untuk menghilangkan segi-segi yang tidak manusiawi (*inhumane*) pada penggunaan hewan percobaan. Langkah pertama adalah memilih hewan yang kurang rasa atau tidak rasa (*sentient, non-sentient*) sebagai tindakan *replacement*. Melengkapi tindakan *replacement* harus diupayakan tindakan *refinement* untuk mengurangi atau menghilangkan sejauh mungkin rasa nyeri, ketidaknyamanan, dan kesusahan (*distress*) yang diderita hewan percobaan. Selain itu perlu dilakukan *reduction* yaitu upaya mengurangi jumlah hewan yang digunakan sesedikit mungkin. Penggunaan hewan dalam jumlah besar tidak dapat diterima lagi. Penelitian dan pengembangan yang menggunakan manusia dan hewan percobaan harus mendapatkan persetujuan etik (*ethical clearance*).

e. Penyelenggaraan

- 1) Penelitian/kajian dan pengembangan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Hak atas Kekayaan Intelektual (HAKI) dan dimanfaatkan bagi kesehatan masyarakat.
- 2) Penelitian/kajian dan pengembangan kesehatan diselenggarakan untuk mencegah terjadinya penyakit, mendeteksi adanya penyakit, diperolehnya factor-faktor yang meringankan penderitaan akibat penyakit, memperkecil komplikasi, menganalisis dan memformulasikan berbagai permasalahan yang terjadi dalam pengelolaan kesehatan dan diperolehnya pemetaan permasalahan kesehatan dan rekomendasi pemecahan masalah.
- 3) Penelitian/kajian, pengembangan kesehatan, pemanfaatan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) yang memadai ditujukan untuk

meningkatkan mutu pengelolaan upaya kesehatan. Sesuai dengan perkembangan dan keperluannya, pengembangan dan pemanfaatan IPTEK perlu diperluas untuk mendukung pembangunan kesehatan secara menyeluruh.

- 4) Pengembangan dan pemanfaatan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), meliputi:
 - a) IPTEK kesehatan dihasilkan dari penelitian dan pengembangan kesehatan yang diselenggarakan oleh pusat-pusat penelitian dan pengembangan milik masyarakat, swasta dan Pemerintah Daerah termasuk fasilitas pelayanan kesehatan (misal rumah sakit pendidikan).
 - b) Pemanfaatan dan penyebarluasan IPTEK kesehatan diatur oleh Pemerintah Daerah dengan dukungan organisasi profesi, dilakukan dengan membentuk unit-unit penelitian dan pengembangan unggulan, jaringan informasi, dan dokumentasi IPTEK kesehatan.
- 5) Penelitian kesehatan yang dilaksanakan oleh badan asing dan/atau individu warga negara asing (WNA), serta penelitian yang berisiko tinggi dan berbahaya bagi kesehatan harus atas izin dan diawasi oleh Pemerintah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 6) Penyelenggaraan penelitian/kajian dan pengembangan kesehatan yang memerlukan uji coba terhadap manusia dilakukan dengan jaminan tidak merugikan manusia yang dijadikan uji coba.
- 7) Penyelenggaraan penelitian/kajian dan pengembangan kesehatan yang dilakukan terhadap hewan dan makhluk hidup lainnya harus dijamin untuk melindungi kelestarian hewan dan makhluk hidup.
- 8) Untuk penelitian penyakit infeksi yang muncul baru atau berulang (*new emerging* atau *re-emerging diseases*) yang dapat menyebabkan kepedulian kesehatan dan kedaruratan kesehatan masyarakat (*public health emergency of international concern/PHEIC*) harus dipertimbangkan kemanfaatan (*benefit sharing*) dan penelusuran ulang asal muasalnya (*tracking system*) demi untuk kepentingan nasional.
- 9) Penyelenggaraan penelitian/kajian dan pengembangan kesehatan yang membawa risiko buruk terhadap kesehatan masyarakat tidak diizinkan dan dilarang untuk dilakukan.

3. Sub Sistem Pembiayaan Kesehatan

a. Pengertian

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

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

b. Tujuan

Tujuan dari penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan adalah tersedianya dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, merata dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

c. Unsur-unsur

Unsur – unsur subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari :

1) Dana

Dana digali dari sumber Pemerintah Daerah baik dari sektor kesehatan dan sektor lain terkait, dari masyarakat, maupun swasta serta sumber lainnya yang digunakan untuk mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dana yang tersedia harus mencukupi dan dapat dipertanggungjawabkan.

2) Sumber Daya Pembiayaan

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

3) Pengelolaan Dana Kesehatan

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

d. Prinsip

1) Efektif dan efisien

Jumlah dana yang tersedia harus cukup, dikelola secara efektif dan efisien.

2) Transparan

Pembelanjaan pembiayaan kesehatan dilaksanakan berkelanjutan yang transparan sesuai peraturan dan prosedur yang berlaku.

3) Adil

Masyarakat berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dengan biaya terjangkau. Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari Pemerintah Daerah diarahkan untuk pembiayaan pembangunan

kesehatan termasuk penyelenggaraan kesehatan yang strategis dan mengutamakan UKM serta pembiayaan bagi masyarakat miskin atau rentan.

4) Akuntabel

Bahwa belanja kesehatan harus dapat dipertanggungjawabkan dan dapat dipertanggungjelaskan.

e. Penyelenggaraan

Pemerintah Daerah bertanggung jawab untuk menjamin ketersediaan pembiayaan kesehatan terhadap seluruh subsistem SKP, dengan prioritas pada pembiayaan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan masyarakat miskin dan upaya kesehatan kegawatdaruratan, kejadian luar biasa dan penanggulangan bencana.

1) Mobilisasi

Adalah kegiatan penggalan dana dengan cara menghimpun dana dari berbagai sumber pembiayaan yakni dari Pemerintah Daerah, masyarakat maupun swasta dan dunia usaha.

Pemerintah Daerah menyelenggarakan pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud bersumber dari APBD dan/atau sumber-sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

2) Alokasi

Adalah penetapan peruntukan dana yang telah dihimpun untuk pembangunan kesehatan termasuk penyelenggaraan upaya kesehatan dan atau penyelenggaraan subsistem yang lain.

Pembiayaan Kesehatan diarahkan untuk menjamin ketersediaan dana dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna.

Pengalokasian pembiayaan kesehatan dilaksanakan untuk penyelenggaraan kesehatan yang komprehensif dan terbagi secara proporsional untuk UKM dan UKP untuk pencapaian SPM.

Pengalokasian dana dilakukan melalui perencanaan anggaran dengan mengutamakan :

- a) Program prioritas;
- b) Layanan publik terutama upaya kesehatan promotif dan preventif;
- c) Peningkatan jumlah alokasi secara bertahap;
- d) Program bantuan sosial dan program kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi terhadap derajat kesehatan masyarakat; dan
- e) Penanganan pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, orang dengan gangguan jiwa terlantar, kelompok lanjut usia dan anak terlantar perlu koordinasi dan dukungan stakeholder terkait secara paripurna.

3) Utilisasi

Adalah pemakaian dana yang telah dialokasikan, dimana alokasi dana Pemerintah Daerah pembelanjannya melalui APBD sesuai

peruntukannya dan alokasi dana di luar Pemerintah Daerah pembelanjannya sesuai ketentuan dan kesepakatan yang telah ditetapkan.

Pembelanjaan dana dilakukan dengan mempertimbangkan :

- a) Aspek teknis;
- b) Alokasi sesuai tujuan penggunaan upaya kesehatan;
- c) Tata kelola pemerintahan yang baik; dan
- d) Jaminan pemeliharaan kesehatan yang bersifat wajib.

4) Tata Cara Pembiayaan

Menyangkut tata cara pembiayaan pelayanan kesehatan melalui sudut pandang penyelenggara pelayanan kesehatan dan sudut pemakai jasa pelayanan kesehatan.

Pembiayaan pelayanan kesehatan dari sudut pemakai jasa sebagai bentuk pembayaran terhadap jasa pelayanan kesehatan pada Fasyankes/*provider* terus dikembangkan guna memperoleh model pembayaran yang dapat mengendalikan mutu pelayanan dan biaya pelayanan. Cara pembayaran langsung setelah pelayanan diberikan (*fee for service*) dialihkan kepada model pembayaran tidak langsung (pra upaya). Adapun pelayanan kesehatan untuk orang dengan gangguan jiwa terlantar, kelompok lanjut usia dan anak terlantar menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah.

Sedangkan dari sudut penyelenggara pelayanan kesehatan/*provider* cara pembayaran pelayanan diarahkan pada cara pembayaran melalui pihak ke 3 dengan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan.

5) Pemantauan dan Evaluasi

Pemerintah Daerah melakukan pemantauan dan evaluasi kebijakan terhadap :

- a) Pengelolaan dana kesehatan dari swasta, masyarakat dan/atau lembaga donor melalui mekanisme pencatatan dan pelaporan terhadap pembiayaan;
- b) Pelaksanaan dan pengembangan Jaminan Kesehatan Nasional; dan/atau
- c) Pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, orang dengan gangguan jiwa terlantar, kelompok lanjut usia dan anak terlantar perlu stakeholder terkait.

4. Sub Sistem Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)

a. Pengertian

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

Sumber daya manusia kesehatan adalah seseorang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.

Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan minimal jenjang Diploma III yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

b. Tujuan

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

c. Unsur-unsur

1) Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)

Sumber daya manusia kesehatan baik tenaga kesehatan maupun tenaga pendukung/penunjang kesehatan wajib memiliki kompetensi, kewenangan, etika, akhlak luhur dan berdedikasi tinggi dalam melaksanakan tugas dan mengabdikan dirinya di bidang kesehatan.

2) Sumber daya pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan

Sumber daya pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan adalah sumber daya pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan, yang meliputi:

- a) Standar kompetensi;
- b) Kurikulum dan modul;
- c) Metode pendidikan dan latihan;
- d) Sumber daya manusia pendidikan dan pelatihan;
- e) Institusi dan fasilitas pendidikan dan pelatihan yang menyediakan sarana dan prasarana pendidikan dan pelatihan;
- f) Dana; dan
- g) Peralatan dan perlengkapan untuk melakukan perencanaan, pengembangan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu SDM Kesehatan.

3) Penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan

a) Perencanaan SDM Kesehatan

Perencanaan SDM Kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah, kualifikasi dan distribusi SDM Kesehatan sesuai dengan kondisi suatu wilayah dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Dalam hal perencanaan SDM Kesehatan, maka untuk menjangkau kemandirian masyarakat dalam berperilaku hidup sehat, maka

diperlukan SDMK yang lebih banyak dan berkualitas untuk memperkuat upaya kesehatan masyarakat baik di Puskesmas maupun Balikesmas, seperti tenaga gizi, sarjana kesehatan masyarakat, epidemiologi, sanitarian, promosi kesehatan dan lain-lain tenaga kesehatan pendukung upaya kesehatan masyarakat.

b) Pengembangan SDMK

Pengembangan SDMK adalah upaya untuk meningkatkan mutu dan karier SDMK melalui pendidikan dan pelatihan secara berkesinambungan sesuai dengan perencanaan dan pendayagunaan SDMK.

c) Pendayagunaan SDMK

Pendayagunaan SDMK adalah upaya pemerataan dan pemanfaatan serta pengembangan SDMK

d) Pembinaan dan pengawasan mutu SDMK

Pembinaan dan pengawasan mutu SDMK adalah upaya untuk mengarahkan, memberikan dukungan, serta mengawasi pengembangan dan pemberdayaan mutu SDMK.

d. Prinsip

1) Perencanaan dan pengembangan SDMK memperhatikan aspek-aspek sebagai berikut :

a) Adil dan Merata serta Demokratis

Pemenuhan ketersediaan dan pengembangan kompetensi SDMK sesuai dengan potensi dan kebutuhan pembangunan kesehatan serta dilaksanakan secara demokratis, tidak diskriminatif dengan menjunjung tinggi hak asasi manusia.

b) Kompeten dan Berintegritas

Pengembangan SDMK dilaksanakan sesuai standar pelayanan dan standar kompetensi guna menghasilkan SDMK yang menguasai Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), profesional, beriman, bertaqwa, mandiri, bertanggung jawab dan berdaya saing tinggi.

c) Objektif dan Transparan

Pengembangan kompetensi dan karir SDMK dilakukan secara objektif dan transparan berdasarkan prestasi kerja dan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.

d) Hierarki Dalam SDMK

Pengembangan dan pemberdayaan SDMK memperhatikan jenis, tingkat tanggung jawab, wewenang dan kompetensi SDMK.

2) Perencanaan dan pengembangan SDMK diselenggarakan berkoordinasi dengan pihak-pihak terkait antara lain : Badan Kepegawaian Daerah, Institusi Pendidikan Kesehatan, Lembaga penyelenggara pelatihan, Organisasi Profesi dan pihak terkait lainnya.

- 3) Pembiayaan perencanaan dan pengembangan SDMK dapat dibiayai dengan APBD, swasta atau sumber dana lain yang tidak mengikat yang diatur dalam Sub Sistem Pembiayaan Kesehatan.

e. Penyelenggaraan

1) Perencanaan SDMK

- a) Perencanaan SDMK meliputi perencanaan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan baik jenis, jumlah, maupun kualifikasinya dan perencanaan pengembangan kompetensi SDMK dilakukan dengan memperhatikan tujuan pembangunan kesehatan dan kecenderungan permasalahan kesehatan di masa depan.
- b) Penyusunan rencana kebutuhan SDMK dilakukan guna mendukung upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat (upaya kesehatan primer, sekunder serta tersier).
- c) Perencanaan SDMK digunakan sebagai acuan dalam penempatan, pemanfaatan, pengembangan, pembinaan dan pengawasan mutu SDMK.
- d) Perencanaan SDMK memperhatikan aspek pemerataan dan sebaran SDMK di daerah.

2) Pengembangan SDMK

- a) Pengembangan SDMK diarahkan untuk meningkatkan kinerja individu dan unit kerja.
- b) Pengembangan SDMK dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan.
- c) Penyelenggaraan pelatihan mengacu pada analisis kebutuhan pelatihan dan diselenggarakan oleh lembaga pelatihan yang terakreditasi
- d) Pemerintah Daerah bersama dengan lembaga pelatihan, organisasi profesi kesehatan dan pihak terkait lainnya mengembangkan kompetensi SDMK.
- e) Pemerintah Daerah dan swasta menerapkan pola karir yang dilakukan secara transparan, terbuka, dan lintas institusi melalui jenjang jabatan struktural dan jabatan fungsional.
- f) Pengembangan kompetensi SDMK melalui pendidikan dan pelatihan SDMK diarahkan pada peningkatan pengetahuan dan keterampilan serta etika profesi guna mendukung pelaksanaan tugas organisasi/ unit kerja.
- g) Pengembangan karir dilaksanakan secara objektif dan transparan berdasarkan prestasi kerja dan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.

3) Pendayagunaan SDMK

- a) Pemerintah Daerah melakukan upaya penempatan dan pemerataan SDMK (baik jumlah dan jenis) untuk mendukung

Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM).

- b) Pemanfaatan SDMK dilakukan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.
 - c) Pendayagunaan tenaga kesehatan warga negara asing hanya dilakukan dalam rangka alih teknologi pada tingkat konsultan di bidang tertentu, dan ditetapkan melalui persyaratan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku serta tidak merugikan SDMK Provinsi Jawa Tengah.
- 4) Pembinaan dan Pengawasan Mutu SDMK
- a) Pembinaan dan pengawasan mutu SDMK diarahkan pada pembentukan SDMK yang mampu menerapkan pengetahuan dan keterampilan dalam melaksanakan tugas sesuai dengan etika profesi dan kewenangan yang dimiliki.
 - b) Pembinaan dan pengawasan praktek profesi bagi tenaga kesehatan dilakukan melalui uji kompetensi, sertifikasi, registrasi dan lisensi bagi tenaga kesehatan yang memenuhi syarat.
 - c) Pembinaan dan pengawasan SDMK dilakukan melalui sistem karier, penggajian dan tunjangan/ insentif/ tambahan penghasilan untuk hidup layak sesuai dengan tata nilai di masyarakat dan beban tugasnya agar dapat bekerja secara profesional.
 - d) Pengawasan SDMK dilakukan untuk mencegah terjadinya pelanggaran etik/ disiplin/ hukum yang dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun tenaga pendukung/ penunjang kesehatan yang bekerja dalam bidang kesehatan.
 - e) Pelanggaran etik dapat dikenakan sanksi etik oleh organisasi profesi yang bersangkutan. Pelanggaran disiplin dapat dikenakan sanksi disiplin sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Apabila pelanggaran tersebut menyebabkan kerugian kepada pihak lain, maka dalam rangka melindungi masyarakat, yang bersangkutan dapat dikenakan sanksi hukum sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.

5. Sub Sistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan

a. Pengertian

Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan adalah pengelolaan berbagai upaya yang menjamin ketersediaan, keamanan, khasiat/kemanfaatan, mutu sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan.

Sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika.

Alat kesehatan adalah instrumen, apparatus, mesin dan/ atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.

Makanan adalah kebutuhan pokok manusia yang dibutuhkan setiap saat dan memerlukan pengelolaan yang baik dan benar agar bermanfaat bagi tubuh. Menurut WHO, yang dimaksud makanan adalah : *“Food include all substances, whether in a natural state or in a manufactured or prepared form, wich are part of human diet.”* Batasan makanan tersebut tidak termasuk air, obat-obatan dan substansi-substansi yang diperlukan untuk tujuan pengobatan.

b. Tujuan

Tujuan penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah tersedianya sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang terjamin keamanan, khasiat/ kemanfaatan dan mutu, dan khusus untuk obat meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauannya guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

c. Unsur-unsur

1) Komoditi

- a) Sediaan farmasi adalah komoditi untuk penyelenggaraan upaya kesehatan. Sediaan farmasi harus tersedia dalam jenis, bentuk, dosis, jumlah, dan khasiat yang tepat.
- b) Alat kesehatan adalah komoditi untuk fasilitas pelayanan kesehatan. Alat kesehatan harus tersedia dalam jenis, bentuk, jumlah, dan fungsinya dan telah memenuhi standar berdasarkan hasil Pengujian dan/atau Kalibrasi, harus diberikan Sertifikat dan Label laik pakai.
- c) Makanan adalah komoditi yang mempengaruhi kesehatan masyarakat. Makanan harus tersedia dalam jenis dan manfaat tersedia dalam kemasan atau tanpa kemasan yang memenuhi syarat higienis, bergizi, tidak mengandung cemaran zat yang berbahaya.

2) Sumber Daya Kefarmasian

- a) Sumber Daya Manusia dalam pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan harus dengan jumlah yang cukup serta mempunyai standar kompetensi yang sesuai dengan etika profesi (Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian).
- b) Sarana dan Prasarana/ Fasilitas untuk pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah peralatan atau tempat yang harus memenuhi kebijakan yang telah ditetapkan (dalam jumlah yang cukup serta sesuai standar) baik di fasilitas

produksi, distribusi maupun fasilitas pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier.

3) Pembiayaan yang cukup dari Pemerintah Daerah diperlukan untuk meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauan obat, terutama obat dan alat kesehatan esensial bagi masyarakat miskin.

4) Pelayanan

a) Pelayanan Kefarmasian ditujukan untuk dapat meningkatkan penggunaan sediaan farmasi secara rasional, aman dan bermutu.

b) Pelayanan Alat Kesehatan ditujukan untuk menjamin tersedianya alat kesehatan sesuai standar pelayanan, persyaratan mutu, keamanan, manfaat, keselamatan dan laik pakai, perlu dilakukan pengujian dan/atau kalibrasi.

c) Pelayanan Makanan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia harus tersedia dalam jenis dan manfaat tersedia dalam kemasan atau tanpa kemasan yang memenuhi syarat, higienis, bergizi, tidak mengandung zat yang tidak berbahaya.

5) Pengawasan yang komprehensif dengan melaksanakan regulasi yang baik ditujukan untuk menjamin setiap sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar memenuhi standar dan persyaratan keamanan, khasiat/ manfaat, dan mutu produk yang ditetapkan dengan didukung oleh laboratorium pengujian yang handal.

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

b) Penyediaan unit pelayanan publik bidang kesehatan diadakan untuk menangani berbagai masalah yang mudah diakses oleh masyarakat dan menerima keluhan atau pertanyaan terkait dengan sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan.

d. Prinsip

1) Aman, berkhasiat/ manfaat, dan bermutu

a) Pemerintah Daerah menjamin keamanan, khasiat/kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan melalui pembinaan, pengawasan dan pengendalian secara profesional, bertanggung jawab, independen, transparan dan berbasis bukti ilmiah.

b) Pelaku usaha bertanggung jawab atas keamanan, khasiat/kemanfaatan dan mutu produk sesuai dengan fungsi usahanya dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

c) Ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan

Sediaan Farmasi, alat kesehatan dan makanan merupakan kebutuhan dasar manusia yang tidak tergantikan dalam pelayanan kesehatan, sehingga Ketersediaan, pemerataan dan

keterjangkauan harus dijamin dan tidak boleh diperlakukan sebagai komoditas ekonomi semata.

d) Rasional

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

2) Transparan dan bertanggung jawab

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

3) Kemandirian dan potensi sumber daya

Sumber daya utamanya bahan baku obat dan obat tradisional, alat kesehatan, makanan lokal harus dikelola secara profesional, sistematis dan berkesinambungan sehingga memiliki daya saing tinggi dan mengurangi ketergantungan serta menjadi sumber meningkatnya ekonomi masyarakat.

e. Penyelenggaraan

Penyediaan dan pelayanan obat berpedoman pada Formularium Nasional (FORNAS) dan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan. Pemerintah Daerah dengan pengaturan khusus meningkatkan ketersediaan obat bagi masyarakat dan obat yang tidak mempunyai nilai ekonomis (*orphandrug*) serta melakukan pengendalian dan pengawasan terhadap pengadaan dan penyaluran untuk meningkatkan ketersediaan dan pemerataan obat.

Penyediaan dan pelayanan sediaan farmasi alat kesehatan dan dan makanan untuk mendukung pemenuhan SPM Provinsi berpedoman pada persyaratan standar keamanan, mutu dan kemanfaatan kesehatan.

6. Sub Sistem Manajemen, Informasi Dan Regulasi Kesehatan

a. Pengertian

Subsistem manajemen kesehatan, informasi dan regulasi kesehatan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, yang mendukung subsistem lainnya dari SKP guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

b. Tujuan

Tujuan subsistem manajemen kesehatan, informasi dan regulasi adalah terwujudnya kebijakan kesehatan yang berbasis bukti dan operasional, terselenggaranya fungsi-fungsi administrasi kesehatan yang berhasil guna, berdaya guna, dan akuntabel, serta didukung oleh

hukum kesehatan untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dapat memberikan data dan informasi terkini, akurat, valid, cepat, transparan, berhasil guna, berdaya guna yang bermanfaat untuk monitoring dan evaluasi *input*, proses, *output* dan *outcome* serta untuk menelaah hasil-hasil tiap proses berdasarkan relevansinya, selain sebagai subsistem yang menyatukan tiap komponen dalam SKP. Data dan informasi tersimpan dalam “basis data” yang sama yang dapat memberikan pedoman, arah dan kebijakan pembangunan untuk para pelaku pembangunan kesehatan untuk memberikan perlindungan kepada masyarakat dan pemberi pelayanan, menjamin keadilan, kesetaraan dalam upaya dan pelayanan kesehatan di Jawa Tengah.

c. Unsur-unsur

1) Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan pedoman yang menjadi acuan bagi semua pelaku pembangunan kesehatan, baik Pemerintah Daerah, swasta, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan memperhatikan kewenangan daerah.

2) Administrasi Kesehatan

Administrasi kesehatan merupakan kegiatan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

3) Sumber Daya

Sumber daya manajemen kesehatan, meliputi: SDM, dana, sarana prasarana, standar, kelembagaan dan informasi kesehatan yang berbasis bukti (*evidence based*) digunakan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam upaya mendukung terselenggaranya pembangunan kesehatan.

a) Sasaran

- (1) Pemerintah Daerah
- (2) Pemangku Kebijakan
- (3) Sumber Daya Manusia Kesehatan

b) Upaya

Dalam rangka mencapai tujuan pembangunan Jawa Tengah pembangunan kesehatan menjadi salah satu arus utama pembangunan. Untuk itu, subsistem manajemen kesehatan diselenggarakan dengan menyinergikan unsur kebijakan dan administrasi.

(1) Kebijakan Kesehatan

Penyelenggaraan proses kebijakan kesehatan dilakukan secara optimal dengan mengacu kepada Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) kebijakan pembangunan kesehatan provinsi, penetapan skala prioritas berbasis bukti

dari berbagai sumber yang tersedia, melalui proses pengkajian, analisa dan perumusan kebijakan yang melibatkan masyarakat dan berbagai stakeholder terkait, berorientasi pada kepentingan masyarakat, didukung dengan SDM yang kompeten, untuk dilaksanakan secara bersama oleh seluruh pelaku pembangunan kesehatan secara sinergi dan dinamis.

(2) Administrasi Kesehatan

Penyelenggaraan administrasi kesehatan meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban didasarkan atas urusan wajib bidang kesehatan yang dilaksanakan secara berdaya guna dan berhasil guna, terpadu berlandaskan pada arah kebijakan pembangunan Jawa Tengah dengan memperhatikan NSPK dan prioritas pembangunan kesehatan, berorientasi pada kepentingan masyarakat, responsif gender, memanfaatkan teknologi informasi, didukung SDM yang kompeten, dan pembiayaan yang mencukupi dilaksanakan secara sinergi dan berkesinambungan antara sektor kesehatan dengan sektor lain, Pusat dan Daerah dengan mempertimbangkan otonomi dan memperhatikan peraturan perundangan yang berlaku.

d. Prinsip

1) Inovasi atau Kreativitas

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

2) Kepemimpinan yang Visioner

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

3) Sinergisme yang Dinamis

Pendekatan manajemen kesehatan menggunakan prinsip efisiensi, efektifitas, dan transparansi melalui pendekatan sistem, kontingensi dan sinergi yang dinamis. Dalam manajemen ini penting adanya interaksi, transparansi, interelasi dan interdependensi yang dinamis di antara para pelaku pembangunan kesehatan.

4) Pendekatan Holistik, Integratif, Tematik dan Spasial

Perencanaan kebijakan, program, dan anggaran perlu disusun secara holistik, integratif, tematik dan spasial. Pendekatan ini melibatkan keseluruhan komponen atau bagian-bagian yang membentuknya dan disatukan, dihubungkan atau dikaitkan dengan

didasari sebuah tema melalui pemanfaatan data dan teknologi digital.

e. Penyelenggaraan

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

Adanya inovasi di bidang teknologi dan informasi dipergunakan untuk memperkuat basis upaya promotif dan preventif, di Dinas Kesehatan Provinsi dan semua fasilitas pelayanan kesehatan guna mendukung perilaku hidup sehat masyarakat.

7. Sub Sistem Pemberdayaan Masyarakat

a. Pengertian

Subsistem pemberdayaan masyarakat adalah pengelolaan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik individu, kelompok, maupun masyarakat secara terencana, terpadu dan berkesinambungan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

b. Tujuan

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

c. Unsur-unsur

- 1) Penggerak pemberdayaan melibatkan seluruh komponen dan segala lapisan masyarakat.
- 2) Sasaran pemberdayaan adalah perorangan dan kelompok.
- 3) Kegiatan hidup sehat diterapkan pada masyarakat dan diharapkan akan melembaga sehingga menjadi daya dorong kuat untuk mencapai kesehatan seluruh masyarakat.
- 4) Sumber daya yang didukung dengan penciptaan iklim pada masyarakat untuk mampu terlibat dan bergerak dengan potensi yang dimiliki masyarakat.

Upaya pemberdayaan masyarakat perlu memperhatikan empat unsur pokok, yaitu:

- 1) Aksesibilitas informasi merupakan kekuatan yang berkaitan dengan peluang, layanan, penegakan hukum, efektivitas negosiasi dan akuntabel.
- 2) Keterlibatan dan partisipasi menyangkut siapa yang dilibatkan dan bagaimana mereka terlibat dalam keseluruhan proses pembangunan.
- 3) Akuntabilitas
Akuntabilitas berkaitan dengan pertanggungjawaban publik atas segala kegiatan yang dilakukan dengan mengikutsertakan masyarakat.
- 4) Kapasitas organisasi dalam memecahkan masalah
Merupakan kemampuan bekerja sama, mengorganisir masyarakat serta memobilisasi sumber daya untuk memecahkan masalah-masalah yang dihadapi.

d. Prinsip

- 1) Kesukarelaan
Keterlibatan seseorang dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat tanpa paksaan, melainkan harus dilandasi oleh kesadaran sendiri dan motivasinya untuk memperbaiki dan memecahkan masalah kehidupan yang dirasakan.
- 2) Otonom
Kemampuan untuk mandiri atau melepaskan diri dari ketergantungan yang dimiliki oleh setiap individu, kelompok maupun kelembagaan yang lain.
- 3) Keswadayaan
Kemampuan untuk merumuskan, melaksanakan kegiatan dengan penuh tanggung jawab, tanpa menunggu atau mengharapkan dukungan pihak luar.
- 4) Partisipatif
Keikutsertaan semua pemangku kepentingan sejak pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi dan pemanfaatan hasil-hasil kegiatannya.
- 5) Egaliter
Menempatkan semua pemangku kepentingan dalam kedudukan yang setara, sejajar, tidak ada yang ditinggikan dan tidak ada yang merasa direndahkan.
- 6) Demokratis
Memberikan hak kepada semua pihak untuk mengemukakan pendapatnya dan saling menghargai pendapat maupun perbedaan diantara sesama pemangku kepentingan.
- 7) Keterbukaan
Dilandasi kejujuran, saling percaya dan saling peduli.
- 8) Kebersamaan
Saling berbagi, membantu dan mengembangkan sinergisme.

9) Akuntabilitas

Bertanggungjawab, terukur dan terbuka untuk diawasi oleh pihak-pihak terkait

10) Desentralisasi

Yaitu memberi kewenangan kepada setiap daerah otonom (kabupaten dan kota) untuk mengoptimalkan sumberdaya kesehatan bagi sebesar-besarnya kemakmuran masyarakat dan kesinambungan pembangunan kesehatan.

Prinsip - prinsip pemberdayaan masyarakat tersebut berlandaskan:

- 1) Menghargai kearifan lokal;
- 2) Mencakup pengetahuan lokal, ketrampilan lokal, budaya lokal, proses lokal dan sumber daya lokal;
- 3) Ekologis;
- 4) Meliputi keterkaitan, keberagaman, keseimbangan dan keberlanjutan;
- 5) Keadilan sosial dan hak asasi manusia; dan
- 6) Tidak merugikan serta senantiasa memberikan manfaat kepada semua pihak.

e. Penyelenggaraan

1) Penggerakan masyarakat

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

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

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

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

2) Pengorganisasian dalam pemberdayaan

Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan melalui individu, kelompok dan masyarakat luas sesuai dengan kepentingannya. Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan pula melalui pendekatan ketatanan, seperti : rumah tangga, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum dan fasilitas kesehatan agar terwujud pemberdayaan masyarakat yang berhasil guna dan berdaya guna serta terjamin kesinambungannya.

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

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

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

Pemerintah Daerah membuka akses informasi dan dialog, menyiapkan regulasi, membekali pengetahuan dan keterampilan bagi masyarakat, dukungan sumber daya untuk membangun kemandirian dalam upaya kesehatan dan mendorong terbentuknya Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), seperti: Posyandu, Posyandu Lansia, Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu), Desa/ Kelurahan Siaga Aktif, Saka Bakti Husada (SBH), Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK), Pemuda Siaga Peduli Bencana (Dasipena) dan kemandirian dalam upaya kesehatan.

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

3) Advokasi

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

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

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

4) Kemitraan

Kemitraan adalah kerjasama antara dua pihak atau lebih untuk mencapai suatu tujuan bersama, dimana masing-masing memiliki hak dan tanggung jawab sesuai dengan kesepakatan dan prinsip-prinsip kemitraan.

Prinsip-prinsip kemitraan bidang kesehatan:

- a) Kesamaan kepentingan; yang akan menciptakan rasa memiliki dan komitmen yang kuat.
- b) Kejelasan tujuan; tujuan dirumuskan dengan jelas dan terukur, sehingga semua pihak yang bekerjasama dapat memantau kemajuan dari upaya kerjasama.
- c) Kesetaraan kedudukan; asas demokrasi harus dipegang dalam menyelenggarakan kemitraan. Masing-masing pihak harus menempatkan diri setara dengan pihak lain.

d) Tranparansi; keterbukaan informasi dengan pihak yang bekerjasama agar dapat diambil keputusan bersama secara tepat. Pembinaan pemberdayaan masyarakat dilakukan untuk menjaga keberlangsungan partisipasi masyarakat yang dapat dilakukan melalui pemberian penghargaan, pendampingan, lomba, bina suasana dan advokasi.

5) Peningkatan sumber daya.

Pemberdayaan masyarakat perlu didukung oleh pengembangan dan pemberdayaan SDM yang kuat, pembiayaan yang memadai, dan dukungan sarana prasarana.

Pemberdayaan masyarakat secara lebih spesifik dapat didampingi penggerak yang berperan sebagai fasilitator, komunikator dan dinamisator.

D. PENYELENGGARAAN

1. Pelaku

Pelaku SKP adalah Pemerintah Daerah dan/ atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha dan lembaga swasta bertanggung jawab atas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai peran dan fungsinya masing-masing.

2. Proses Penyelenggaraan

Penyelenggaraan SKP dilaksanakan di tingkat Pemerintah Daerah.

3. Pentahapan Penyelenggaraan

Pengelolaan kesehatan mencakup kegiatan perencanaan, pengaturan, pembinaan, pengawasan dan evaluasi penyelenggaraan upaya kesehatan dan sumber dayanya secara serasi dan seimbang dengan melibatkan masyarakat.

Tujuan pembangunan kesehatan dapat dicapai bila didukung oleh kerjasama dengan semangat kemitraan antar semua pelaku pembangunan

di Provinsi Jawa Tengah, termasuk badan legislatif dan yudikatif, masyarakat dan sektor swasta.

Sebagai dokumen kebijakan pengelolaan kesehatan, SKP merupakan acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Jawa Tengah melibatkan masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha dan lembaga swasta untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna.

Sistem Kesehatan Provinsi harus mampu menjawab peluang, tantangan dan perubahan lingkungan strategis global, nasional dan lokal, oleh karenanya semua pemangku kepentingan wajib memantau kinerja dan berkontribusi terhadap pembangunan kesehatan.

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

GANJAR PRANOWO