



BUPATI GRESIK

PERATURAN BUPATI GRESIK NOMOR 43 TAHUN 2007

TENTANG

PEDOMAN SISTEM KESEHATAN KABUPATEN GRESIK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI GRESIK

Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan pembangunan kesehatan agar dapat tercapai tingkat kesehatan masyarakat yang maksimal diperlukan penyelenggaraan kesehatan secara menyeluruh, terarah, merata, bermutu, terjangkau dan berkesinambungan melalui proses terintegrasi sebagaimana telah diarahkan dalam Sistem Kesehatan Nasional;

b. bahwa sehubungan dengan maksud tersebut pada huruf a perlu menetapkan Pedoman Sistem Kesehatan Kabupaten Gresik dengan Peraturan Bupati Gresik.

Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952).

2. Undang-undang Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952)

3. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara 4437) sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 8 Tahun 2005 (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4548).

4. Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438)
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 131 / Menkes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional
6. Surat Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor. 188/23/KPTS/013/2007 tentang Sistem Kesehatan Propinsi Jawa Timur.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI GRESIK TENTANG PEDOMAN SISTEM KESEHATAN KABUPATEN GRESIK**

Pasal 1

Dengan Peraturan Bupati ini ditetapkan Pedoman Sistem Kesehatan kabupaten Gresik, sebagaimana tersebut dalam lampiran Peraturan Bupati ini.

Pasal 2

Bagi semua Pihak dalam penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan agar berpedoman pada Peraturan Bupati ini

Pasal 3

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Gresik.

Ditetapkan di Gresik

Pada Tanggal 24 September 2007

BUPATI GRESIK

Ttd

Drs. KH. ROBBACH MA'SUM, MM.

**Diumumkan Dalam
Berita Daerah Kabupaten Gresik
Tgl, 24 September 2007 No: 2054**

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan di Kabupaten Gresik telah dilaksanakan dengan mengacu kepada kebijakan yang tertuang baik dalam RPJMD Kabupaten Gresik, Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik dan dengan memperhatikan Sesanti (SATYA BINA KERTARAHARJA) dan Slogan (GRESIK BERHIAS IMAN) serta berpedoman pada standart pelayanan minimal bidang kesehatan (SK Menkes No. 1091 Tahun 2004) dan Indikator Indonesia Sehat 2010 (SK Menkes No. 1202 tahun 2003) namun Kabupaten Gresik belum memiliki pedoman norma, nilai, atau aturan pokok yang dapat dipakai sebagai landasan, arah dan pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang telah disahkan dan memiliki kekuatan hukum.

Pelaksanaan pembangunan kesehatan tersebut diselenggarakan secara menyeluruh, terarah, merata, bermutu, terjangkau dan berkesinambungan melalui proses yang terintegrasi didasarkan pada SK Menkes No. 131 / Menkes / SK / II / 2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan SK Gubernur Jawa Timur No. 188 / 23 / KPTS / 013 / 2007 Tentang Sistem Kesehatan Propinsi (SKP) Jawa Timur, SK Menkes 1202 / Menkes) SK / VIII / 2003 Tentang Indikator Indonesia Sehat 2010, SK Menkes 128 / Menkes / II / 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, SK Menkes 1091 / Menkes / SK / X / 2004 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten / Kota dan Keputusan Gubernur nomor 27/2004 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota.

Sejalan dengan itu untuk menghadapi berbagai perubahan dan tantangan strategis yang ada, Sidang MPR tahun 1999 telah menetapkan Ketetapan MPR R.I Nomor X Tahun 1999 tentang Pokok-pokok Reformasi Pembangunan. Ketetapan MPR ini mengamanatkan perlu dilakukannya pembaharuan melalui reformasi total kebijakan pembangunan dalam segala bidang.

Diberlakukannya Undang - Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang - Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah, serta dilakukannya Amandemen Undang - Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) pada tahun 2002, juga merupakan perubahan dan tantangan strategis internal lainnya yang perlu pula diperhatikan.

Pada dekade terakhir Kabupaten Gresik khususnya dan Indonesia pada umumnya menghadapi berbagai perubahan dan tantangan strategis yang mendasar baik eksternal maupun internal, yang perlu dipertimbangkan dalam melaksanakan pembangunan kesehatan. Dalam konteks eksternal, perubahan dan tantangan strategis yang terjadi adalah berlangsungnya era globalisasi perkembangan teknologi, transportasi, dan telekomunikasi-informasi yang ditandai oleh meningkatnya persaingan bebas, yang mengharuskan masyarakat Kabupaten Gresik mampu meningkatkan daya saing. Di sisi lain peningkatan mutu Sumber Daya Manusia (SDM) mengacu Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan yang di Kabupaten Gresik masih sangat diperlukan. Dalam konteks internal, perubahan dan tantangan saat ini adalah keadaan politik, ekonomi, sosial, budaya dan keamanan yang memerlukan perhatian karena akan berdampak luas terhadap peri kehidupan masyarakat di Kabupaten Gresik ini.

Kebijakan pembangunan Kabupaten Gresik menetapkan salah satu prioritasnya pada Peningkatan Kualitas Pendidikan dan Kesehatan seperti yang termaktub dalam Peraturan Bupati Gresik No. 156 Tahun 2005 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2006 - 2010. Disamping itu kebijakan pembangunan kesehatan Kabupaten Gresik juga tertuang dalam Perda 26 tahun 2000 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas - Dinas Daerah Kabupaten Gresik, Perda No. 03 tahun 2001 tentang Penjabaran Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik. Hal ini merupakan upaya untuk mengembangkan pelayanan kesehatan di Kabupaten Gresik sesuai dengan kebijakan kesehatan Nasional, kebutuhan masyarakat dan permasalahan kesehatan yang ada.

Untuk mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan yang telah dilakukan tersebut disusunlah Sistem Kesehatan Kabupaten (SKK) yang diharapkan dapat menjawab dan merespon berbagai tantangan pembangunan

kesehatan di Kabupaten Gresik, baik untuk masa kini maupun untuk masa mendatang.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

SKK ini ditetapkan dengan maksud mengemban dan mengamankan pelaksanaan SKN dan SKP yang diselenggarakan secara spesifik seperti harapan yang tertuang dalam pesan sesanti dan slogan, di pakai sebagai landasan dan pedoman serta memberikan arah dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kabupaten Gresik.

Tujuannya agar pembangunan kesehatan dapat berhasil guna dan berdaya guna serta bermanfaat bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

BAB II

DATA. ANALISIS DAN KECENDERUNGAN

A. GAMBARAN UMUM

1. Keadaan Geografis

Secara geografis Kabupaten Gresik terletak antara 7° - 8° lintang selatan dan 112° - 113° bujur timur, dengan luas wilayah 1.191,25 kilometer persegi. Wilayahnya merupakan dataran rendah dengan ketinggian 0-25 meter di atas permukaan air laut (kecuali kecamatan Penceng mempunyai 25 meter permukaan air laut). Hampir sepertiga bagian dari wilayah Kabupaten Gresik merupakan daerah pesisir pantai, yaitu sepanjang Kecamatan Kebomas, sebagian Kecamatan Gresik, Kecamatan Manyar, Kecamatan Bungah dan Kecamatan Ujung Pangkah, Sidayu dan Panceng, serta Kecamatan Tambak dan Kecamatan Sangkapura yang berada di Pulau Bawean dengan batas wilayah :

- a. Sebelah Utara : Laut Jawa
- b. Sebelah Timur : Selat Madura
- c. Sebelah Selatan : Kabupaten Sidoarjo, Kabupaten Mojokerto dan Kota Surabaya
- d. Sebelah Barat : Kabupaten Lamongan

Luas Wilayah :

- a. Luas Daratan 996,14 Km²
- b. Luas Lautan 5.773,80 Km²
- c. Luas Pulau Bawean 196,11 Km²

2. Wilayah administrasi Pemerintahan, terbagi dalam :

- a. Kecamatan : 18
- b. Kelurahan : 26
- c. Desa : 330
- d. Dusun : 360
- e. Rukun Warga (RW) : 1.792
- f. Rukun Tetangga (RT) : 5.101

3. Kependudukan

Berdasarkan hasil Registrasi Penduduk Kabupaten Gresik pada tahun 2006, jumlah penduduk adalah 1.088.192 jiwa, terdiri dari 540.993 jiwa penduduk laki-laki dan 547.199 penduduk perempuan. Dari jumlah penduduk sebanyak itu terdapat 277.439 keluarga dengan kepadatan penduduk sebesar 913 jiwa per kilometer persegi.

Jumlah penduduk miskin di Kabupaten Gresik pada tahun 2006 sebesar 174.882 jiwa, jumlah KK miskin 48.794 jiwa.

4. Pendidikan Masyarakat

Pendidikan tertinggi yang ditamatkan penduduk berumur 10 tahun keatas pada tahun 2006 adalah :

- a. Tidak / belum pernah sekolah
- b. Tidak / belum tamat SD (21,13 %)
- c. Tamat SD / MI (38, 38 %)
- d. Tamat SLTP / MTs (19, 77 %)
- e. Tamat SLTA / MA (17, 73 %)
- f. Tamat Perguruan Tinggi
 - Akademi / Diploma (0, 93 %)
 - Universitas (2, 04 %)

5. Budaya

Secara garis besar masyarakat Kabupaten Gresik terbagi menjadi 2 kelompok :

- a. Budaya pesisir
- b. Budaya madura

6. Sosioekonomi

a. Produk Domestik Regional Bruto (PDRB)

Angka PDRB Kabupaten Gresik selama kurun waktu tiga tahun terakhir adalah masing - masing Rp. 15.382.000.000 (2004), Rp. 16.035.480.000 (2005) dan Rp 19.687.068,99 tiga bulan terakhir (2006).

b. Pertumbuhan Ekonomi

Pertumbuhan ekonomi Kabupaten Gresik tahun 2000 hingga 2005 berkecenderungan naik dari 3,05 % tahun 2000 hingga mencapai 6, 91 % pada tahun 2005. Sektor Industri yang mendominasi struktur ekonomi hingga diatas 45 % yang menentukan baik buruknya perekonomian wilayah ini.

B. Gambaran Pembangunan Kesehatan

1. Sarana Kesehatan di Kabupaten Gresik

Jumlah sarana kesehatan tahun 2006 yang ada di Kabupaten Gresik adalah :

RS Umum Pemerintah	:	1
RS Umum Swasta	:	6
Puskesmas	:	32
Puskesmas Pembantu	:	74
Puskesmas Keliling	:	33
Posyandu	:	1402
Polindes	:	233
Laboratorium Kesling	:	1
Laboratorium Klinik Swasta	:	15
Balai Pengobatan	:	64
Apotek	:	69
Toko Obat	:	20
Gudang Farmasi	:	1
Industri Farmasi	:	3
Industri Obat Tradisional	:	2
Industri Kecil Obat Tradisional	:	3
Industri Kosmetika	:	2
Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga	:	8
Industri Alat Kesehatan	:	0

2. Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan

a. Jumlah tenaga kesehatan tahun 2006 yang ada di Kabupaten Gresik adalah sebagai berikut:

1. Dokter Spesialis : 52 Org (1 : 20.927) Rasio IIS (1 : 16.667)
2. Dokter : 198 Org (1 : 5.496) Rasio IIS (1 : 2.500)
3. Dokter Gigi : 50 Org (1 : 21.764) Rasio IIS (1 : 9.001)
4. Apoteker : 72 Org (1 : 15.114) Rasio IIS (1 : 10.000)
5. Perawat : 716 Org (1 : 1.520) Rasio IIS (1 : 851)
6. Bidan : 425 Org (1 : 2.560) Rasio IIS (1 : 1.000)
7. SKM : 35 Org (1 : 31.097) Rasio IIS (1 : 2.500)
8. Sanitarian : 28 Org (1 : 38.864) Rasio IIS (1 : 2.500)
9. Tenaga Gizi : 36 Org (1 : 30.228) Rasio IIS (1 : 4.545)

b. Institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan

1. S1 Keperawatan : 1
2. Akademi Keperawatan (Akper) : 1
3. Akademi Kebidanan (Akbid) : 1
4. Akademi Analis Kesehatan (AKK) : 1

3. Program Kesehatan

a. Upaya Kesehatan

Pada hakekatnya pelaksanaan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Gresik sebagian belum menyeluruh, merata, bermutu dan terjangkau secara berkesinambungan, karena pelayanan kesehatan yang diberikan belum memenuhi harapan dan tuntutan masyarakat. Disamping itu pelayanan kesehatan belum menjangkau keseluruhan lapisan masyarakat karenapenempatan / penyebarluasan tenaga kesehatan / kebutuhan tenaga kesehatan sesuai profesi belum merata, demikian juga peralatan kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan lainnya masih belum terpenuhi sesuai kebutuhan. Dilain pihak upaya kesehatan yang kompleks belum sepenuhnya mempertimbangkan pola lingkungan, pembiayaan dan manajemen yang berpengaruh pada pembangunan kesehatan.

Puskesmas sebagai penanggung jawab dan pelaksana upaya kesehatan masyarakat strata pertama terdepan di wilayah kerjanya mempunyai beban sangat berat dalam melaksanakan fungsinya. Pada

tahun 2005 jumlah Puskesmas 29 dan Puskesmas pembantu 77 kemudian pada tahun 2006 dikembangkan 3 Pustu menjadi Puskesmas sehingga jumlah Puskesmas menjadi 32 dan Pustu 74 . Untuk jumlah penduduk 1.088.192 orang, sesuai konsep wilayah 1 puskesmas melayani 30.000 penduduk, maka Kabupaten Gresik masih memerlukan sekitar 5 puskesmas lagi.

Kabupaten Gresik merupakan daerah yang rawan dengan berbagai jenis bencana baik bencana karena alam (banjir, tanah longsor, angin puting beliung, kekeringan dan lain-lain) maupun bencana yang ditimbulkan karena ulah manusia (kecelakaan lalu lintas , kebakaran , ledakan pabrik dan lain-lain). Pada tahun 2004 terjadi bencana angin puting beliung di Kecamatan Kedamean dan Wringinanom mengakibatkan 13 rumah roboh , 323 rumah rusak dan 1 orang meninggal.

Selain itu Kabupaten Gresik sebagai daerah kawasan Industri kemungkinan terjadinya bencana industri cukup besar. Pada tahun 2004 terjadi ledakan / terbakarnya PT. Petrowidodo dengan korban 6 orang meninggal dunia dan 45 luka bakar, meledaknya tabung Acetilin dan Oksigen PT. Samator Bambe Driyorejo, kebakaran Pabrik kayu Darmo Satya Nusantara Desa Karang Kiring Kecamatan Kebomas yang mengakibatkan 2 orang luka bakar. Tahun 2005 terjadi Semburan Api Alam di Desa Pelem Watu Kecamatan Menganti dengan 4 korban luka bakar.

Dalam upaya mengantisipasi terjadinya bencana, Kabupaten Gresik telah membentuk SATLAK Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi Tingkat Kabupaten, Tim Penanggulangan Bencana bidang Kesehatan dan SATGAS Brigade Siaga Bencana (BSB) Bidang Kesehatan. Pelatihan yang telah diikuti antara lain : Pelatihan Penanganan Gawat Darurat (PPGD), PPGD Penyelaman, Pelatihan First Responders Bahan Kimia Beracun, dan Pelatihan Management Disasters. Pelatihan - pelatihan tersebut masih dilaksanakan di tingkat propinsi, Kabupaten hanya mengirimkan beberapa wakil. Pelatihan yang telah dilaksanakan adalah Ambulance Crews Training (ACT) dengan anggaran dari pihak swasta yang melibatkan tenaga kesehatan Puskesmas , Rumah akit, TNI , Poiri , Satpol PP , Pemadam Kebakaran dan PMI. Namun dalam implementasinya penanganan bencana masih ada kekurangan yaitu koordinasi lintas Sektor dan sistem manajemen

penanganan bencana dalam SATLAK Penanggulangan Bencana masih belum optimal, pelatihan-pelatihan penanganan bencana yang masih belum ditindaklanjuti karena terbatasnya anggaran.

Beberapa indikator tingkat kesejahteraan masyarakat adalah: Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Ibu (AKI) dan Umur Harapan Hidup (UHH), berdasarkan data tahun 2005 Angka Kematian Ibu 23,34/100.000 mengalami penurunan sebesar 16,72 dibandingkan pada tahun 2004 yaitu 40,06/100.000. Angka Kematian Bayi tahun 2005 sebesar 2,38/1000 KH mengalami penurunan 8,52/1000 KH dibanding tahun 2004 yaitu 10,90/1000 KH. Dalam upaya mempercepat penurunan AKB dan AKI telah dibentuk RS Sayang Ibu (RSSI) dan RS Sayang Bayi (RSSB) serta RS pro aktif. Namun untuk RS pro aktif masih belum dilaksanakan. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan meningkat dari 98,55 % pada tahun 2004 menjadi 99,89 % pada tahun 2005. Meskipun sebagian besar desa telah ada polindes, namun dari segi kualitas, tata mang, sarana prasarana belum memadai sehingga sebagian besar pertolongan persalinan masih dilaksanakan di rumah penduduk.

Pengendalian dan mobilitas penduduk dilakukan berkaitan dengan penetapan jumlah, struktur dan komposisi serta pertumbuhan dan persebaran penduduk yang serasi. Upaya yang telah dilakukan yaitu melalui program keluarga berencana. Jumlah PLKB 116 untuk 356 Desa / kelurahan seharusnya 1 PLKB untuk dua Desa sehingga mestinya 178 PLKB. Jumlah PUS yang mengikuti KB mencapai 77,11 % , sedangkan PUS bukan peserta KB sekitar 50,098 %.

Usia remaja merupakan kelompok yang rentan karena kondisi kejiwaan yang labil terhadap pengaruh buruk yang disebabkan situasi nasional dan internasional. Bentuk kenakalan remaja antara lain penyalahgunaan NAPZA, pergaulan bebas, perilaku kriminal dan lain-lain, tetapi belum tersedia pusat penanganan secara khusus dan terintegrasi.

Sementara itu Umur Harapan Hidup di Kabupaten Gresik meningkat dari 69,60 tahun (2004) menjadi 69,80 tahun (2005) melebihi target nasional 66,4 tahun. Terdapat kecenderungan semakin tingginya Usia Harapan Hidup serta perkiraan prevalensi populasi menjadi 8 - 10 % dari jumlah penduduk. Kelompok ini adalah kelompok yang sarat dengan pengalaman dan arif. Disisi lain perlu dipertimbangkan keadaan

ketergantungannya mengingat kemunduran kondisi fisiknya. Telah ada wadah untuk penanganan secara khusus yang dilaksanakan secara terintegrasi melalui yayasan Gerontologi Abiyoso. Pembinaan pada program usia lanjut juga mengalami peningkatan, terutama pada usia lanjut yang dibina oleh tenaga kesehatan setempat terutama usia lanjut yang dibina oleh tenaga kesehatan setempat sebesar 48,56 % dari 26.243 orang (2004) menjadi 28.347 orang (2005). Posyandu Lansia yang sudah ada belum diperhatikan secara optimal.

Hasil Pemantauan Status Gizi terdapat kenaikan kasus dari tahun 2004 dibanding tahun 2005 yaitu : berdasarkan Berat Badan dibanding Umur prevalensi gizi buruk terjadi kenaikan 0,49 %, prevalensi gizi kurang turun sebesar 0,44 % dan prevalensi gizi kurang + gizi buruk naik sebesar 0,05 %. Program perbaikan gizi masyarakat lebih diarahkan pada kegiatan yang mendukung program perbaikan gizi balita dan bumil terutama penurunan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk antara lain dengan pemberian PMT Pemulihan, pemantauan status gizi secara berkesinambungan, pelacakan kasus gizi buruk, serta Revitalisasi Posyandu. Kabupaten Gresik juga masih mempunyai masalah Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) dengan Total Goiter Rate (TGR) naik sebesar 4,39 dari 6,01 % pada tahun 2002 menjadi 10,40 % tahun 2003. Cakupan pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada balita turun sebesar 1,01 % pada tahun 2005 di banding tahun 2004. Pada bayi turun sebesar 13,05 % pada tahun 2005 dibanding tahun 2004, hal itu terjadi karena pengadaan vitamin A masih tergantung pada dropping dari propinsi.

Surveilans epidemiology dilaksanakan dalam bentuk kegiatan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB) melalui kegiatan mengolah dan menganalisa data untuk dijadikan sebuah informasi atau rekomendasi tindakan penanggulangan terhadap masalah-masalah kesehatan. Kegiatan ini telah dikembangkan dengan dibentuknya Tim Epidemiology Kabupaten pada tahun 2006. Dalam kegiatan surveilans epidemiology, maka hal yang sangat penting yang berkaitan dengan pengolahan data adalah dalam segi kualitas data yakni ketepatan dan kelengkapan laporan mingguan wabah, baik dari Puskesmas maupun Rumah Sakit. Pada tahun 2005 tingkat kelengkapan laporan W2 Puskesmas telah melampaui target yang ditetapkan yaitu sebesar 93 % (Target = 90 %), demikian juga W2 Rumah Sakit telah

dapat mencapai target yaitu sebesar 90 % (Target = 90 %). Bila dibandingkan dengan hasil tahun 2004, tingkat kelengkapan laporan W2 mengalami peningkatan.

Surveilans khusus (AFP, TN dan Campak) yang bertujuan untuk menunjang program komitmen global, dilaksanakan melalui kegiatan Surveilans Aktif ke Rumah Sakit (SARS). Untuk mencapai ERAPO (Eradikasi Polio), maka sensitivitas surveilans AFP telah ditingkatkan dari waktu ke waktu sehingga pada tahun 2005 AFP Rate mencapai 4,33/100.000 anak < 15 tahun dengan jumlah kasus 13 orang sementara target AFP Rate 1/100.000 anak < 15 tahun. Bila dibandingkan dengan tahun 2004 mengalami kenaikan sebesar 3,33/100.000 anak < 15 tahun. Attack Rate campak pada bayi pada tahun 2005 sebesar 13,55/10.000 kelahiran hidup, bila dibandingkan pada tahun 2004 mengalami kenaikan sebesar 8,55/100.000 kelahiran hidup. Sejak tahun 2002 tidak lagi dilaporkan adanya kasus Tetanus Neonatorum baik oleh Puskesmas maupun Rumah Sakit.

Surveilans kesehatan Haji melalui kegiatan pemeriksaan kesehatan calon haji Tahap I di Puskesmas, dan Tahap II di Kabupaten dan pemantauan K3JH (Kartu Kewaspadaan Kesehatan Jamaah Haji) pada tahun 2005 diperiksa 1.848 calon haji, yang dinyatakan baik kesehatannya 1.390 orang (75,22 %), sedangkan sisanya dikelompokkan dalam Calon Haji Resiko Tinggi dengan urutan Kardiovaskuler (7,9 %), Usia \geq 60 tahun (7,79 %), Endokrin (6,06 %), Obesitas (2,44 %), Saluran pernafasan (0,27 %), Saluran kemih (0,11 %), Saluran pencernaan (0,11%), Penyakit menular yang telah diobati (0,11%). Dari Calon Haji Wanita Usia Subur yang berjumlah 938 orang terdapat 5 orang yang hamil, 2 orang memenuhi ketentuan untuk berangkat, tiga orang di tunda keberangkatannya. Menurut kelompok umur calon jamaah haji terbanyak adalah kelompok umur 40 - 50 tahun yaitu sebanyak 648 orang.

Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit maupun keracunan makanan masih sering terjadi, dan setiap tahun KLB yang selalu terjadi adalah KLB keracunan makanan. Pada tahun 2005 telah terjadi KLB keracunan makanan dua kali yaitu di desa Kambingan dan desa Cerme Kidul Kecamatan Cerme, dan tiga jenis KLB penyakit yaitu KLB diare terjadi di dua desa Kecamatan Bungah, KLB Varicella terjadi di dua desa Kecamatan Duduk Sampeyan dan KLB Difteri terjadi di tujuh desa di

Kecamatan Duduk Sampeyan, Manyar dan Kebomas. Pada tahun 2004 terjadi dua KLB yaitu KLB keracunan makanan dan KLB penyakit Chikungunya. Difteri nampaknya juga mulai bermunculan dan menjadi Re-Emerging Diseases, dimana pada tahun 2005 ditemukan ada 5 kasus sementara pada tahun sebelumnya tidak pernah dilaporkan adanya kasus difteri, baik oleh Puskesmas maupun Rumah sakit.

Pencegahan penyakit melalui kegiatan imunisasi dilaksanakan untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas PD31 (Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi), dan untuk mencapai tujuan program komitmen global dalam ERAPO (Eradikasi Poilo), MNTE (Maternal and Neonatal Tetanus Elimination) dan RECAM (Reduksi Campak). Desa UCI (Universal Child Immunization) adalah indikator yang ditetapkan dalam Standart Pelayanan Minimal (SPM) sebagai tolok ukur keberhasilan kegiatan tersebut, dimana pada tahun 2005 Desa UCI mencapai 89 %, sementara target yang ditetapkan sebesar 85 %. Di banding tahun 2004 jumlah desa UCI mengalami kenaikan sebesar 1,36 %. Sejak tahun 1997 imunisasi Hepatitis B mulai dilaksanakan terintegrasi dengan pelaksanaan imunisasi rutin pada bayi yakni BCG, DPT, Polio dan Campak. Jangkauan pelayanan imunisasi Hepatitis B (HB1) tahun 2005 mencapai 103,51 % dan kelengkapan perlindungan (HB 3) mencapai 101,95 %. Untuk memutus transmisi Hepatitis B dari ibu kepada janin, maka imunisasi Hepatitis B pada bayi untuk perlindungan dini (0-7 hari) mencapai 83,49 %. Dibandingkan tahun 2004 hasil immunisasi Hepatitis B menunjukkan trend peningkatan.

Sejak tahun 2001 telah ditemukan 1 (satu) kasus HIV melalui survey, hingga tahun 2005 telah ditemukan kasus sebanyak 10 HIV positif, 3 AIDS (semua sudah meninggal). Laporan dari Departemen Kesehatan dan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional sampai dengan bulan Maret 2006 ditemukan kasus HIV / AIDS sebanyak 46 kasus sehingga membawa Gresik berada pada urutan ke 4 di Jawa Timur. Tetapi penemuan dan pelacakan di lapangan belum dilakukan dengan optimal terutama pada golongan resiko tinggi. Semua kasus Infeksi Menular Seksual (IMS) yang berobat ke Sarana Pelayanan Kesehatan belum ditangani secara optimal karena keterbatasan Sumber Daya. Upaya yang telah dilakukan baru pada kegiatan pencegahan yaitu komunikasi perubahan perilaku, skrining darah donor di Unit Transfusi Darah PMI, pemeriksaan darah pada WPS (Wanita Penjaja Seks) yang

terjaring operasi penertiban, Universal Precaution (UP) di semua Puskesmas dan Rumah sakit.

Program TB Strategi DOTS ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian dengan cara memutuskan rantai penularan. Program ini telah dimulai pada tahun 2000 dan dilaksanakan di 29 Puskesmas kemudian pada tahun 2005 dikembangkan dengan melibatkan 1 Rumah Sakit Pemerintah dan 4 Rumah Sakit Swasta. Penemuan penderita baru BTA positif (CDR) pada tahun 2000 baru sebesar 2,86 % dari 15 % yang seharusnya dicapai, namun tiap tahun mengalami peningkatan hingga tahun 2005 sebesar 54,66 % dari target 60 % Angka kesembuhan (Cure Rate) pada tahun 2000 baru sebesar 20,10 % dari 85 % yang seharusnya dicapai, tiap tahun terus bertambah hingga pada tahun 2004 sebesar 68,67 %. Hasil kegiatan program ini masih jauh dari yang diharapkan, oleh karena itu untuk keberhasilan program ini diperlukan dukungan sarana, dana, SDM yang terampil dan komitmen bersama yang kuat untuk menanggulangi penyakit TBC.

Penyakit Kusta Di Kabupaten Gresik masih merupakan masalah kesehatan masyarakat dan berada di urutan ke 16 dari 38 Kabupaten / Kota di Jawa Timur. Agar tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat maka prevalensi harus mencapai $< 1/10.000$ penduduk pada tahun 2008. Pengobatan MDT dimulai pada tahun 1995 dan dilaksanakan di 29 Puskesmas. Prevalensi Rate terus mengalami penurunan, pada tahun 1995 : Prevalensi Rate 4,55 / 10.000 hingga pada 31 Desember 2005 menjadi 1,55 / 10.000 penduduk, Penemuan penderita baru (CDR) pada tahun 1995 : 23,18 / 100.000 menjadi 15,93 / 100.000 pada akhir tahun 2005. Angka kecacatan pada tahun 1995 : 16,5 % menjadi 14 % pada akhir tahun 2005 yang seharusnya di bawah 5 %. Penderita baru anak-anak pada tahun 1995 : 26,10 % menjadi 8,20 % pada akhir 2005 yang seharusnya kurang 5 %.

Penyakit ISPA masih merupakan masalah kesehatan masyarakat, hal ini bisa kita lihat bahwa penyakit ini masih termasuk dalam sepuluh penyakit terbanyak baik di Puskesmas maupun Rumah Sakit. Telah dilakukan upaya peningkatan cakupan penemuan penderita, perbaikan kualitas tata laksana penderita pneumonia dan penerapan pendekatan MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit) di Puskesmas. Hasil cakupan balita dengan pneumonia pada tahun 2005 masih rendah yaitu sebesar 39,77 % dari 90 % yang harus dicapai.

Seperti halnya penyakit ISPA, penyakit diare juga masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di samping karena termasuk dalam sepuluh penyakit terbanyak di Puskesmas maupun di Rumah Sakit, masih menyebabkan KLB. Cakupan pelayanan penderita diare semua umur pada tahun 2005 mencapai 97,21 % dan penderita diare Balita 79,85 % yang seharusnya 100 %. Cakupan penderita diare semua umur oleh Sarkes 89,19 % dan Kader 10,81 %. Balita dengan Diare yang ditangani mencapai 42,21% yang seharusnya 75 %.

Sampai tahun 2005 Kabupaten Gresik masih merupakan daerah endemis DBD, jumlah kasus menurun bila dibandingkan tahun 2004 yaitu dari 167 kasus menjadi 69 kasus namun wilayah terjangkitnya semakin menyebar dari 10 kecamatan menjadi 16 kecamatan. Pada tahun 2004 dan 2005 tidak ada kematian / CFR = 0 %. Angka Bebas Jentik (ABJ) mengalami penurunan yaitu pada tahun 2004 ABJ = 92,3 % menjadi 91,27 % pada tahun 2005. Rendahnya respon masyarakat terhadap Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN -DBD) mengakibatkan tingginya kepadatan vektor.

Kabupaten Gresik sebagai kawasan industri menyerap tenaga kerja yang bukan hanya dari wilayah Gresik sendiri, tetapi juga dari luar wilayah Gresik. Urbanisasi, industrialisasi dan modernisasi sebagai hasil pembangunan dapat menimbulkan pengaruh sampingan berupa berbagai stres kehidupan yang intensif, baik bagi individu maupun kelompok. Tahun 2006 kunjungan kesehatan jiwa ke puskesmas sebesar 28.934 atau 2,66 % dari jumlah penduduk dengan kasus terbesar adalah Neurosa (Gangguan Jiwa Ringan).

Hasil rapid mapping filaria tahun 2000 diketahui Kabupaten Gresik ditemukan penderita sebanyak 6 penderita di Kecamatan Bungah = 1 orang, Kecamatan Sangkapura = 3 orang (bekerja di Malaysia) , di Kecamatan Benjeng = 1 orang(sudah meninggal) dan Kecamatan Kebomas = 1 orang. Dengan hasil ini maka perlu ditindaklanjuti dengan pencarian cacing filaria di empat kecamatan untuk menentukan apakah penderita tersebut terkena di empat kecamatan tersebut atau di luarwilayah.

Seiring dengan berubahnya pola hidup masyarakat di era globalisasi maka telah terjadi transisi epidemiologi pola penyakit di masyarakat yaitu penyakit infeksi ke penyakit non infeksi / penyakit degeneratif seperti penyakit jantung, hipertensi, stroke, diabetes mellitus

/ kencing manis, kanker, penyakit paru obstruksi menahun = PPOM, asma bronchiale, osteoporosis dan kecelakaan lalu lintas yang cenderung meningkat dengan cepat. Hal ini akan memberi beban ganda bagi Pemerintah dan masyarakat untuk mencegah dan menanggulangnya.

Kesehatan Matra adalah upaya kesehatan yang diselenggarakan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal dalam lingkungan matra yang berubah. Upaya kesehatan matra meliputi kesehatan traveling medicine (Haji, transmigrasi, pengungsi, lintas alam, bawah tanah, situasi khusus, penyelaman, pelayaran, penerbangan) dan disaster medicine (bencana alam, gangguan kamtibmas, kegiatan di laut, kegiatan di udara) sejauh ini yang sudah dilaksanakan adalah kesehatan haji, transmigrasi , pengungsi, bencana alam, gangguan kamtibmas, situasi khusus (operasi ketupat, operasi lilin).

Upaya Kesehatan Lingkungan Masyarakat pada tahun 2005 di Kabupaten Gresik diarahkan pada cakupan air bersih sebesar 83,65 % (target 90 %) dari jumlah penduduk , penduduk pengguna jamban masih 73,43 % (target 80 %) dari jumlah penduduk rumah yang menggunakan SPAL 63,51 % (target 80 %) dari jumlah rumah. Rumah yang memenuhi syarat Kesehatan 71,78 % (target 80 %), pengawasan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang meliputi Jasaboga, Rumah Makanan, Restoran dan makanan jajanan. Jumlah yang diawasi tahun 2006 78,32 % memenuhi syarat 75,46 % (target 80 %) Pengawasan terhadap makanan kemasan yang beredar di Supermarket, pasar swalayan dan toko makanan masih sering ditemukan makanan yang tidak memenuhi syarat seperti kemasan rusak,kadaluarsa, tidak ada ijin edar, TTU yang melebihi target yaitu (82,38 %) . Sedangkan pencemaran udara dan kebisingan di pemukiman cenderung meningkat .Disamping itu pembuangan limbah industri yang tidak terkontrol terhadap badan air menyebabkan terjadinya akumulasi logam-logam berat yang terkandung didalamnya . Pengendalian mutu air isi ulang perlu ditingkatkan.

Kabupaten Gresik termasuk Daerah Kawasan Industri (± 900 Industri baik besar maupun kecil) sehingga kemungkinan terjadi penyakit akibat kerja cukup besar. Pengembangan industri yang sangat pesat menjadikan Kabupaten Gresik sebagai daerah uji coba Sistem Informasi Manajemen Kesehatan Kerja (SIMKK). Adapun Puskesmas yang menjadi daerah uji coba adalah Puskesmas Kebomas dan Driyorejo. Dalam

pelaksanaannya masih banyak kendala terutama kerja sama lintas sektor (Perusahaan) dimana data tentang ketenagaan, laporan penyakit, pembinaan ke instansi terkait masih kurang. Pada tahun 2005 Dinas Kesehatan telah mengadakan sosialisasi SIMKK dengan sasaran pengelola program kesehatan kerja Puskesmas, Balai Pengobatan, Rumah Sakit dan lintas sektor terkait. Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal tahun 2005 dari 2 Puskesmas uji coba sebesar 48,28 % dibanding tahun 2004 sebesar 41,8%.

Kabupaten Gresik mempunyai daerah terpencil yaitu Pulau Bawean terdiri dari 2 Kecamatan yaitu Kecamatan Sangkapura dan Tambak dimana masing -masing Kecamatan terdapat 1 Puskesmas yaitu Puskesmas Sangkapura dan Tambak dengan jumlah penduduk lebih kurang 75521 jiwa. Jarak Pulau Bawean dengan Kabupaten Gresik lebih kurang 140 Km yang bisa di jangkau dengan menggunakan transportasi kapal laut sehingga sering terjadi kendala dalam pelayanan kesehatan Puskesmas daerah terpencil antara lain dalam bidang Pembinaan / Bimbingan Tehnis ke sarana pelayanan kesehatan yang ada, keterbatasan tenaga medis (Dokter Spesialis) dan para medis serta rujukan kegawatdaruratan dalam pengiriman pasien ke Rumah Sakit.

Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik sebagai penanggung jawab Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) strata kedua telah banyak mengembangkan puskesmas rawat inap sebagai sarana rujukan dan puskesmas spesifik sesuai spesifikasi yang ada di wilayah kerja seperti puskesmas nelayan, puskesmas jalan raya , Puskesmas daerah wisata Agama dan Puskesmas daerah industri sedangkan Penyelenggaraan Puskesmas spesifik agraria belum di laksanakan. Penyelenggaraan upaya kesehatan di wilayah Kabupaten Gresik direncanakan, dikendalikan, diawasi dan dipertanggungjawabkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik.

Upaya kesehatan perorangan (UKP) strata pertama tersebar sampai ke pelosok, mulai dari pelayanan kesehatan tradisional, praktik bidan, praktik perawat, praktik dokter/dokter gigi, puskesmas, dan lain-lain. Pemanfaatan Rumah Sakit (RS) sebagai UKP strata kedua seperti RS Pemerintah, swasta, TNI / POLRI dan BUMN masih belum optimal (rata - rata BOR tahun 2006 sebesar 58,69 %) karena pelayanan yang diberikan belum memadai. Jumlah TT RS \pm 600 baru memenuhi 60 % dari kebutuhan RS. Di sisi lain diperlukan adanya bentuk pelayanan

unggulan sebagai pusat rujukan UKP strata ketiga karena adanya kecenderungan meningkatnya penyakit degeneratif (jantung, hipertensi, diabetes dan lainnya).

Disamping itu telah dikembangkan Desa Siaga, yang merupakan desa yang memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan bencana secara mandiri dalam rangka mewujudkan Desa Sehat. Dengan adanya Desa Sehat, masyarakat menjadi sehat, peduli dan tanggap terhadap masalah-masalah kesehatan. Untuk tujuan pengembangan Desa Siaga semua petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dan kader dilatih untuk mampu melakukan tindakan kegawatdaruratan bencana. Desa Siaga terbagi dalam berbagai tingkatan mulai bina, tumbuh, kembang dan paripurna.

b. Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan di Kabupaten Gresik tahun 2006 masih sekitar 10,82 % dari total APBD. Anggaran ini belum sesuai dengan indicator Indonesia sehat yaitu sebesar 15 % dari APBD per tahun. Pembiayaan kesehatan dari masyarakat dan perorangan termasuk swasta sampai dengan saat ini cukup besar, namun belum dapat teridentifikasi secara jelas sehingga kontribusinya dalam pembangunan kesehatan belum dapat diperhitungkan secara kuantitatif. Didalam SKN disebutkan 30 % dari pemerintah dan 70 % swasta. Belum ada mekanisme secara rinci perhitungan anggaran untuk memenuhi pencapaian SPM di dalam tata cara pengajuan proyek.

Pengalokasian dana bersumber pemerintah lebih banyak dialokasikan untuk upaya kuratif, sedangkan untuk biaya promotif dan preventif sangat terbatas. Hal ini belum sepenuhnya mengacu pada paradigma sehat. Sementara itu untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan dasar bagi seluruh penduduk, telah ditetapkan pelayanan kesehatan dasar bersubsidi (gratis) di seluruh puskesmas dan jaringannya melalui peraturan daerah Kabupaten Gresik nomor 14 tahun 2006 tentang *tarif pelayanan kesehatan pada pusat kesehatan masyarakat*. Adapun sebagai upaya untuk pemberdayaan masyarakat maka subsidi tidak diberikan pada pelayanan kesehatan lanjutan.

Masyarakat yang ikut dalam jaminan pemeliharaan kesehatan masih sangat terbatas atau sekitar 13,89 % terdiri dari kepesertaan Askes,

Jamsostek, Dana Sehat oleh karena itu sistem pembiayaan kesehatan prabayar perlu terus didorong dan dikembangkan mengingat biaya kesehatan akan terus meningkat seiring dengan perkembangan teknologi canggih, perubahan pola penyakit akibat dari peningkatan umur harapan hidup. Peningkatan angka kesakitan di masyarakat juga akan berdampak pada tingginya biaya kesehatan karena berkaitan dengan biaya pengobatan yang dikeluarkan. Disamping itu, juga terjadi kerugian - kerugian ekonomi karena hilangnya pendapatan akibat tidak bekerja. Dilain pihak pembangunan dari berbagai sektor lain seperti: pertanian, perhubungan, perindustrian, pertambangan dan lainnya belum sepenuhnya mendukung pembangunan kesehatan (pembangunan bidang lain belum berwawasan kesehatan). Sebagai contoh, anggaran dari sektor perindustrian tidak memperhitungkan biaya penanggulangan efek samping pencemaran yang ditimbulkan oleh hasil produksi dari industri tersebut.

c. Sumberdaya Manusia Kesehatan

Berdasarkan data yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang ada di Kabupaten Gresik masih di bawah kebutuhan dan belum sesuai dengan tuntutan indikator Indonesia Sehat 2010 dimana 1 Bidan untuk 1000 penduduk. Sebagai contoh saat ini baru tersedia 425 Bidan dengan jumlah penduduk 1.088.192 dan baru tersedia 36 orang tenaga yang memiliki latar belakang pendidikan khusus gizi dari 239 orang yang seharusnya tersedia. Jumlah tenaga medis yang bekerja di puskesmas, rumah sakit dan sarana swasta : dokter sebanyak 198 orang, dokter gigi sebanyak 50 orang, dokter spesialis sebanyak 52 orang. Sedangkan rasio tenaga medis terhadap penduduk belum merata sebagai contoh Kecamatan Gresik 1 tenaga medis melayani 1.139 penduduk, sedangkan di Kecamatan Bungah 1 tenaga medis melayani 11.720 penduduk.

Perencanaan Tenaga Kesehatan belum dapat dilaksanakan secara optimal baik jenis, jumlah dan kualifikasi tenaga sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan di Kabupaten Gresik. Hal ini disebabkan belum adanya manajemen data tenaga kesehatan (koordinasi secara sinergis antara Kabupaten, Kecamatan, Institusi Pendidikan, Organisasi Profesi dan Institusi Pengguna SDM Kesehatan yang diterapkan di kabupaten Gresik sehingga perlu dikembangkan Sistem Informasi Manajemen Tenaga Kesehatan (SIMNAKES).

Jumlah dan Jenis Institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Gresik saat ini tidak berorientasi pada kebutuhan di sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Gresik saja, namun juga diharapkan bias menyumbang kebutuhan tenaga kesehatan di Indonesia pada umumnya. Institusi Pendidikan Strata Satu (S1) 1 Institusi (masih dalam taraf permulaan, yang akan meluluskan di tahun 2010, jenjang pendidikan Tinggi (D-3) berjumlah 4 Institusi . Jumlah kelulusan tenaga kesehatan D-3 ±130 per tahun (70 Lulusan Akper dan 60 lulusan AAK). Adapun dalam kurun 3 tahun terakhir (tidak termasuk lulusan terakhir) tercatat 60 lulusan yang terserap bukan hanya di Kabupaten Gresik tapi menyebar di seluruh Propinsi Jawa Timur yang sesuai dengan kompetensinya.

Dalam menghadapi kemajuan iptek dan era global mutlak diperlukan tenaga kesehatan yang memenuhi standar kompetensi dan profesionalisme di bidangnya. Untuk itu, peningkatan SDM kesehatan perlu diprioritaskan oleh pemerintah Kabupaten. Untuk peningkatan kompetensi SDM bagi tenaga paramedis telah diberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan D3 Keperawatan ataupun Kebidanan secara khusus.

Institusi Pendidikan di Kabupaten Gresik saat ini yang terakreditasi adalah Akper Pemda Gresik terakreditasi A dan Akademi Analis Delima Husada terakreditasi B.

d. Obat dan Perbekalan Kesehatan

Perkembangan sarana industri dan distribusi obat, perbekalan kesehatan dan makanan di Gresik dalam kurun waktu 3 (tiga) tahun terakhir tumbuh beragam. Di bidang industri obat dan perbekalan kesehatan tidak mengalami perubahan. Walaupun tidak mengalami pertumbuhan namun di Kabupaten Gresik terdapat 3 Industri Farmasi, 8 Industri Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) , 2 Industri Obat Tradisional (IOT), 3 Industri Kecil Obat Tradisional (IKOT) dan 2 Industri Kosmetika. Pertumbuhan terjadi pada sarana distribusi obat khususnya apotek, rata-rata pertumbuhan setiap tahunnya 10,03%. Untuk sarana distribusi obat dan perbekalan kesehatan lainnya tidak mengalami perubahan (Toko Obat dan Sub PAK) . Rasio jumlah apotek untuk tiap-tiap kecamatan sangat bervariasi selaras dengan percepatan perkembangan kecamatan yaitu bekisar antara 5.340 s/d 58.601

penduduk untuk tiap satu apotek. Dari 18 Kecamatan di Kabupaten Gresik, 4 Kecamatan (22,22 %) belum ada Apotek, keadaan tersebut menyebabkan permasalahan yang kompleks khususnya di luar kecamatan kota.

Dalam era otonomi daerah pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan di Dinas Kesehatan, puskesmas dan jaringannya terpadu satu pintu menjadi tanggung jawab Gudang Farmasi Kabupaten (GFK), dengan tenaga yang mempunyai keahlian dibidangnya, disamping itu ada seksi kefarmasian yang mempunyai tugas pokok dan fungsi melaksanakan penyusunan rencana kebutuhan obat dan alkes, pembinaan dan pengawasan pemakaian serta pendistribusian obat-obatan dan alkes pada tingkat pelayanan kesehatan rujukan, pusat pelayanan kesehatan dasar, toko obat dan apotek. Untuk Pengelolaan Obat dan Alat Kontrasepsi KB yang berasal dari Kantor KB belum terpadu satu pintu pada Gudang Farmasi Kabupaten Gresik sedangkan RSUD dan Institusi pelayanan kesehatan swasta lainnya dikelola oleh masing-masing institusi tersebut. Tingkat ketersediaan obat sesuai dengan SPM targetnya 100 % pada tahun 2006 sudah mencapai 109,46 %. Pengadaan obat esensial untuk di Puskesmas Kabupaten Gresik tahun 2006 mencapai 108,21 % dari target 100%. Pengadaan obat generik untuk di Puskesmas Kabupaten Gresik tahun 2006 mencapai 107,39 % dari target 100 %. Pelayanan penggunaan obat generik pada sarana pelayanan kesehatan pemerintah untuk tahun 2006 sebesar 95,67 % di Puskesmas dan 19,23 % di Rumah Sakit Pemerintah dari target capaian sebesar 90 %.

Pelayanan obat belum sepenuhnya mengacu pada Penggunaan Obat Secara Rasional (POSR) yang diikuti dengan komunikasi informasi dan edukasi.

Penyalahgunaan dan kesalahan dalam penggunaan obat terutama narkotika dan psikotropika dewasa ini, merupakan masalah yang perlu mendapatkan perhatian yang serius. Penyuluhan Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan Napza (P3-Napza) berbasis masyarakat dalam SPM ditargetkan sebesar 15 % pada tahun 2006 baru mencapai 1,46 %. Pengolahan data laporan penggunaan narkotika - psikotropika untuk mengantisipasi agar tidak terjadi kebocoran dari jalur resmi ke jalur gelap dengan program SIMEN belum optimal karena terbatasnya sarana dan tenaga yang ada.

Budidaya dan pemanfaatan obat asli Indonesia belum dikembangkan secara optimal.

Makanan yang beredar di Kabupaten Gresik terutama makanan jajanan anak sekolah masih belum terjamin keamanan dan mutunya karena masih rendahnya pengetahuan masyarakat tentang higiene sanitasi dan masih seringnya penggunaan bahan tambahan yang dilarang pada makanan. Akibatnya, sering terjadi keracunan. Salah satu upaya pencegahan kejadian keracunan di Kabupaten Gresik telah dilakukan kerja sama dengan jaringan Sentra Informasi Keracunan (SIKER) Propinsi Jawa Timur yang merupakan suatu unit yang secara aktif mencari dan mengumpulkan data / informasi keracunan dan menyiapkan informasi yang benar serta siap pakai untuk diberikan kepada masyarakat luas, tenaga profesi kesehatan, serta instansi pemerintah/swasta yang membutuhkan. Tetapi SIKER tersebut belum dimanfaatkan secara optimal.

Untuk mengatasi permasalahan yang terjadi diperlukan program obat, perbekalan kesehatan dan makanan di Kabupaten Gresik yang diarahkan guna menanggulangi permasalahan yang timbul akibat dari kompleksitas produk obat, perbekalan kesehatan dan makanan yang beredar di Kabupaten Gresik. Sebagai pendukung pelaksanaan program tersebut, salah satu upaya yang dilaksanakan di Kabupaten Gresik telah bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Propinsi dan Balai Besar Pengawas Obat dan Makanan Surabaya. Ditinjau dari SPM Tahun 2006 ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan sudah mencukupi kebutuhan tetapi belum merata sampai di tingkat pedesaan serta belum terlindunginya masyarakat secara maksimal dari bahaya yang mungkin ditimbulkan oleh obat, perbekalan kesehatan dan makanan yang tidak memenuhi syarat.

e. Pemberdayaan Masyarakat

Keberhasilan pembangunan kesehatan di Kabupaten Gresik tidak terlepas dari partisipasi masyarakat. Untuk itu, berbagai bentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat banyak tumbuh dan berkembang. Antara lain Posyandu yang berjumlah 1402 buah yang berarti rata-rata 1 posyandu melayani 776 penduduk dari rasio ideal 1 posyandu untuk 750 penduduk dengan jumlah penduduk tahun 2006 sebesar 1.088.192 jiwa. Strata posyandu terbanyak adalah tingkat purnama 55,25 % sedangkan

posyandu mandiri mencapai 4,57 %, yang diharapkan pada tahun 2010 posyandu purnama mandiri mencapai target 60 %, jumlah kader Posyandu sejumlah 6032 orang, yang berarti 86,11 % dari target yaitu 7005 orang kader. Selain itu terdapat 233 polindes yang berarti telah memenuhi 93,2 % dari jumlah desa di Kabupaten Gresik yang tidak memiliki puskesmas atau puskesmas pembantu. Secara kuantitatif jumlah polindes tersebut masih kurang , secara kualitatif kondisinya belum seluruhnya memenuhi syarat sebagai tempat pertolongan persalinan. Dari tingkat perkembangan polindes terbanyak masih pada tingkat pratama sebesar 64,38 %. Pemenuhan prasarana - sarana polindes sesuai standart secara bertahap dilakukan dengan dana APBD Kabupaten, Alokasi Dana Desa, dan sebagian dari upaya mandiri bidan di desa.

Untuk mendukung upaya pengobatan tradisional di Kabupaten Gresik tercatat sebanyak 1001 pengobat tradisional, dengan demikian rasio pengobatan tradisional dibanding penduduk adalah 1 : 1.067, pengobat tradisional terbanyak adalah dukun bayi terlatih sebanyak 244 orang (24,38 %). Terdapat 73 toga percontohan di Desa (20,51%) dari seluruh Desa di Kabupaten Gresik yang berarti turun 0, 28 % dibanding tahun sebelumnya. Hal ini menunjukkan kecenderungan penurunan pemanfaatan toga ditengah penjualan obat bebas di toko -toko .

Pembinaan Kader Generasi Muda melalui Gerakan Satuan Karya Bakti Husada (SBH) kini telah berkembang di 4 Kecamatan (Ujung Pangkah, Wringin Anom, Panceng, Duduk Sampeyan) atau kwartir ranting. Jumlah tersebut merupakan 16, 67 % dari Kecamatan di Kab. Gresik. Adapun jumlah anggotanya sebanyak 100 orang atau rata-rata 6 orang di tiap-tiap kwartir ranting

Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) baru mencapai 1 pos UKK dengan jumlah kelompok dibina sebanyak 5 dari jumlah pekerja sebanyak 333 pekerja.Sedangkan kelompok pekerja yang ada yaitu 4.845 kelompok dengan jumlah pekerja 13.459 orang. Hal tersebut menggambarkan rata-rata pekerja dalam suatu kelompok berjumlah 264 orang. Untuk efektifitas pembinaan, jumlah anggota yang ideal adalah maksimal 20 orang dalam 1 kelompok. Dari perhitungan tersebut seharusnya terbentuk 673 kelompok, sedangkan saat ini baru mencapai 7,58 %. Untuk itu masih diperlukan upaya peningkatan jumlah kelompok di masa yang akan datang

Dalam memberikan pelayanan kepada para santri di Pondok Pesantren telah terbentuk 17 Pos Kesehatan Pesantren (29,31%) dari 58 Ponpes yang tercatat di Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik. Angka ini masih perlu ditingkatkan mengingat pentingnya peran ponpes dalam pembangunan kesehatan

Seiring dengan perkembangan pembangunan di Kabupaten Gresik telah tumbuh berbagai yayasan dan kelompok peduli kesehatan yaitu Tim PKTP (Penanggulangan Kanker Terpadu Paripurna), Gerdunas (Gerakan Terpadu Nasional) TB, Gerakan PSN dengan jumatiknya, Gerakan Sayang Ibu dan BPNA (Badan Penanggulangan Narkotika dan AIDS), dan BPKJM (Badan Penanggulangan Kesehatan Jiwa Masyarakat).

Jaringan kemitraan antara sektor pemerintah, LSM, Swasta dan Dunia Usaha belum dikembangkan secara optimal dan belum ada keterpaduan dalam mencapai tujuan yaitu derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Pemberdayaan masyarakat sudah terasa ditingkat Kabupaten, sedangkan di tingkat kecamatan , desa dan kelurahan walaupun belum optimal tapi sudah dirasakan manfaatnya dalam menunjang pembangunan kesehatan.

f. Manajemen Kesehatan

Keberhasilan manajemen kesehatan sangat ditentukan oleh tersedianya data dan informasi kesehatan, dukungan kemajuan ilmu pengetahuan, dan teknologi kesehatan, dukungan hukum kesehatan serta administrasi kesehatan.

Dengan diberlakukannya Undang-Undang nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Pemerintah Kabupaten mempunyai tanggungjawab untuk melaksanakan kewenangan desentralisasi dan tugas dekonsentrasi bidang kesehatan.

Dinas Kesehatan Kabupaten sebagai penanggungjawab administrasi kesehatan mempunyai fungsi merumuskan dan melaksanakan kebijakan teknis bidang kesehatan, pembinaan dan pengawasan serta bantuan teknis terhadap Unit Pelaksana Teknis. Namun fungsi ini belum berjalan seperti yang diharapkan.

Perencanaan mempunyai peran sangat besar terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan. Untuk mendukung terlaksananya rencana kegiatan, sangat dipengaruhi oleh proses penyusunan

perencanaan yang tepat yang bersumber dari data yang akurat yang dirasa selama ini masih belum terpenuhi. Rencana Strategis merupakan dokumen rencana lima tahunan yang menggambarkan Visi, Misi, Tujuan, Strategi, Program dan Kegiatan yang harus dikerjakan.

Pelaksanaan kegiatan telah dilaksanakan dengan berbagai panduan administrasi kesehatan yang telah disusun, diantaranya : Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten yang merupakan acuan dalam perencanaan program dan pencapaian kinerja masing-masing Kabupaten. Kegiatan monitoring dan evaluasi sebagai salah satu fungsi dalam siklus manajemen, telah dilakukan antara lain melalui penyusunan Laporan Akuntabilitas Instansi Pemerintah (LAKIP) dan laporan tahunan.

Informasi yang akurat, lengkap, tepat dan cepat sangat penting untuk pengambilan keputusan. Informasi kesehatan di Kabupaten yang bersumber dari fasilitas kesehatan (facility based) dan masyarakat (community based) dirasa belum optimal. Belum optimalnya sistem informasi kesehatan dalam mendukung upaya kesehatan ini antara lain disebabkan belum terbentuknya jejaring dan informasi yang ada belum dimanfaatkan secara optimal dalam pengambilan keputusan dan penetapan kebijakan.

Profil Kesehatan Kabupaten yang sudah berjalan sejak tahun 1985 belum dapat dimanfaatkan secara maksimal sebagai dasar pengambilan keputusan. Tahun 2001 sebagai awal pelaksanaan otonomi daerah merupakan momentum yang tepat untuk memulai pengembangan kembali Sistem Informasi Kesehatan (SIK) yang selama ini belum terlaksana. Pemerintah mengeluarkan Inpres RI. No. 3 Tahun 2003 tentang Kebijakan dan Strategi Nasional Pengembangan E-Government untuk mendukung upaya pemanfaatan teknologi informasi agar dapat meningkatkan efisiensi, efektifitas, transparansi serta akuntabilitas penyelenggaraan pemerintahan.

Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 36 tahun 2003 tentang penyelenggaraan Sistem Informasi dan Telematika Propinsi Jawa Timur adalah sebagai upaya untuk mempercepat pengembangan Sistem Informasi berbasis komputer. Dinas Kesehatan Propinsi sedang mengembangkan jejaring system informasi internal maupun eksternal melalui teknologi informasi (File Transfer Protokol Website, LAN) dan

penetapan data set minimal pada setiap jenjang administrasi. Di Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik hal ini masih dalam tahap persiapan.

Kegiatan penelitian dan pengembangan menghasilkan data dan informasi sebagai komplemen dari sumber data rutin yang sangat penting artinya dalam proses perencanaan, pengembangan program dan perubahan arah pembangunan kesehatan.

Kegiatan penelitian dan pengembangan IPTEK kesehatan di Kabupaten Gresik telah dilakukan oleh berbagai program dan sektor, tetapi pelaksanaannya masih terpisah-pisah sehingga belum dapat diketahui hasil dan penerapannya dalam pengembangan program kesehatan secara lebih terarah dan sistematis. Sumber daya penelitian dan pengembangan kesehatan baik dalam bentuk sumber daya manusia profesional, dana maupun sarana pendukung lainnya secara kuantitas dan kualitas masih terbatas dibandingkan dengan tuntutan kebutuhan. Dengan kecenderungan tersebut kegiatan Litbang harus mengantisipasinya yaitu dengan meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya untuk menghasilkan penelitian yang dapat menunjang pencapaian derajat kesehatan masyarakat melalui upaya pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Saat ini kegiatan penelitian dan pengembangan belum ada dalam tupoksi Dinas Kesehatan. Tindak lanjut hasil penelitian belum dilaksanakan secara optimal serta pengelolaan dan penyebarluasan hasil penelitian masih terbatas.

Akses terhadap informasi kesehatan kurang memadai karena sarana dan kemampuan SDM belum memadai.

BAB III
POKOK-POKOK SISTEM KESEHATAN KABUPATEN
GRESIK

A. PENGERTIAN SISTEM KESEHATAN KABUPATEN

Sistem Kesehatan Kabupaten (SKK) Gresik adalah suatu tataan yang menghimpun berbagai upaya pemerintah pusat / daerah, masyarakat, dan sektor swasta di daerah yang secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pada hakikatnya SKK juga merupakan wujud dan sekaligus metode untuk menjamin keberhasilan penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah. Untuk menjamin keberhasilan pembangunan kesehatan di daerah perlu dikembangkan Sistem Kesehatan Kabupaten

SKK merupakan bagian dari Sistem Kesehatan Propinsi (SKP) adapun Sistem Kesehatan Propinsi bagian dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Dalam penyelenggaraan SKK tersebut perlu mengacu pada SKN dan SKP dengan mempertimbangkan kondisi , dinamika, dan masalah spesifik daerah misalnya: daerah kepulauan, perbatasan , terpencil, rawan bencana dan konflik, hubungan antar wilayah atau daerah.

SKK menguraikan secara spesifik unsur - unsur upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumberdaya manusia kesehatan, sumber daya obat dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan manajemen kesehatan sesuai dengan potensi dan kondisi daerah. SKK merupakan acuan berbagai pihak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.

B. LANDASAN SISTEM KESEHATAN KABUPATEN GRESIK

SKK yang merupakan wujud dan metode penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional. Dengan demikian landasan SKK adalah sama dengan landasan Pembangunan Nasional. Secara lebih spesifik landasan tersebut adalah :

1. Landasan idiil yaitu Pancasila
2. Landasan Konstitusional yaitu UUD 1945
 - a. Pasal 28 A ; setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya.
 - b. Pasal 28 B ayat (2) ; setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang.

- c. Pasal 28 ayat (1) ; setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia.
 - d. Pasal 28 H ayat (1); setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal , dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan ayat (3);m setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.
 - e. Pasal 34 ayat (2) ; Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan dan ayat (3); Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak .
3. Landasan Operasional :
- a. Undang - Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
 - b. Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
 - c. Undang - Undang Nomor 29 Tahun 2005 tentang Praktek Kedokteran Dokter dan Dokter Gigi
 - d. Peraturan Daerah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik
 - e. Keputusan Bupati Gresik Nomor 03 Tahun 2001 tentang Penjabaran Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik.

C. PRINSIP DASAR SISTEM KESEHATAN KABUPATEN

Prinsip dasar SKK adalah norma, nilai, dan aturan pokok yang bersumber dari falsafah dan budaya bangsa Indonesia, spesifik tertuang dalam sesanti dan slogan , yang dipergunakan sebagai acuan berfikir dan bertindak dalam penyelenggaraan SKK. Prinsip - prinsip dasar tersebut meliputi :

1. Perikemanusiaan

Penyelenggaraan SKK berdasarkan pada perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan, dan dikendalikan oleh keimanan dan ketaqwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa. Terbaiknya pemenuhan kebutuhan kesehatan adalah bertentangan dengan prinsip kemanusiaan. Tenaga kesehatan dituntut untuk

tidak diskriminatif serta selalu menerapkan prinsip-prinsip perikemanusiaan dan menyelenggarakan upaya kesehatan.

2. Hak Asasi Manusia

Penyelenggaraan SKK berdasarkan pada prinsip hak asasi manusia. Diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi setiap orang adalah salah satu hak asasi manusia tanpa membedakan suku, golongan, agama dan status sosial ekonomi. Setiap anak berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

3. Adil dan Merata

Penyelenggaraan SKK berdasarkan pada prinsip adil dan merata. Dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi - tingginya, perlu diselenggarakan upaya kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat secara adil dan merata, baik geografis maupun ekonomis

4. Pemberdayaan dan Kemandirian Masyarakat.

Penyelenggaraan SKK berdasarkan pada prinsip pemberdayaan dan kemandirian masyarakat. Setiap orang dan masyarakat bersama dengan pemerintah berkewajiban dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya. Penyelenggaraan pembangunann kesehatan hams berdasarkan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri, kepribadian bangsa, semangat solidaritas sosial, dan gotong royong.

5. Kemitraan

Penyelenggaraan SKK berdasarkan pada prinsip kemitraan. Pembangunan kesehatan hams diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat termasuk swasta, dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki, kemitraan antara pemerintah dengan masyarakat termasuk swasta serta kerjasama lintas sektor dalam pembangunan kesehatan diwujudkan dalam suatu jejaring yang berhasil guna dan berdaya guna, agar diperoleh sinergisme yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang se tinggi - tingginya.

6. Pengutamaan dan Manfaat

Penyelenggaraan SKK berdasarkan pada prinsip pengutamaan dan manfaat. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan lebih mengutamakan kepentingan umum dari pada kepentingan perorangan maupun golongan. Upaya kesehatan yang bermutu dilaksanakan dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi serta harus lebih mengutamakan pendekatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara berhasil guna dan berdaya guna, dengan mengutamakan upaya kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi agar memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat beserta lingkungannya.

7. Tata Pemerintahan yang Baik

Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara demokratis berkepastian hukum, terbuka (transparan), rasional / profesional, serta bertanggung jawab dan bertanggung gugat (accountable).

D. TUJUAN SISTEM KESEHATAN KABUPATEN

Tujuan SKK adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua potensi bangsa, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah secara sinergis, berhasil guna, sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

E. KEDUDUKAN SISTEM KESEHATAN KABUPATEN

1. Supra sistem SKK

Suprasistem SKK adalah Sistem Kesehatan Nasional dan Sistem Kesehatan Propinsi. SKK bersama dengan berbagai sistem lain, diarahkan untuk mencapai tujuan Bangsa Indonesia seperti yang tercantum dalam pembukaan UUD 1945, yaitu melindungi segenap Bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

2. Kedudukan SKK

Untuk menjamin keberhasilan pembangunan kesehatan di Kabupaten Gresik perlu dikembangkan Sistem Kesehatan Kabupaten (SKK) SKK menguraikan secara spesifik unsur-unsur upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan,

sumberdaya manusia kesehatan, sumber daya obat dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat manajemen kesehatan sesuai dengan potensi dan kondisi daerah. SKK merupakan acuan bagi berbagai pihak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kabupaten.

F. KEDUDUKAN SKK TERHADAP BERBAGAI SISTEM KEMASYARAKATAN TERMASUK SWASTA

Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh dukungan sistem nilai dan budaya masyarakat yang secara bersama terhimpun dalam berbagai sistem kemasyarakatan. Di pihak lain, berbagai sistem kemasyarakatan merupakan bagian integral yang membentuk SKK. Dalam kaitan ini SKK merupakan bagian dari sistem - sistem kemasyarakatan yang dipergunakan sebagai acuan dalam mengembangkan perilaku dan lingkungan sehat serta peran aktif masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan. Sebaliknya sistem nilai dan budaya yang hidup dimasyarakat harus mendapat perhatian dalam SKK.

Keberhasilan pembangunan kesehatan juga ditentukan oleh peran aktif swasta. Dalam kaitan ini potensi swasta merupakan bagian integral dari SKK untuk keberhasilan kesehatan perlu digalang kemitraan yang setara, terbuka, dan saling menguntungkan dengan berbagai potensi swasta. SKK harus dapat mewarnai potensi swasta sehingga sejalan dengan tujuan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan .

G. SUB SISTEM SKK

Subsistem pertama SKK Gresik adalah upaya kesehatan. Untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya perlu diselenggarakan berbagai upaya kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi masyarakat Gresik. Penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan tersebut memerlukan dukungan dana, sumberdaya manusia, sumber daya obat dan perbekalan kesehatan.

Dukungan dana sangat berpengaruh terhadap pembiayaan kesehatan yang semakin penting dalam menentukan kinerja SKK. Mengingat kompleksnya pembiayaan kesehatan, maka pembiayaan kesehatan merupakan sub system kedua SKK.

Sebagai pelaksana upaya kesehatan diperlukan sumber daya manusia yang mencukupi dalam jumlah, jenis, dan kualitasnya sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu sumber daya manusia kesehatan

juga sangat penting untuk dimasukkan dalam sub sistem ketiga SKK guna meningkatkan kinerja SKK.

Sumber daya kesehatan lainnya yang penting dalam menentukan kinerja SKK adalah sumber daya obat dan perbekalan kesehatan. Permasalahan obat dan perbekalan kesehatan sangat kompleks karena menyangkut aspek mutu, harga, khasiat, keamanan, ketersediaan, dan keterjangkauan bagi konsumen kesehatan. Oleh karena itu, obat dan perbekalan kesehatan merupakan sub sistem ke empat SKK.

Selanjutnya, SKK akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata - mata sebagai obyek pembangunan kesehatan. Oleh karenanya pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai perilaku pembangunan kesehatan. Sehubungan dengan itu, pemberdayaan masyarakat merupakan sub system kelima SKK.

Untuk menggerakkan pembangunan kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna, diperlukan manajemen kesehatan. Peranan manajemen kesehatan adalah koordinasi, intergrasi, sinkronisasi serta penyerasian upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Oleh karena itu manajemen kesehatan merupakan Sub sistem ke enam SKK .

Dari uraian diatas , dapat disimpulkan bahwa SKK terdiri dari enam subsistem, yakni :

1. Subsistem Upaya Kesehatan
2. Subsistem Pembiayaan Kesehatan
3. Subsistem Sumber daya manusia Kesehatan
4. Subsistem Obat dan Perbekalan Kesehatan
5. Subsistem Pemberdayaan masyarakat
6. Subsistem Managemen Kesehatan .

BAB IV

SUBSISTEM UPAYA KESEHATAN

Upaya meningkatkan kesejahteraan umum adalah suatu usaha untuk mewujudkan tingkat kehidupan masyarakat secara optimal yang memenuhi kebutuhan dasar manusia termasuk kesehatan. Pada dasarnya kesehatan menyangkut semua segi kehidupan, baik perorangan, keluarga, kelompok manusia maupun masyarakat . Upaya kesehatan dilaksanakan secara menyeluruh, merata, bermutu dan terjangkau secara berkesinambungan dengan menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif dengan didukung oleh upaya kuratif dan rehabilitatif. Upaya kesehatan yang luas dan kompleks perlu senantiasa mempertimbangkan pola lingkungan, sosial budaya, pembiayaan, dan manajemen yang berpengaruh pada pembangunan kesehatan.

A. PENGERTIAN

Subsistem upaya kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), yang di dalamnya terdapat Upaya Kesehatan Kegawat Daruratan (UKKD) secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

B. TUJUAN

Terselenggaranya upaya kesehatan yang merata, bermutu dan terjangkau secara berkesinambungan, guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

C. UNSUR - UNSUR UTAMA

Subsistem upaya kesehatan terdiri dari dua unsur utama, yakni upaya kesehatan masyarakat (UKM), upaya kesehatan perorangan (UKP)

1. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat. UKM mencakup upaya - upaya promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, pengendalian penyakit tidak menular, kesehatan jiwa,

penyehatan lingkungan dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pengamanan obat dan perbekalan kesehatan, pengamanan penggunaan zat aditif (bahan tambahan makanan), pengamanan makanan dan minuman, pengamanan narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya serta penanggulangan bencana baik alam / industri dan bantuan kemanusiaan.

2. Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat, swasta dan atau pemerintah, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan. UKP mencakup upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditujukan terhadap perorangan. UKP termasuk pengobatan tradisional dan alternatif serta pelayanan kebugaran fisik dan kosmetika.

Upaya Kesehatan Kegawat Daruratan (UKKD) adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta untuk penanganan semua kegawat daruratan secara terpadu dalam memelihara, meningkatkan, mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan masyarakat serta memelihara, mencegah, menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan dengan melibatkan berbagai disiplin ilmu, profesi dan sektor.

Kedua upaya tersebut bersinergi dan didukung sistem rujukan serta dilengkapi sarana penunjang. Sarana penunjang UKM antara lain laboratorium kesehatan masyarakat, sediaan farmasi, alat kesehatan dan perbekalan kesehatan lainnya. Sarana penunjang untuk UKP antara lain laboratorium klinik dan penunjang diagnostik lainnya, apotek, optik, dan toko obat. Sarana penunjang UKKD antara lain adalah transportasi dan komunikasi.

D. PRINSIP

Penyelenggaraan Subsistem Upaya Kesehatan mengacu pada :

1. Kebijakan dan regulasi pemerintah serta diikuti pemantapan pola manajemen dan pembiayaan pada setiap strata.
2. Bersifat menyeluruh, terpadu, merata, bermutu, terjangkau, dan berjenjang secara berkesinambungan yang didukung oleh sub sistem lain.
3. Sesuai dengan nilai dan norma sosial budaya masyarakat, moral dan etika profesi.

4. Diselenggarakan oleh pemerintah, masyarakat, dan swasta dengan memperhatikan fungsi sosial.
5. Penanggung jawab upaya kesehatan adalah pemerintah Kabupaten sesuai kewenangannya.
6. Penyelenggaraan semua jenis upaya kesehatan tidak bertentangan dengan kaidah ilmiah yang disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi
7. Penyelenggaraan kegawatdaruratan mengacu pada Sistem Penanganan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) dan *Safe Community*.

E. BENTUK POKOK

1. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

Bentuk pokok Upaya Kesehatan Masyarakat meliputi:

a. Upaya Kesehatan Masyarakat strata pertama

UKM strata pertama adalah UKM tingkat dasar, yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar ditujukan kepada masyarakat.

UKM strata pertama diselenggarakan oleh puskesmas dan jajarannya (pusku, polindes) berkoordinasi dengan sektor terkait, dan bertanggung jawab atas masalah kesehatan di wilayah kerjanya.

Kedudukan puskesmas dalam Sistem Kesehatan Kabupaten adalah sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten yang bertanggung jawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan Kabupaten di wilayah kerjanya.

Terdapat tiga fungsi utama Puskesmas, yakni sebagai (1) pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, (2) pusat pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, dan (3) pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Puskesmas wajib melaksanakan 6 (enam) pelayanan kesehatan dasar yakni promosi kesehatan; kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana; perbaikan gizi; kesehatan lingkungan; pencegahan dan pemberantasan penyakit menular; dan pengobatan dasar. Selain itu puskesmas dapat melaksanakan pelayanan kesehatan pengembangan berdasarkan permasalahan kesehatan setempat yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuannya.

Peran aktif masyarakat dan swasta dalam penyelenggaraannya diwujudkan dalam bentuk upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat

misalnya posyandu, polindes, poskesdes, poskestren, pos obat desa, pos upaya kesehatan kerja, Gerakan Sayang Ibu (GSI), pokmair dan lain-lain.

b. Upaya Kesehatan Masyarakat strata kedua

UKM strata kedua adalah UKM tingkat lanjut, yaitu mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik ditujukan kepada masyarakat.

Penyelenggara UKM strata kedua adalah pemerintah, masyarakat, dan swasta dengan penanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten yang mempunyai dua fungsi utama, yakni fungsi manajerial dan fungsi teknis kesehatan.

Fungsi manajerial mencakup perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan penilaian, serta pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kabupaten. Fungsi teknis kesehatan mencakup penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat lanjut, yakni dalam rangka melayani kebutuhan rujukan kesehatan masyarakat.

Yang dimaksud dengan rujukan kesehatan masyarakat adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab atas masalah kesehatan masyarakat yang dilakukan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal. Rujukan kesehatan masyarakat dibedakan atas tiga aspek, yakni: rujukan sarana, rujukan teknologi, dan rujukan operasional.

Untuk dapat melaksanakan fungsi teknis kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten dilengkapi dengan berbagai kegiatan teknis antara lain: promosi kesehatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, laboratorium kesehatan lingkungan dan pelayanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan perbekalan kesehatan lainnya.

Kebutuhan rujukan dalam hal ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan subspecialistik dari kabupaten merupakan tanggung jawab Dinas Kesehatan Propinsi yang mempunyai dua fungsi utama, yakni fungsi manajerial dan fungsi teknis kesehatan.

Fungsi manajerial mencakup perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, pemantauan, pengawasan dan penilaian, pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan di propinsi. Fungsi teknis kesehatan mencakup penyediaan pelayanan

kesehatan masyarakat tingkat unggulan melalui UPT untuk pelayanan langsung dan kebutuhan rujukan dari kabupaten dan propinsi.

Untuk dapat melaksanakan fungsi teknis kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi dilengkapi dengan berbagai unit pelaksana teknis antara lain BP4, RS Paru, RS Kusta, BKMM dan Balai Matera Medika, yang menyelenggarakan pelayanan langsung dan membantu pelayanan rujukan.

Dalam rangka pengembangan UKM perlu diperhatikan :

1. Pemerataan UKM yang terdiri dari 2 faktor utama yaitu pemerataan pelayanan (sarana dan prasarana, sumberdaya manusia kesehatan, obat dan peralatan kesehatan) dan pembiayaan (investasi, operasional, dan pemeliharaan).
2. Peningkatan mutu UKM melalui standarisasi sumber daya manusia kesehatan, prosedur tetap, obat, alat kesehatan, dan gedung dengan memperhatikan jaminan mutu serta penilaian kinerja terhadap institusi, akreditasi, dan perijinan.
3. Keterjangkauan UKM yang didukung adanya pelayanan kesehatan baik yang bersifat statis maupun dinamis dengan sasaran prioritas keluarga miskin, kelompok resiko tinggi dan kelompok rentan di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan dengan melakukan koordinasi lintas program dan lintas sektor yang didukung peran aktif masyarakat.

2. Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

Bentuk pokok Upaya Kesehatan Perorangan meliputi :

a. Upaya Kesehatan Perorangan strata pertama

UKP strata pertama adalah UKP tingkat dasar, yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar ditujukan kepada perorangan.

Penyelenggara UKP strata pertama adalah perorangan, masyarakat, swasta dan pemerintah dalam bentuk antara lain: praktik bidan, praktik perawat, praktik dokter, dokter keluarga, praktik dokter gigi, klinik / balai pengobatan, Balai Kesehatan Ibu dan Anak, rumah bersalin, puskesmas, pelayanan pengobatan tradisional dan alternatif, kebugaran fisik, kosmetika dan lain-lain.

b. Upaya Kesehatan Perorangan strata kedua

UKP strata kedua adalah UKP tingkat lanjut, yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik yang ditujukan kepada perorangan.

Penyelenggara UKP strata kedua adalah perorangan, masyarakat, swasta dan pemerintah dalam bentuk antara lain: praktik dokter / dokter gigi spesialis, klinik spesialis, dan Rumah Sakit rujukan strata kedua baik pemerintah maupun swasta.

Sebagai rujukan UKP strata kedua adalah strata ketiga baik dalam bentuk praktik dokter subspecialis, pusat pelayanan unggulan (pusat unggulan jantung, pusat unggulan kanker, pusat penanggulangan stroke) dan rumah sakit rujukan strata ketiga baik pemerintah maupun swasta

Dalam rangka pengembangan UKP perlu diperhatikan :

1. Pemerataan UKP yang terdiri dari 2 faktor utama yaitu pemerataan pelayanan (sarana dan prasarana, sumberdaya manusia kesehatan, peralatan kesehatan) dan pembiayaan (investasi, operasional dan pemeliharaan).
2. Peningkatan mutu UKP melalui standarisasi sumberdaya manusia kesehatan, prosedur tetap, obat, alat kesehatan, dan gedung dengan memperhatikan jaminan mutu serta penilaian kinerja terhadap institusi, akreditasi, dan perijinan.
3. Keterjangkauan UKP yang perlu didukung adanya pelayanan kesehatan baik yang bersifat statis maupun dinamis dengan sasaran prioritas keluarga miskin, kelompok resiko tinggi dan kelompok rentan di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan dengan melakukan koordinasi lintas program dan lintas sektor yang didukung peran aktif masyarakat.

Upaya Kesehatan Kegawat Daruratan (UKKD)

Bentuk pokok Upaya Kesehatan Kegawat Daruratan meliputi:

a. Upaya Kesehatan Kegawat Daruratan Strata Pertama

UKKD strata pertama adalah kegiatan terpadu penanganan kegawat daruratan yang dilakukan oleh masyarakat, swasta, dan pemerintah. Penanggung jawab UKKD strata pertama adalah puskesmas.

Puskesmas harus mempunyai sumberdaya manusia yang mempunyai kompetensi Pertolongan Pertama Gawat Darurat (PPGD). Dalam

pelaksanaannya puskesmas harus memiliki UGD set dan alat komunikasi serta alat transportasi dalam rangka mekanisme rujukan.

b. Upaya Kesehatan Kegawat Daruratan Strata Dua

UKKD strata kedua adalah kegiatan terpadu penanganan kegawat daruratan yang dilakukan oleh swasta dan pemerintah pada tingkat rujukan strata kedua yang didukung masyarakat. Penanggung jawab UKKD strata kedua adalah Dinas Kesehatan Kabupaten.

Yang dilakukan pada tingkat Kabupaten dengan Pusat rujukan medis di Rumah Sakit kelas C, RS kelas B non pendidikan baik Pemerintah, Swasta, TNI dan Polri serta Dinas Kesehatan Kabupaten sebagai Pusat rujukan kesehatan masyarakat.

Rumah Sakit tersebut di atas harus memiliki sumber daya manusia yang dilatih kompetensinya antara lain PPGD, Basic Traumatic Life Support, Basic Cardiac Life Support, Neonatal Life Support, Pediatric Basic Life Support.

Di dalam pelaksanaan gawat darurat di rumah sakit tersebut harus memiliki peralatan sesuai dengan standar peralatan rumah sakit dengan tipe kelas rumah sakit. Demikian pula alat transportasi, alat komunikasi dalam rangka mekanisme rujukan.

c. Upaya Kesehatan Kegawat Daruratan Strata Tiga

UKKD Strata Tiga adalah UKKD yang dilakukan di tingkat provinsi dengan Pusat rujukan medis di rumah sakit kelas B dan A, baik Pemerintah, Swasta, TNI dan Polri serta Dinas Kesehatan Provinsi sebagai pusat rujukan kesehatan masyarakat.

Rumah Sakit tersebut di atas harus memiliki sumber daya manusia yang dilatih kompetensinya antara lain PPGD, Advance Traumatic Life Support, Advance Cardiac Life Support, Neonatal Life Support, Pediatric Life Support.

Di dalam pelaksanaan gawat darurat di rumah sakit tersebut harus memiliki peralatan sesuai dengan standar peralatan rumah sakit dengan tipe kelas rumah sakit. Demikian pula alat transportasi, alat komunikasi dalam rangka mekanisme rujukan.

Di dalam pelaksanaan upaya kesehatan kegawatdaruratan pelayanan UKKD ini harus mempertimbangkan hal - hal sebagai berikut:

1. Secara kelembagaan sektor kesehatan merupakan bagian dari SARKOLAK Penanggulangan Bencana dan Pengungsi di tingkat Provinsi

dan SATLAK Penanggulangan Bencana dan Pengungsi di tingkat Kabupaten / Kota.

2. Kesiapsiagaan pencegahan maupun mitigasi dilaksanakan bersama sektor terkait.
3. Setiap strata harus mempunyai rencana kontingensi.

Dalam pelaksanaan UKKD pemberdayaan masyarakat menjadi sesuatu yang penting untuk menuju "SAFE COMMUNITY".

Setiap jenjang administrasi harus mempunyai contingency plan dalam setiap jenjang administrasi UKKD.

Dalam rangka pengembangan UKKD perlu diperhatikan :

1. Pemerataan UKKD yang terdiri dari 2 faktor utama yaitu pemerataan pelayanan (sarana dan prasarana, sumber daya manusia kesehatan, peralatan kesehatan) dan pembiayaan (investasi, operasional dan pemeliharaan)
2. Peningkatan mutu UKKD melalui standarisasi sumber daya manusia kesehatan, prosedur tetap, obat, alat kesehatan dan gedung dengan memperhatikan jaminan mutu serta penilaian kinerja terhadap institusi, akreditasi dan perijinan.
3. Keterjangkauan UKKD yang didukung adanya pelayanan kesehatan baik yang bersifat statis maupun dinamis dengan sasaran prioritas keluarga miskin, kelompok resiko tinggi dan kelompok rentan di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan dengan melakukan koordinasi lintas program dan lintas sektor yang didukung peran aktif masyarakat.

BAB V

SUBSISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

A. PENGERTIAN

Subsistem Pembiayaan Kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan sumber daya keuangan secara terpadu dan saling mendukung untuk kebutuhan pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

B. TUJUAN

Tujuan subsistem pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berdaya guna dan berhasil guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

C. UNSUR-UNSUR UTAMA

Subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari tiga unsur utama, yakni penggalan dana, alokasi dana, dan pembelanjaan.

1. Penggalan dana merupakan kegiatan menghimpun dana yang diperlukan untuk penyelenggaraan pembangunan kesehatan, baik yang bersumber dari pemerintah, swasta, masyarakat dan sumber lain.
2. Pengalokasian dana merupakan penetapan peruntukan dan penggunaan dana yang telah berhasil dihimpun, baik yang bersumber dari pemerintah maupun swasta.
3. Pembelanjaan merupakan pemakaian dana yang telah dialokasikan sesuai dengan peruntukannya.

D. PRINSIP

Penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Upaya penggalan dana dilaksanakan secara bertanggung jawab sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2. Pengalokasian dana didasarkan pada paradigma sehat, komitmen global / nasional / regional, regulasi dan program-program prioritas.
3. Biaya untuk kesehatan yang tersedia darimanapun sumbernya dikelola secara berdaya-guna, adil dan berkelanjutan yang didukung oleh transparansi dan akuntabilitas.
4. Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah diarahkan untuk pembiayaan penye/enggaraan upaya kesehatan yang strategis dan lebih mengutamakan keluarga miskin, rentan, daerah terpencil dan daerah bencana.
5. Penggalian dana yang bersumber dari masyarakat dan penggunaanya dapat dilakukan melalui mekanisme asuransi sosial dalam bentuk jaminan kesehatan daerah sebagai bagian integral dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).
6. Pembiayaan kesehatan yang bersumber masyarakat dan swasta untuk pembiayaan upaya kesehatan secara pra upaya atau dalam bentuk lainnya dilaksanakan dengan prinsip solidaritas sosial yang wajib dan sukarela.
7. Pembelanjaan harus transparan, akuntabel, efektif, efisien dan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

E. BENTUK POKOK

1. Penggalian Dana

Hal yang harus diperhatikan dalam penggalian dana meliputi :

- a. Dana bersumber pemerintah berasal dari APBN, APBD Propinsi, APBD Kabupaten. Dana APBD Kabupaten sekurang-kurangnya 15% untuk sektor kesehatan dengan memperhatikan penghitungan pencapaian target kewenangan wajib standar pelayanan minimal.
- b. Dana yang bersumber masyarakat berasal dari perorangan, kelompok, swasta dan sumber lain dikelola oleh badan penyelenggara sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2. Pengalokasian Dana

Hal yang harus diperhatikan dalam pengalokasian dana meliputi:

- a. Pengalokasian anggaran pemerintah dilakukan sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku dengan pembagian yang memadai / proposional mengacu pada kesepakatan pencapaian program-program prioritas global, nasional dan regional / spesifik daerah dengan memperhatikan aspek

kebutuhan dan kewajaran. Alokasi yang ada dipergunakan untuk promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif.

- b. Pengalokasian anggaran masyarakat (swasta) mengutamakan upaya kuratif dan rehabilitatif tanpa mengabaikan promotif dan preventif.

3. Pembelanjaan

- a. Pembelanjaan kesehatan dari anggaran pemerintah ditetapkan sebagai berikut:

- Biaya operasional digunakan untuk pembiayaan kegiatan–kegiatan semua subsistem.
- Biaya investasi digunakan untuk pembiayaan sarana, prasarana dan tenaga pendukung yang diperlukan untuk memfasilitasi kegiatankegiatan semua subsistem.
- Biaya pemeliharaan digunakan untuk pembiayaan pemeliharaan sarana dan prasarana serta peningkatan kemampuan sumber daya manusia agar terjaga kualitasnya untuk mendukung kegiatan-kegiatan semua subsistem sehingga dapat dilaksanakan secara berkesinambungan.

- b. Pembelanjaan anggaran dari swasta digunakan untuk :

- Biaya operasional digunakan untuk pembiayaan kegiatan – kegiatan semua subsistem.
- Biaya investasi digunakan untuk pembiayaan sarana, prasarana dan tenaga pendukung yang diperlukan untuk memfasilitasi kegiatan-kegiatan semua subsistem.
- Biaya pemeliharaan digunakan untuk pembiayaan pemeliharaan sarana dan prasarana serta peningkatan kemampuan sumber daya manusia agar terjaga kualitasnya untuk mendukung kegiatan-kegiatan semua subsistem sehingga dapat dilaksanakan secara berkesinambungan.

BAB VI

SUBSISTEM SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN

A. PENGERTIAN

Subsistem Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

SDM kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan yang selanjutnya disebut tenaga kesehatan maupun tidak memiliki pendidikan formal kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.

B. TUJUAN

Tujuan subsistem SDM kesehatan adalah tersedianya tenaga kesehatan yang bermutu, mencukupi dan di distribusikan secara adil serta di manfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya

C. UNSUR-UNSUR UTAMA

Subsistem SDM Kesehatan terdiri dari tiga unsur utama, yakni perencanaan, pendidikan dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan.

1. Perencanaan tenaga kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah, dan kualifikasi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Gresik :
 - a. Jenis Tenaga Kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - b. Jumlah Tenaga Kesehatan berdasarkan perhitungan rencana kebutuhan Tenaga Kesehatan dengan metode terpilih antara lain ; Analisa Jabatan, DSP (*Daftar Susunan Pegawai*) dan WISN (*Work Load Indicator Need / kebutuhan SDM Kesehatan berdasarkan Indikator beban kerja*)
 - c. Kualifikasi tenaga kesehatan menurut jenjang pendidikan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan berdasarkan metode terpilih antara lain : hasil Analisa Jabatan, DSP dan WISN

2. Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan merupakan upaya pengadaan, peningkatan kinerja, profesionalisme dan atau penunjang pengembangan karier tenaga kesehatan
3. Pendayagunaan SDM Kesehatan merupakan upaya pengangkatan, penempatan, pemanfaatan, pemerataan, pembinaan dan pengawasan.

Untuk SDM Kesehatan yang tidak memiliki pendidikan formal kesehatan perencanaan, pendidikan dan pelatihan serta pendayagunaannya di sesuaikan dengan kebutuhan setempat.

D. PRINSIP

Penyelenggaraan Subsistem SDM Kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Pengadaan tenaga kesehatan sesuai dengan perencanaan yang mencakup jumlah, jenis dan kualifikasi tenaga kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan serta dinamika pasar di dalam maupun di luar negeri.
2. Pendayagunaan tenaga kesehatan memperhatikan azas pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat di Kabupaten Gresik serta kesejahteraan dan keadilan bagi masyarakat maupun Tenaga Kesehatan.
3. Pembinaan tenaga kesehatan diarahkan pada penguasaan ilmu dan teknologi serta pembentukan moral dan akhlak sesuai dengan ajaran agama dan etika profesi yang diselenggarakan secara berkelanjutan dengan melibatkan organisasi profesi
4. Pengembangan karier dilaksanakan secara obyektif, transparan, berdasarkan prestasi kerja, dan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.
5. Pembinaan masyarakat yang bekerja di bidang kesehatan diarahkan pada penguasaan ketrampilan sesuai dengan nilai dan norma.
6. Pembiayaan pengelolaan SDM kesehatan yang meliputi Perencanaan Pendidikan dan pelatihan serta pendayagunaan dapat di biyai APBD, APBN, Swasta dan sumber lain yang diatur dalam sub sistem pembiayaan kesehatan

E. BENTUK POKOK

1. Perencanaan SDM Kesehatan

Merupakan program yang bertujuan meningkatkan mutu manajemen SDM Kesehatan dalam menentukan jumlah, jenis dan kualifikasi sesuai kebutuhan

pembangunan kesehatan. Hal - hal yang harus diperhatikan dalam perencanaan SDM Kesehatan adalah :

- a. Perencanaan SDM Kesehatan di Kabupaten Gresik memerlukan Menejemen SDM Kesehatan dalam bentuk jaringan Sistem Informasi Manajemen SDM Kesehatan (SIM - SDM KES) antara propinsi, kabupaten dan institusi pendidikan, organisasi profesi dan institusi pengguna SDM Kesehatan agar perencanaan tenaga kesehatan sesuai kebutuhan.
- b. Dalam pelaksanaannya perlu dibentuk Tim Pengelola Data yang diangkat oleh Bupati yang berkedudukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik dan selanjutnya dikembangkan di Institusi Kesehatan, Organisasi Profesi dan institusi pengguna SDM Kesehatan
- c. Perencanaan yang disusun oleh Tim Pengelola Data dipergunakan sebagai bahan pertimbangan oleh Majelis Tenaga Kesehatan untuk memenuhi kebutuhan SDM kesehatan.
- d. Kebutuhan SDM Kesehatan baik jenis, jumlah, maupun kualifikasi dirumuskan dan ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten Gresik berdasarkan masukan dari Majelis Tenaga Kesehatan yang merupakan badan yang mempunyai sifat otonom, non struktural dibentuk oleh Bupati dan bertanggung jawab kepada Bupati, berkedudukan di kabupaten dengan keanggotaan terdiri dari berbagai pihak terkait antara lain : organisasi profesi, forum komunikasi institusi pendidikan tenaga kesehatan, masyarakat profesi, tokoh masyarakat yang konsen dengan bidang kesehatan.

2. Pendidikan dan Pelatihan SDM Kesehatan

Merupakan program yang bertujuan meningkatkan mutu, kinerja dan profesionalisme SDM Kesehatan sesuai jumlah, jenis yang dibutuhkan. Untuk pendidikan dan pelatihan SDM Kesehatan, hal - hal yang harus diperhatikan adalah :

- a. Pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program di bidang kesehatan harus memperhatikan mutu, keseimbangan antara kebutuhan, produksi dan pendayagunaan SDM kesehatan serta tidak mengakibatkan tambahan beban finansial bagi Pemerintah Kabupaten Gresik.
- b. Standar pendidikan vokasi, sarjana, dan profesi tingkat pertama ditetapkan oleh asosiasi institusi pendidikan tenaga kesehatan yang

bersangkutan. Sedangkan standar pendidikan profesi tingkat lanjutan ditetapkan oleh kolegium profesi yang bersangkutan.

- c. Penyelenggara pendidikan vokasi, sarjana dan profesi tingkat pertama adalah institusi pendidikan tenaga kesehatan yang telah diakreditasi oleh badan akreditasi yang berwenang. Sedangkan penyelenggara pendidikan profesi tingkat lanjutan adalah Institusi berbasis pendidikan (*university based*) dan institusi berbasis rumah sakit (*hospital based*) yang telah diakreditasi oleh kolegium profesi yang bersangkutan.
- d. Peningkatan kompetensi SDM Kesehatan yang bekerja di institusi kesehatan baik pemerintah maupun swasta perlu diselenggarakan melalui kalakarya, pelatihan teknis dan fungsional yang anggarannya menjadi tanggung jawab pemerintah dan swasta.
- e. Standar pelatihan tenaga kesehatan dengan menggunakan pedoman akreditasi pelatihan dari Departemen Kesehatan yang dilakukan oleh Tim Akreditasi Pelatihan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur. Sedangkan penyelenggara pelatihan Tenaga Kesehatan dapat dilakukan oleh berbagai pihak yang telah ter akreditasi oleh Pusdiklat Kes / Badan Pelatihan Propinsi Jawa Timur / Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur / Depkes RI.

3. Pendayagunaan SDM Kesehatan

Merupakan program yang bertujuan mengangkat, menempatkan, membina dan mengawasi SDM Kesehatan menurut jumlah, jenis, kualifikasi sesuai kebutuhan. Pada pendayagunaan SDM Kesehatan hal - hal yang harus diperhatikan meliputi :

- a. Pengangkatan SDM Kesehatan di sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah kabupaten menjadi tanggung jawab pemerintah daerah.
- b. Khusus untuk pengangkatan tenaga kesehatan strategis (dokter, dokter gigi, dokter spesialis/dokter gigi spesialis) disarana pelayanan kesehatan kabupaten dilaksanakan oleh pemerintah pusat dan daerah.
- c. Pengangkatan Tenaga Kesehatan di Kabupaten dapat dilakukan dengan cara : PNS, Sistem Kontrak Kerja (TKM, PTT Pusat, PTT Daerah, dengan Cara Lain) atas dasar kesepakatan antara Tenaga Kesehatan yang bersangkutan dan Pemerintah Kabupaten.
- d. Pengangkatan tenaga kesehatan sebagai PNS Kabupaten, berorientasi pada pemenuhan kebutuhan sarana pelayanan kesehatan Kabupaten.

- e. Penempatan tenaga kesehatan strategis di sarana pelayanan kesehatan Kabupaten Gresik melalui Tim Penempatan Tenaga Kesehatan Strategis (unsur Badan Kepegawaian Daerah, Dinkes Kabupaten, Organisasi Profesi, Rumah Sakit) yang ditetapkan oleh Bupati.
- f. Penempatan tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan milik swasta di Kabupaten Gresik, diselenggarakan oleh sarana pelayanan kesehatan swasta yang bersangkutan dan berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten.
- g. Pengiriman tenaga kesehatan Non PNS disarana pelayanan kesehatan di luar negeri diselenggarakan oleh suatu lembaga khusus yang dibentuk oleh Bupati terdiri dari : unsur Dinas Kesehatan, Disnaker dan Imigrasi dengan mengikut sertakan PJTKKI (Penyelenggara Jasa Tenaga Kerja Kesehatan Indonesia),
- h. Pengiriman dan Penempatan Tenaga Kesehatan PNS Kabupaten disarana pelayanan kesehatan di luar negeri diselenggarakan oleh Lembaga Khusus dengan mengalihkan terlebih dahulu status PNS Daerah menjadi PNS Pusat.
- i. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Warga Negara Indonesia lulusan luar negeri, harus mengikuti Program Adaptasi yang diselenggarakan oleh lembaga pendidikan yang direkomendasi oleh organisasi profesi terkait.
- j. Penempatan Tenaga Kesehatan tersebut pada huruf / melalui Tim Penempatan Tenaga Kesehatan Strategis dan melibatkan asosiasi terkait apabila penempatannya di sarana pelayanan kesehatan Swasta.
- k. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Asing di Kabupaten Gresik dilakukan setelah Tenaga Kesehatan Asing tersebut memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh Propinsi dan Daerah.
- l. Penempatan, Pengawasan dan Pembinaan Tenaga Kesehatan tersebut pada huruf k. dikoordinasi oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur dengan melibatkan organisasi profesi dan asosiasi terkait
- m. Pembinaan dan pengawasan praktik profesi dilakukan melalui sertifikasi, registrasi, uji kompetensi, dan pemberian lisensi.
- n. Sertifikasi Tenaga Kesehatan dilakukan oleh Institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan tersebut.
- o. Registrasi Tenaga Kesehatan Kabupaten Gresik dilakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur sesuai dengan ketentuan Pusat.

- p. Pemberian Lisensi Tenaga Kesehatan Spesialis dilakukan oleh Menteri Kesehatan, sedangkan Strata satu (S1), D3 dan JPM (Jenjang Pendidikan Menengah) oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur
- q. Uji kompetensi Tenaga Kesehatan dilakukan oleh masing-masing organisasi profesi terkait di Kabupaten dengan menggunakan pedoman Pusat.
- r. Pembinaan SDM Kesehatan dilakukan oleh pimpinan unit kerja, Kepala Dinas Kesehatan dan Organisasi Profesi, sesuai dengan peraturan perundang-undangan, Norma, dan etika profesi.
- s. Pendayagunaan tenaga masyarakat di bidang kesehatan di Kabupaten Gresik dilakukan secara serasi dan terpadu oleh Dinas Kesehatan Kabupaten dan masyarakat. Sedangkan pemberian kewenangan teknis kesehatan dibidang kesehatan tersebut dilakukan sesuai keperluan dan kompetensinya.

BAB VII

SUBSISTEM OBAT, PERBEKALAN KESEHATAN DAN MAKANAN

Subsistem obat, perbekalan kesehatan dan makanan terdiri atas dua subsistem yaitu :

- a. Sub - subsistem obat dan perbekalan kesehatan
- b. Sub - subsistem makanan.

A. SUB - SUBSISTEM OBAT DAN PERBEKALAN KESEHATAN

1. PENGERTIAN

Subsistem obat dan perbekalan kesehatan adalah tatanan yang menghimpun upaya guna menjamin ketersediaan, pemerataan, mutu dan keamanan obat dan perbekalan kesehatan secara terpadu dalam rangka tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Obat adalah bahan atau paduan bahan yang dimaksudkan untuk digunakan dalam menetapkan diagnosa, mencegah, mengurangi, menghilangkan, menyembuhkan penyakit atau gejala penyakit, luka atau kelainan badaniah dan rokhaniah pada manusia dan untuk memperelok atau memperindah badan atau bagian badan manusia.

Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintesis maupun semi sintesis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan.

Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintesis bukan narkotika yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku.

Perbekalan kesehatan adalah semua bahan selain obat dan peralatan yang diperlukan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan, yang meliputi sediaan farmasi selain obat, alat kesehatan, Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) dan Perbekalan lainnya.

Sediaan farmasi meliputi obat, bahan obat, obat tradisional, kosmetika. *Bahan Obat* adalah segala bahan aktif atau tidak aktif, berubah atau tidak berubah, yang semata-mata dipergunakan dalam produksi obat-obatan.

Obat Tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan sarian (galenik) atau campuran dari bahan tersebut yang secara turun temurun telah digunakan untuk

pengobatan berdasarkan pengalaman. Pengembangan obat tradisional sudah mencapai pada tahap obat herbal terstandar dan beberapa diantaranya sudah sampai pada tahap Fitofarmaka ; artinya sudah teruji melalui uji klinik obat sesuai dengan peraturan perundang - undangan yang berlaku.

Kosmetika adalah bahan atau sediaan yang dimaksudkan untuk digunakan pada bagian luar tubuh manusia (epidermis, rambut, kuku, bibir dan organ genital bagian luar) atau gigi dan mukosa mulut terutama untuk membersihkan, mewangikan, mengubah penampilan dan atau memperbaiki bau badan atau melindungi atau memelihara tubuh pada kondisi baik

Alat kesehatan adalah instrument, apparatus, reagen / produk diagnostik invitro atau barang lain yang sejenis atau yang terkait termasuk komponen, bagian dan perlengkapan yang digunakan untuk mendiagnosa penyakit, menyembuhkan, merawat, memulihkan, meringankan atau mencegah penyakit pada manusia dan atau dimaksudkan untuk mendiagnosa kondisi bukan penyakit dan yang dalam mencapai tujuan utamanya tidak melalui reaksi kimia pada / dalam tubuh manusia dan atau tidak tergantung dari metabolisme tubuh.

Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga adalah alat, bahan atau campuran untuk pemeliharaan dan perawatan kesehatan untuk manusia, hewan peliharaan, rumah tangga dan tempat -tempat umum.

Perbekalan lainnya adalah peralatan yang tidak secara langsung digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan seperti ambulans, tempat tidur.

Zat adiktif adalah bahan selain narkotika dan psikotropika yang penggunaannya dapat menimbulkan ketergantungan psikis.

Prekursor adalah zat atau bahan atau bahan kimia yang dapat digunakan dalam pembuatan narkotika dan psikotropika.

Bahan berbahaya adalah zat, bahan kimia dan biologi, baik dalam bentuk tunggal maupun campuran yang dapat membahayakan kesehatan dan lingkungan hidup secara langsung atau tidak langsung yang mempunyai sifat racun, karsinogenik, mutagenik, korosif dan iritasi.

2. TUJUAN

Tersedianya obat dan perbekalan kesehatan, yang merata, bermutu, aman, bermanfaat dan terjangkau serta melindungi masyarakat Kabupaten Gresik dari bahaya penyalahgunaan obat dan perbekalan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Gresik yang setinggi-tingginya.

3. UNSUR - UNSUR UTAMA

Subsistem obat, perbekalan kesehatan terdiri atas lima unsur utama, yakni :

- a. Ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan adalah pemenuhan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan sesuai dengan waktu yang tepat, jenis, dan jumlah yang dibutuhkan oleh masyarakat.
- b. Pemerataan obat dan perbekalan kesehatan menjamin penyebaran obat dan perbekalan kesehatan secara merata dan berkesinambungan, sehingga mudah diperoleh dan terjangkau oleh masyarakat.
- c. Pengawasan dan pengamanan mutu obat dan perbekalan kesehatan menjamin khasiat / manfaat, keamanan serta keabsahan obat dan perbekalan kesehatan sejak dari produksi hingga pemanfaatannya serta dampak bahaya yang mungkin ditimbulkan.
- d. Pengembangan obat asli Indonesia adalah upaya yang dilaksanakan untuk meneliti, dan atau mengembangkan dan atau memanfaatkan tanaman obat asli Indonesia sehingga dapat digunakan dalam pelayanan kesehatan formal.
- e. Pencegahan penyalahgunaan napza adalah upaya yang dilakukan dalam rangka pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan narkotika, psikotropika, zat adiktif dan prekursor. Kelima unsur tersebut bersinergi dan ditunjang dengan teknologi, tenaga pengelola serta penatalaksanaan pengelolaan serta pemanfaatan obat dan perbekalan kesehatan sesuai dengan peraturan perundangundangan yang berlaku.

4. PRINSIP

Penyelenggaraan subsistem obat dan perbekalan kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Obat dan perbekalan kesehatan adalah komoditas khusus yang mempunyai fungsi sosial sehingga tidak boleh diperlakukan sebagai komoditas ekonomi semata dan harus tersedia, terjangkau, bermutu serta aman.
- b. Pemerintah mengendalikan harga obat dan perbekalan kesehatan, tidak sepenuhnya diserahkan kepada mekanisme pasar serta tidak boleh dipromosikan secara berlebihan dan menyesatkan.
- c. Peredaran serta pemanfaatan obat dan perbekalan kesehatan, tidak boleh bertentangan dengan hukum, etika, dan moral.
- d. Penyediaan obat mengutamakan obat esensial generik bermutu melalui optimalisasi industri obat dalam negeri.
- e. Pengelolaan serta pelayanan obat dan perbekalan kesehatan diselenggarakan oleh tenaga yang mempunyai kewenangan dan keahlian di

bidangnya secara rasional dengan memperhatikan aspek mutu, keamanan, manfaat, harga, serta kemudahan untuk diakses oleh masyarakat dan lingkungannya.

- f. Pengembangan dan peningkatan obat asli Indonesia ditujukan agar diperoleh obat tradisional yang bennutu tinggi, aman, memiliki khasiat nyata yang teruji secara ilmiah, dan dimanfaatkan secara luas.
- g. Pengamanan obat dan perbekalan kesehatan diselenggarakan mulai tahap produksi, distribusi dan pemanfaatan.
- h. Ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan termasuk narkotika dan psikotropika golongan tertentu pengelolaannya harus sesuai dengan peraturan perundang - undangan yang berlaku.

5. BENTUK POKOK

a. Upaya ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan

Dalam bentuk pokok ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan, yang harus diperhatikan adalah :

1. Perencanaan kebutuhan obat Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) diselenggarakan oleh pemerintah Kabupaten Gresik dengan Tim Perencanaan Obat Terpadu yang di kukuhkan dengan SK Bupati.
2. Perencanaan kebutuhan obat kecuali obat PKD dan perbekalan kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah pusat, pemerintah propinsi, pemerintah kabupaten , dan pihak terkait dengan koordinasi yang efektif.
3. Perencanaan dan pengadaan obat pada sarana kesehatan mengacu pada DOEP, sedangkan pengadaan dan pelayanan obat di rumah sakit berdasarkan DOERS dalam bentuk formularium rumah sakit.
4. DOEN merupakan rujukan dari DOEP , dan DOEP merupakan rujukan dari DOERS dalam bentuk formularium rumah sakit. Selama DOEP belum tersusun mengacu pada DOEN .
5. Pengadaan, produksi, dan distribusi obat dan perbekalan kesehatan diawasi dan dimonitor oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah.
6. Ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan di Kabupaten Gresik dan rumah sakit dimonitor oleh pemerintah pusat , pemerintah propinsi dan kabupaten.
7. Penyediaan stok penyangga obat dan perbekalan kesehatan tertentu sesuai kebutuhan diutamakan untuk mengatasi Kejadian Luar Biasa (KLB) dan ketersediaannya.

8. Obat dan perbekalan kesehatan yang sudah rusak, kadaluwarsa atau sudah tidak layak harus dimusnahkan sesuai peraturan perundang - undangan yang berlaku.

b. Upaya Pemerataan Obat dan Perbekalan Kesehatan

Dalam bentuk pokok upaya pemerataan obat dan perbekalan kesehatan, hal - hal yang harus diperhatikan adalah :

1. Pendistribusian obat dan perbekalan kesehatan diselenggarakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Pelayanan kefarmasian harus memperhatikan aspek pemerataan serta mendorong tercapainya pelayanan kefarmasian sampai ke tingkat desa.
3. Penatalaksanaan pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan yang meliputi tata cara, sarana dan prasarana penunjang menjadi tanggung jawab dan diselenggarakan oleh pemerintah.
4. Penatalaksanaan pemakaian obat mengacu pada Penggunaan Obat Secara Rasional (POSR) sesuai dengan pedoman dasar pengobatan yang telah ditetapkan.

c. Upaya pengawasan dan pengamanan mutu obat dan perbekalan kesehatan

Dalam bentuk pokok upaya pengawasan dan pengamanan mutu obat dan perbekalan kesehatan, hal - hal yang harus diperhatikan adalah :

1. Pengawasan dan pengamanan mutu mulai dari proses produksi sampai dengan distribusi obat dan perbekalan kesehatan dilakukan oleh pemerintah dan organisasi profesi, didukung peran aktif masyarakat melalui sistem "*Total Quality Assurance*"
2. Sarana pelayanan obat dan perbekalan kesehatan harus mempunyai fasilitas penyimpanan dan dikelola oleh tenaga sesuai persyaratan.
3. Pelayanan obat harus mengacu pada pedoman penggunaan obat yang rasional, diikuti dengan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE)
4. Pelayanan informasi efek samping obat dan perbekalan kesehatan termasuk keracunan dilaksanakan oleh jaringan SIKER Propinsi Jawa Timur.

d. Upaya Pencegahan Penanggulangan Penyalahgunaan Napza

Dalam bentuk pokok upaya pencegahan dan penanggulangan Napza hal - hal yang perlu diperhatikan adalah :

1. Upaya promosi, surveilans, pengobatan dan rehabilitasi dalam rangka pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan Napza dilakukan oleh pemerintah berkoordinasi dengan badan yang menangani pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan Napza, perguruan tinggi, organisasi profesi, dan masyarakat.
2. Sistem Pelaporan Narkotika dan Psikotropika (SIPNAP) dilakukan oleh pemerintah dan dikembangkan sesuai kebutuhan.

e. Upaya Pengembangan Obat Asli Indonesia

Dalam bentuk pokok upaya pengembangan obat asli Indonesia, hal – hal yang harus diperhatikan adalah :

1. Penelitian dan pengembangan budidaya tanaman obat asli Indonesia dilaksanakan oleh pemerintah melalui Lembaga Penelitian dan Pengembangan, perguruan tinggi, institusi terkait, masyarakat dan pihak swasta.
2. Penelitian dan pengembangan pemanfaatan tanaman obat asli Indonesia dilaksanakan oleh pemerintah, bersama institusi terkait dan pihak swasta.
3. Obat asli Indonesia yang sudah terbukti secara ilmiah dapat dimasukkan dalam DOEP dan formularium rumah sakit (DOERS).

B. SUB-SUBSISTEM MAKANAN

1. PENGERTIAN

Subsistem makanan adalah tatanan yang menghimpun upaya yang menjamin keamanan serta mutu makanan secara terpadu dan saling mendukung dalam rangka tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Makanan adalah barang yang dimaksudkan untuk dimakan atau diminum oleh manusia serta semua bahan yang digunakan pada produksi makanan dan minuman.

2. TUJUAN

Terjaminnya keamanan dan mutu makanan yang beredar, serta terlindunginya masyarakat Kabupaten Gresik dari bahaya makanan yang tidak memenuhi syarat

3. UNSUR - UNSUR UTAMA

Unsur utama sub subsistem makanan yang terdiri dari 2 (dua) unsur, yakni keamanan dan mutu makanan.

Keamanan makanan adalah kondisi dan upaya yang diperlukan untuk mencegah makanan dari kemungkinan cemaran biologis, kimia, dan benda lain yang dapat mengganggu, merugikan dan membahayakan kesehatan manusia.

Mutu makanan adalah nilai yang ditentukan atas dasar kriteria keamanan makanan, kandungan gizi, dan standar perdagangan terhadap makanan

Kedua unsur tersebut bersinergi dan ditunjang dengan teknologi, tenaga pengelola serta penatalaksanaan pengelolaan makanan, bahan baku, bahan penolong, dan bahan tambahan makanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

4. PRINSIP

Penyelenggaraan subsistem makanan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Makanan merupakan kebutuhan dasar manusia yang dapat memberikan manfaat bagi kepentingan kesehatan manusia.
- b. Peredaran serta pemanfaatan makanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- c. Makanan khususnya makanan berlabel yang beredar harus sudah terdaftar sebagai tanda layak dikonsumsi.
- d. Pengamanan makanan diselenggarakan mulai dari tahap produksi, distribusi sampai dengan dikonsumsi meliputi keamanan dan mutu.
- e. Makanan tidak boleh dipromosikan secara berlebihan dan menyesatkan, serta bertentangan dengan etika dan moral.

5. BENTUK POKOK

- a. Pengawasan dan pengamanan mutu makanan dalam peredaran dilakukan oleh industri yang bersangkutan, pemerintah pusat dan atau pemerintah daerah bersama dengan Balai POM dan asosiasi terkait dan masyarakat.
- b. Pembinaan dan pengendalian produksi dan distribusi makanan dilakukan oleh pemerintah pusat dan atau pemerintah daerah, Balai POM serta asosiasi terkait.
- c. Pembinaan dan pengendalian promosi makanan dilakukan oleh pemerintah pusat dan atau pemerintah propinsi bekerja sama dengan institusi terkait.

- d. Pengawasan promosi makanan dilakukan oleh pemerintah pusat dan atau pemerintah provinsi bersama dengan asosiasi terkait dan masyarakat.
- e. Pembinaan dan pengendalian produksi, distribusi dan pemanfaatan produk makanan hasil industri rumah tangga dilakukan oleh pemerintah pusat dan atau pemerintah daerah secara lintas sektoral.
- f. Pengawasan produksi, distribusi, dan pemanfaatan produk makanan termasuk produk makanan hasil industri rumah tangga dilakukan oleh pemerintah pusat dan atau pemerintah daerah secara lintas sektoral dan masyarakat.

BAB VIII

SUBSISTEM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

A. PENGERTIAN

Sub sistem pemberdayaan masyarakat adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perorangan, kelompok dan masyarakat sebagai pelaku di bidang pembangunan kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

B. TUJUAN

Tujuan sub sistem pemberdayaan masyarakat adalah terselenggaranya pemberdayaan melalui kemitraan, kemandirian perorangan, kelompok dan masyarakat dalam bentuk pengabdian, advokasi, maupun pengawasan social dalam pembangunan kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

C. UNSUR - UNSUR UTAMA

Sub sistem pemberdayaan masyarakat terdiri dari tiga unsur utama, yakni pemberdayaan perorangan, pemberdayaan kelompok dan pemberdayaan masyarakat.

1. Pemberdayaan perorangan adalah upaya meningkatkan peran fungsi, dan kemampuan perorangan dalam membuat keputusan untuk memelihara kesehatan, dimulai dari diri sendiri yakni mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang diteladani oleh anggota keluarga dan masyarakat sekitar, selain itu tiap-tiap individu mampu menyediakan

pembiayaan kesehatan dalam berbagai bentuk yang berkembang di masyarakat.

2. Pemberdayaan kelompok adalah upaya meningkatkan peran fungsi, dan kemampuan kelompok-kelompok di masyarakat termasuk swasta sehingga dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi dan dapat berperan aktif dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Kegiatan yang dilakukan dapat berupa program pengabdian (*to serve*), memperjuangkan kepentingan masyarakat di bidang kesehatan (*to advocate*), atau melakukan pengawasan social terhadap pembangunan kesehatan (*to watch*). Pemberdayaan kelompok menghasilkan kelompok-kelompok peduli kesehatan antara lain ; posyandu, polindes, toga, batra, dana sehat, poskestren, serta bentuk UKBM lain melalui wadah LSM ataupun organisasi peduli kesehatan lainnya. Kelompok-kelompok ini menjadi jembatan informasi dan alih teknologi antara pemerintah, swasta dan masyarakat.
3. Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya meningkatkan peran, fungsi dan kemampuan masyarakat termasuk swasta sehingga dapat mengatasi masalah kesehatan dan kedaruratan terhadap bencana yang dihadapi dan dapat berperan aktif dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Kegiatan yang dilakukan dapat berupa program pengabdian, memperjuangkan kepentingan masyarakat di bidang kesehatan serta melakukan pengawasan sosial terhadap pembangunan kesehatan. Pemberdayaan masyarakat menghasilkan gerakan/ kegiatan masyarakat yang mendukung program kesehatan antara lain : Poskesdes, Poskestren, Posyandu, Polindes. Gerakan Jumat Bersih , Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dan lain sejenisnya . Gerakan tersebut selanjutnya membentuk Forum Kabupaten Sehat yang selanjutnya forum ini akan menyuarakan gagasan dan kehendak masyarakat sesuai pilihan dan kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan dalam suatu bentuk gerakan masyarakat yang terencana dan terkoordinasi dalam Desa Siaga .

D. PRINSIP

Penyelenggaraan sub sistem pemberdayaan masyarakat mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut :

1. Pemberdayaan masyarakat berbasis pada tata nilai perorangan, keluarga, dan masyarakat sesuai dengan sosial budaya, kebutuhan dan potensi setempat.

2. Pemerintah berperan sebagai fasilitator dalam penyelenggaraan upaya kesehatan berbasis masyarakat.
3. Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan meningkatkan akses untuk memperoleh informasi dan kesempatan mengemukakan pendapat, serta keterlibatan dalam proses pengambilan keputusan yang berkaitan dengan pelaksanaan pembangunan kesehatan
4. Pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui pendekatan edukatif untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan serta kepedulian dan peran aktif dalam berbagai upaya kesehatan
5. Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan menerapkan prinsip kemitraan yang didasari semangat kebersamaan dan gotong royong serta terorganisasikan dalam berbagai kelompok atau kelembagaan masyarakat.

E. BENTUK POKOK

1. Pemberdayaan Perorangan

Dalam bentuk pemberdayaan perorangan, hal-hal yang harus diperhatikan adalah :

- a. Meningkatkan peran individu sebagai pemrakarsa di bidang kesehatan melalui bimbingan teknis.
- b. Meningkatkan peran individu sebagai kader atau teladan melalui pembentukan pribadi dengan PHBS, sesuai dengan karakteristik budaya setempat dengan cara pendampingan
- c. Meningkatkan fungsi individu dalam menyuarakan kehendak masyarakat di bidang kesehatan dengan cara pendampingan oleh jajaran kesehatan di setiap jenjang secara berkesinambungan.
- d. Meningkatkan kemampuan individu yaitu tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh populer, tokoh politik dan tokoh swasta melalui pendekatan edukatif dalam bentuk pelatihan, sarasehan, lokakarya

2. Pemberdayaan Kelompok

Dalam bentuk pemberdayaan kelompok, hal-hal yang harus diperhatikan adalah :

- a. Dilakukan atas prakarsa perorangan atau kelompok-kelompok yang ada di masyarakat termasuk swasta dan pemerintah dalam bentuk kelompok peduli kesehatan. Ditujukan kepada kelompok seperti : kelompok pengajian / persekutuan doa / kelompok agama yang lain, kelompok budaya, kelompok

seminar, kelompok sebaya, organisasi wanita, organisasi pemuda dan organisasi profesi.

- b. Terbentuk atas dukungan, dorongan maupun terinspirasi kelompok atau lembaga sejenis dan pembentukan opini publik yang dikembangkan melalui media massa dan didasarkan pada situasi kondisi sesuai budaya masyarakat setempat yang bisa didukung oleh survey dan jajak pendapat.
- c. Pemberdayaan kelompok dapat dilakukan dalam wadah organisasi formal seperti yayasan, maupun non formal seperti majlis taklim.
- d. Meningkatkan fungsi kelompok dalam menyuarakan kehendak masyarakat serta memilih / menentukan kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan dengan cara pendampingan oleh jajaran kesehatan di setiap jenjang secara berkesinambungan.
- e. Pendampingan dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan kelompok melalui lokakarya atau sarasehan.

3. Pemberdayaan Masyarakat

Dalam bentuk pemberdayaan masyarakat, hal-hal yang harus diperhatikan adalah :

- a. Dilakukan atas prakarsa perorangan atau kelompok-kelompok yang ada di masyarakat termasuk institusi swasta dan pemerintah dalam bentuk gerakan masyarakat untuk berperan mendukung pembangunan kesehatan.
- b. Terbentuk atas dorongan kelompok / forum masyarakat yang menginginkan perubahan dengan mengadopsi PHBS berupa gerakan / kegiatan yang rutin maupun insidental yang mencakup seluruh masyarakat di suatu wilayah.
- c. Pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui pembentukan wadah perwakilan masyarakat peduli kesehatan, berupa: Forum masyarakat desa, Forum masyarakat kecamatan, Forum / Kolisi Kabupaten Sehat.
- d. Meningkatkan fungsi masyarakat dalam menyuarakan kehendak masyarakat serta memilih / menentukan kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan dan kedaruratan bencana dengan cara pendampingan oleh jajaran kesehatan di setiap jenjang secara berkesinambungan.
- e. Pendampingan dapat dilakukan oleh jajaran kesehatan, instansi pemerintah terkait dan kelompok peduli kesehatan di setiap jenjang untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui penyuluhan massa, lokakarya atau sarasehan.

BAB IX

SUBSISTEM MANAJEMEN KESEHATAN

A. PENGERTIAN

Subsistem manajemen kesehatan merupakan bagian dari SKK yang terdiri dari administrasi kesehatan, informasi kesehatan, pengembangan dan penerapan iptek, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung

B. TUJUAN

Tujuan subsistem manajemen kesehatan adalah terselenggaranya fungsi manajemen kesehatan yang mendukung sub sistem lain secara berdaya guna dan berhasil guna untuk terlaksananya pembangunan kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi – tingginya

C. UNSUR-UNSUR UTAMA

Subsistem manajemen kesehatan terdiri dari empat unsur utama, yakni administrasi kesehatan, informasi kesehatan, ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, serta hukum kesehatan.

1. Administrasi kesehatan yang dijalankan melalui fungsi manajemen yang meliputi kegiatan perencanaan, pelaksanaan, mengendalikan, pengawasan, evaluasi dan pertanggung Jawaban penyetenggaraan pembangunan kesehatan
2. Sistem informasi kesehatan merupakan hasil pengumpulan dan pengolahan data yang menjadi masukan bagi pengambilan keputusan dibidang kesehatan
3. Ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan merupakan hasil penelitian dan pengembangan yang menjadi masukan bagi pengambil keputusan dibidang kesehatan
4. Hukum kesehatan merupakan peraturan perundang-undangan kesehatan yang dipakai sebagai acuan bagi penyelenggaraan pembangunan kesehatan

D. PRINSIP

Penyelenggaraan subsistem manajemen kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut :

1. Administrasi kesehatan

Dalam prinsip administrasi kesehatan, hal - hal yang harus diperhatikan meliputi :

- a. Diselenggarakan dengan berpedoman pada asas desentralisasi, dekonsentrasi dan tugas pembantuan di Kabupaten Gresik
- b. Diselenggarakan dengan memperhatikan hubungan dan kesatuan koordinasi yang jelas dengan berbagai sektor pembangunan lain serta antar unit kesehatan dalam satu jenjang administrasi pemerintahan.
- c. Diselenggarakan dengan mengupayakan kejelasan pembagian kewenangan, tugas dan tanggung jawab antar unit kesehatan dalam satu jenjang yang sama dan di berbagai jenjang administrasi pemerintahan

2. Informasi kesehatan

Dalam prinsip informasi kesehatan, hal - hal yang harus diperhatikan meliputi:

- a. Informasi kesehatan mencakup seluruh kondisi / keadaan yang terkait dengan masalah kesehatan untuk mendukung pengambilan keputusan
- b. Informasi kesehatan yang disediakan harus akurat dan disajikan secara cepat tepat waktu mutakhir, dan mudah diakses dengan mendayagunakan teknologi informasi dan komunikasi
- c. Akses terhadap informasi kesehatan tertentu harus memperhatikan aspek kerahasiaan yang berlaku dibidang kesehatan dan kedokteran

3. Ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan

Pengembangan dan pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan adalah untuk kepentingan masyarakat dan tidak boleh bertentangan dengan kaidah ilmiah, etika, dan moral.

4. Hukum kesehatan

Pengembangan hukum kesehatan dilandasi prinsip keadilan diarahkan untuk terwujudnya sistem hukum kesehatan yang mencakup pengembangan substansi hukum, kultur dan budaya serta aparatur hukum kesehatan

E. BENTUK-BENTUK POKOK

1. Administrasi Kesehatan

Dalam bentuk pokok administrasi kesehatan, hal - hal yang harus diperhatikan adalah :

- a. Dinas Kesehatan Kabupaten melaksanakan kewenangan desentralisasi di bidang kesehatan, dengan melaksanakan kebijakan teknis yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan / atau Propinsi yang dirumuskan dalam kebijakan

Kabupaten / Kota, pemberian perizinan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan, serta pembinaan terhadap UPTD kesehatan.

- b. Perencanaan Kesehatan Kabupaten diselenggarakan dengan menetapkan perumusan kebijakan dan program pembangunan kesehatan Kabupaten Gresik dengan mengacu pada kebijakan nasional, standar nasional dan regional serta memperhatikan kebijakan daerah (Renstrada).
- c. Pelaksanaan dan pengendalian pembangunan kesehatan di Kabupaten dilaksanakan dengan mengacu pada pedoman dan standar nasional dan regional.
- d. Perencanaan serta pelaksanaan dan pengendalian pembangunan kesehatan di Kabupaten didasarkan pada kewenangan wajib dan Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan di Kabupaten serta melakukan sinkronisasi.
- e. Perencanaan anggaran kesehatan disusun secara proporsional antara APBN, APBD Propinsi dan APBD Kabupaten sesuai kesepakatan dengan memperhatikan prioritas pembangunan baik Nasional maupun Kabupaten.
- f. Pengawasan dan pertanggungjawaban pembangunan kesehatan di Kabupaten dilaksanakan mengacu pada pedoman, standar dan indikator nasional dan regional, koordinasi dengan Badan Pengawasan Kabupaten serta aparat pengawas fungsional terkait.
- g. Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan dengan prinsip desentralisasi dan otonomi daerah, pemerintah Propinsi melakukan asistensi, advokasi dan fasilitasi.
- h. Dinas Kesehatan Kabupaten wajib membuat dan mengirimkan laporan pelaksanaan dan hasil pembangunan kesehatan kepada Bupati, Dinas Kesehatan Propinsi dan Departemen Kesehatan.
- i. Dalam keadaan tertentu untuk kepentingan nasional, misalnya dalam penanggulangan wabah dan bencana, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban program pembangunan kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah Propinsi dan atau Pemerintah

2. Informasi Kesehatan

Dalam bentuk pokok informasi kesehatan, hal - hal yang harus diperhatikan adalah :

- a. Informasi Kesehatan Kabupaten dikembangkan untuk mendukung kebutuhan indikator kesehatan yang telah ditetapkan dengan memadukan

sistem informasi Kabupaten dan sistem informasi lain yang terkait serta memanfaatkan teknologi informasi.

- b. Sumber data informasi kesehatan diperoleh dari sarana kesehatan melalui pencatatan dan pelaporan yang teratur dan berjenjang, sumber lain yang berwenang (BPS) serta melalui survey / penelitian pada masyarakat
- c. Data pokok informasi kesehatan mencakup derajat kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumberdaya kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan serta manajemen kesehatan
- d. Pengolahan dan analisis data serta pengemasan informasi diselenggarakan berjenjang, terpadu, multidisipliner, dan komprehensif
- e. Penyajian data dan informasi dilakukan secara multimedia guna diketahui masyarakat secara luas untuk pengambilan keputusan dalam rangka perumusan kebijakan di bidang kesehatan.

3. Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan

Dalam bentuk pokok ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, hal – hal yang harus diperhatikan adalah :

- a. Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) dimanfaatkan untuk memenuhi kebutuhan informasi dan mendukung program pembangunan kesehatan. Pengembangan IPTEK dilakukan melalui penelitian
- b. Penelitian dan pengembangan kesehatan dihasilkan dari penelitian dan pengembangan kesehatan yang diselenggarakan oleh pusat atau unit penelitian dan pengembangan yang dilakukan oleh masyarakat, swasta dan pemerintah (Dinas Kesehatan, Perguruan Tinggi, Rumah Sakit dan Badan Litbang Daerah).
- c. Pengelolaan hasil penelitian dan pengembangan kesehatan dilakukan dengan inventarisasi hasil penelitian kesehatan untuk mendukung pembentukan jaringan penelitian dan pengembangan kesehatan daerah (Jarlitbangkesda).
- d. Setiap hasil penelitian di tindak lanjuti oleh sektor terkait sesuai tupoksinya.

4. Hukum Kesehatan

Dalam bentuk pokok hukum kesehatan, hal - hal yang harus diperhatikan adalah :

- a. Hukum kesehatan di Kabupaten Gresik dilakukan dengan mengembangkan peraturan di bidang kesehatan di daerah dengan mengacu pada hukum

kesehatan yang dikembangkan secara nasional dan kebutuhan pembangunan kesehatan.

- b. Ruang lingkup hukum kesehatan mencakup penyusunan peraturan perundang-undangan, penyelenggaraan hukum kesehatan, peningkatan kesadaran hukum di kalangan masyarakat melalui penyebarluasan informasi perundang-undangan di bidang kesehatan.
- c. Penyelenggaraan hukum kesehatan didukung dengan inventarisasi produk hukum di bidang kesehatan untuk mendukung pembentukan dan pengembangan jaringan informasi dan dokumentasi hukum kesehatan.

BAB X

PENYELENGGARAAN SISTEM KESEHATAN KABUPATEN GRESIK

A. PELAKU SISTEM KESEHATAN KABUPATEN

Pelaku penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan SKK adalah:

1. Masyarakat yang meliputi tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat, media massa, organisasi profesi, akademisi, para pakar serta masyarakat luas termasuk swasta, yang berperan dalam advokasi, pengawasan sosial dan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan kemampuan masing –masing
2. Pemerintah Kabupaten, yang berperan sebagai penanggung jawab, penggerak, pembina dan pelaksana pembangunan kesehatan dalam lingkup wilayah kerja dan kewenangan masing-masing.
3. Badan legislatif, yang berperan melakukan persetujuan anggaran dan pengawasan terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan, melalui penyusunan produk-produk hukum dan mekanisme kemitraan antara eksekutif dan legislatif.
4. Badan yudikatif, yang berperan menegakkan pelaksanaan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku dibidang kesehatan.

B. PROSES PENYELENGGARAAN

1. Penyelenggaraan SKK menerapkan pendekatan, kesisteman yakni cara berpikir dan bertindak yang logis, sistematis, komprehensif dan holistic dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan. Pendekatan kesisteman tersebut menuntut perlunya pemahaman tentang unsure-unsur sistem serta keterkaitannya satu sama lain, sebagai berikut:

a. Masukan

Unsur masukan dalam SKK adalah subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumberdaya manusia kesehatan dan subsistem obat dan perbekalan kesehatan

b. Proses

Unsur proses dalam SKK adalah subsistem upaya kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat dan subsistem manajemen kesehatan

c. Keluaran

Unsur keluaran dalam SKK adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan yang berhasil guna, berdaya guna, bermutu, merata dan berkeadilan

d. Lingkungan

Unsur lingkungan dalam SKK adalah berbagai keadaan yang menyangkut ideologi, politik, ekonomi, sosial, budaya pertahanan dan keamanan baik nasional, regional maupun global yang berdampak terhadap pembangunan kesehatan

2. Penyelenggaraan SKK memerlukan keterkaitan antar unsur-unsur SKK. Keterkaitan tersebut adalah sebagai berikut:

a. Subsistem pembiayaan kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan ketersediaan pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, sehingga upaya kesehatan, baik upaya kesehatan masyarakat maupun upaya kesehatan perorangan dapat diselenggarakan secara merata, tercapai, terjangkau dan bermutu bagi seluruh masyarakat. Tersedianya pembiayaan yang memadai juga akan menunjang terselenggaranya subsistem sumberdaya manusia kesehatan, subsistem

obat dan perbekalan kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat, serta subsistem manajemen kesehatan

- b. Subsistem sumberdaya manusia kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan tenaga kesehatan yang bermutu dalam jumlah yang mencukupi, terdistribusi secara adil serta dimanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, sehingga upaya kesehatan dapat diselenggarakan sesuai dengan kebutuhan seluruh lapisan masyarakat. Tersedianya tenaga kesehatan yang mencukupi dan berkualitas juga akan menunjang terselenggaranya subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem obat dan perbekalan, subsistem pemberdayaan masyarakat, serta subsistem manajemen kesehatan.
- c. Subsistem obat dan perbekalan kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan yang mencukupi, aman, bermutu dan bermanfaat serta terjangkau oleh masyarakat, sehingga upaya kesehatan dapat diselenggarakan dengan berhasil guna dan berdaya guna
- d. Subsistem pemberdayaan masyarakat diselenggarakan guna menghasilkan individu, kelompok dan masyarakat umum yang mampu berperan aktif dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Masyarakat yang berdaya akan berperan aktif dalam penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumberdaya manusia kesehatan, subsistem obat dan perbekalan kesehatan, serta subsistem manajemen kesehatan
- e. Subsistem manajemen kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan fungsi-fungsi administrasi kesehatan, informasi kesehatan iptek kesehatan dan hukum kesehatan yang memadai dan mampu menunjang penyelenggaraan upaya kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna . Dengan manajemen kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna dapat diselenggarakan subsistem upaya kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumberdaya manusia kesehatan, subsistem obat dan perbekalan kesehatan serta subsistem pemberdayaan masyarakat, sebagai suatu kesatuan yang terpadu dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Penyelenggaraan SKK memerlukan penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan sinergisme (KISS) baik antar pelaku, antar subsistem SKK maupun dengan sistem serta subsistem diluar SKK
4. Penyelenggaraan SKK memerlukan komitmen yang tinggi dan dukungan serta kerjasama yang baik dari para pelaku SKK yang ditunjang oleh tata penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang baik (good governance)
5. Penyelenggaraan SKK memerlukan adanya kepastian hukum dalam bentuk penetapan berbagai peraturan perundang-undangan yang sesuai.
6. Penyelenggaraan SKK dilakukan melalui siklus perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban secara sistematis, berjenjang dan berkelanjutan.

C. TAHAP PENYELENGGARAAN

Penyelenggaraan SKK dilaksanakan secara bertahap oleh para pelaku SKK dengan memperhatikan aspirasi, potensi serta kebutuhan setempat, dengan memperhatikan prioritas pembangunan kesehatan. Tahapan penyelenggaraan SKK adalah sebagai berikut:

1. Penetapan SKK

Untuk memperoleh kepastian hukum yang mengikat semua pihak, SKK perlu dikukuhkan dengan Peraturan Daerah.

2. Advokasi dan Sosialisasi SKK

- a. Untuk diperolehnya komitmen dan dukungan dari semua pihak, SKK perlu diadvokasikan dan disosialisasikan.
- b. Sasaran advokasi SKK adalah semua penentu kebijakan di Kabupaten.
- c. Sasaran sosialisasi adalah semua pihak yang terkait dengan Penyelenggaraan pembangunan kesehatan, terutama masyarakat termasuk swasta.

3. Fasilitasi Pengembangan Sistem Kesehatan Kabupaten (SKK)

- a. Untuk terselenggaranya pembangunan kesehatan di daerah perlu dikembangkan SKK dengan mengacu pada SKP dan SKN dengan mempertimbangkan kondisi, dinamika dan masalah spesifik daerah.
- b. Pemerintah Kabupaten mendukung pengembangan SKK dan mengukuhkan SKK dalam bentuk peraturan perundang-undangan daerah, serta memfasilitasi sosialisasi SKK sesuai kebutuhan.

4. Pelaksanaan SKK

Pelaksanaan SKK diwujudkan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dalam lingkup kabupaten .

- a. Pelaksanaan SKK diselenggarakan melalui penataan keenam subsistemnya secara bertahap, sistematis, terpadu dan berkelanjutan.
- b. Pelaksanaan SKK didukung dengan penyusunan kebijakan, standar dan pedoman dalam bentuk berbagai peraturan perundang-undangan daerah.
- c. Pelaksanaan SKK diselenggarakan sesuai dengan azas desentralisasi dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia.

5. Pengendalian SKK

- a. Pengendalian SKK bertujuan untuk memantau dan menilai keberhasilan penyelenggaraan pembangunan kesehatan berdasarkan SKK.
- b. Pengendalian SKK diselenggarakan secara berjenjang dan berkelanjutan dengan menggunakan tolak ukur keberhasilan pembangunan kesehatan, baik tingkat nasional maupun tingkat daerah.
- c. Untuk keberhasilan pengendalian SKK perlu dikembangkan system informasi kesehatan daerah yang terpadu.

BAB XI

PENUTUP

SKK dipergunakan sebagai dasar dan acuan dalam penyusunan berbagai kebijakan, pedoman dan arahan penyelenggaraan pembangunan kesehatan serta pembangunan berwawasan kesehatan.

SKK merupakan sistem terbuka yang berinteraksi dengan berbagai system nasional dan regional lainnya dalam suatu suprasistem, bersifat dinamis dan selalu mengikuti perkembangan. Oleh karena itu tidak tertutup terhadap penyesuaian dan penyempumaan.

Keberhasilan pelaksanaan SKK ini sangat bergantung pada semangat, dedikasi, ketekunan, kerja keras, kemampuan dan ketulusan para penyelenggara, serta sangat bergantung pula pada petunjuk, rahmat dan perlindungan Tuhan Yang Maha Kuasa.

BUPATI GRESIK

TTD

Drs. KH. ROBBACH MA'SUM, MM

SALINAN Keputusan ini disampaikan kepada :

- YTH :
1. Sdr. Menteri Dalam Negeri di Jakarta
 2. Sdr. Menteri Kesehatan di Jakarta
 3. Sdr. Ketua DPRD Kabupaten Gresik di Gresik
 4. Sdr. Ketua Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Gresik di Gresik
 5. Sdr. Kepala Badan Pengawasan Kabupaten Gresik di Gresik
 6. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik di Gresik

PROSES PENYUSUNAN SISTEM KESEHATAN KABUPATEN

Penyusunan Sistem Kesehatan Kabupaten (SKK) Gresik melalui suatu rangkaian kegiatan yang sangat panjang dengan melibatkan berbagai pihak yaitu :

1. Seluruh Pejabat Struktural Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik
2. Seluruh Pimpinan Puskesmas Se kabupaten Gresik
3. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Gresik dan Rumah Sakit Swasta Se-Kabupaten Gresik
4. Organisasi Profesi Kesehatan (IDI, PDGI, ISFI, IBI, PPNI, Persakmi)
5. Lintas Sektor Terkait (Bappeda, Bagian - bagian di Pemda, Dinas Pertanian, BKKBN , Apotek, Toko Obat, IKOT)
6. Perguruan Tinggi
7. LSM
8. Komisi D DPRD

Proses Penyusunan Sistem Kesehatan Kabupaten (SKK) Gresik melalui serangkaian kegiatan sebagai berikut :

1. Rapat pembentukan Tim Penyusun (dituangkan dalam SK Kadinkes Nomor 800/1691/403.52/2006) tanggal 21 Juli 2006
2. Pertemuan Awal Tim Penyusun SKK tanggal 11 Agustus 2006
3. Pertemuan Pengumpulan data Analisa Situasi dari Subdin Yankes dan GFK tanggal 29 Agustus 2006
4. Pertemuan Pengumpulan data Analisa Situasi dari Subdin Kesga tanggal 31 Agustus 2006
5. Pertemuan Pengumpulan data Analisa Situasi dari Subdin PLM tanggal 4 September 2006
6. Pertemuan Pengumpulan data Analisa Situasi dari Subdin P2P tanggal 5 September 2006
7. Pertemuan Pengumpulan data Analisa Situasi dari Subdin Bingkesmas tanggal 11 September 2006
8. Pertemuan Pengumpulan data Analisa Situasi dari Subdin Rengram dan TU tanggal 12 September 2006
9. Penulisan Draft SKK , Maret 2007
10. Lokakarya Intern Kesehatan tanggal 5 April 2007
11. Pertemuan Tim Penyusun tanggal 13 April 2007, analisa hubungan dengan lintas sektoral yang terkait dengan kesehatan.
12. Pertemuan Sosialisasi Penyusunan SKK tanggal 16 April 2007 melibatkan seluruh pejabat struktural Dinkes, Seluruh Pimpinan Puskesmas, lintas sektoral

terkait yang meliputi Seluruh Rumah Sakit, Organisasi Profesi, Perguruan Tinggi, LSM, Apotek, Toko Obat, IKOT, BAPPEDA, Bagian2 di Pemda dan DPRD dan dihadiri oleh Wakil Bupati Gresik.

13. Pertemuan penyempurnaan data analisa situasi tanggal 23 April 2007 dengan melibatkan Struktural Dinkes, Puskesmas dan Lintas Sektor.
14. Pertemuan Tim Penyusun tanggal 27 April 2007, pembagian kelompok subsistem.
15. Pertemuan Pembahasan Sub Sistem SKK tanggal 1 Mei 2007 dengan melakukan diskusi kelompok 6 Sub Sistem. Setiap kelompok terdiri dari berbagai unsur.
16. Pembahasan Draft Final oleh Tim Penyusun tanggal 11 Mei 2009.
17. Penyempurnaan Draft Final tanggal 29 Mei 2007
18. Penyempurnaan Draft Final tanggal 5 Juni 2007
19. Penyempurnaan Draft Final tanggal 7 Juni 2007
20. Penyempurnaan Draft Final tanggal 16 Juli 2007
21. Penyempurnaan Draft Final tanggal 17 Juli 2007
22. Pleno Akhir Draft Final SKK tanggal 23 Agustus 2007 yang dihadiri Struktural Dinkes, Seluruh Pimpinan Puskesmas, Lintas Sektor terkait.