

BAB 28

**PENINGKATAN AKSES MASYARAKAT TERHADAP
KESEHATAN YANG BERKUALITAS**

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu upaya pembangunan nasional yang diselenggarakan pada semua bidang kehidupan. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Dengan demikian, pembangunan kesehatan merupakan salah satu upaya utama untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang pada gilirannya mendukung percepatan pencapaian sasaran pembangunan nasional.

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan secara berkesinambungan telah berhasil meningkatkan status kesehatan dan gizi masyarakat, antara lain, dilihat dari beberapa indikator, seperti angka kematian bayi, angka kematian ibu, dan umur harapan hidup waktu lahir (UHH) yang terus mengalami perbaikan. Status gizi pada anak balita walaupun terus terjadi kecenderungan menurun, sempat terjadi stagnasi. Oleh karena itu, diperlukan upaya yang lebih keras dan intensif.

Keberhasilan itu banyak dipengaruhi oleh pengembangan layanan kesehatan di sektor publik. Keberhasilan pembangunan kesehatan dipengaruhi oleh faktor yang mencakup akses dan kualitas layanan kesehatan yang terus membaik. Akses layanan kesehatan ditunjukkan dengan adanya peningkatan jumlah, jaringan, dan kualitas fasilitas layanan kesehatan, seperti puskesmas, puskesmas perawatan, puskesmas pembantu, puskesmas keliling, dan pos kesehatan desa.

I. Permasalahan yang Dihadapi

Permasalahan yang masih dihadapi dalam pembangunan kesehatan saat ini adalah belum optimalnya akses, keterjangkauan, dan mutu layanan kesehatan. Hal itu antara lain, disebabkan oleh sarana layanan kesehatan, seperti puskesmas dan jaringannya belum sepenuhnya dapat dijangkau oleh masyarakat, terutama yang terkait dengan biaya dan jarak. Walaupun rumah sakit terdapat di hampir semua kabupaten/kota, sistem rujukan layanan kesehatan perseorangan juga belum dapat berjalan dengan optimal.

Permasalahan kesehatan lain adalah pola penyakit menjadi semakin kompleks. Indonesia saat ini tengah mengalami transisi epidemiologi yang ditunjukkan dengan meningkatnya penyakit tidak menular, sementara penyakit menular masih tetap menjadi bagian penting pola penyakit dalam masyarakat. Penyakit kardiovaskuler menjadi penyebab 30% kematian di Jawa dan Bali. Indonesia juga termasuk negara sepuluh besar dengan angka kejadian diabetes tinggi. Pada waktu yang sama penyakit infeksi dan parasit menyebabkan 22% kematian. Meningkatnya penyakit tidak menular akan meningkatkan permintaan pelayanan kuratif, terutama pelayanan rawat inap di rumah sakit. Penyakit infeksi menular yang diderita oleh sebagian besar masyarakat, antara lain, tuberkulosis paru, infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), malaria, dan diare. Indonesia juga menghadapi *emerging diseases* seperti HIV/AIDS, chikungunya, dan avian influenza (flu burung).

Pengawasan terhadap obat, makanan, dan keamanan pangan, serta narkotika, psikotropika dan zat adiktif (napza) menjadi hal yang sangat penting. Hal itu diperlukan agar masyarakat mendapat

perlindungan yang semakin baik terhadap peredaran produk obat dan makanan yang tidak memenuhi persyaratan serta terhadap penyalahgunaan napza. Dalam hal pengawasan obat dan makanan, perlu ditingkatkan pengawasan yang tidak hanya mencakup produk yang beredar di dalam negeri, tetapi juga produk-produk Indonesia yang diekspor ke luar negeri.

Selain permasalahan tersebut, dalam satu tahun terakhir dihadapi beberapa isu penting/strategis, yaitu: peningkatan akses masyarakat kurang mampu dalam pelayanan kesehatan; perbaikan status kesehatan dan gizi masyarakat; peningkatan akses terhadap layanan kesehatan; penanggulangan bencana; pelaksanaan ketersediaan, keterjangkauan obat esensial dan pengawasan obat; penanganan penyakit menular; dan pemenuhan tenaga kesehatan

A. Peningkatan Akses Masyarakat Kurang Mampu terhadap Pelayanan Kesehatan

Peningkatan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu terus dilakukan. Sejak tahun 2005 melalui penyediaan upaya jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin (askeskin) di puskesmas dan jaringannya serta rumah sakit kelas III. Pada tahun 2008 program tersebut dikembangkan melalui program jaminan kesehatan kepada masyarakat (jamkesmas) dengan sasaran seluruh penduduk miskin yang berobat ke puskesmas dan jaringannya dilayani secara cuma-cuma, dan sasaran penduduk miskin sebesar 76,4 juta orang untuk perawatan di rumah sakit kelas III. Penentuan besaran penduduk miskin didasarkan pada kriteria BPS tahun 2005 Statistik Mikro Rumah Tangga Miskin, yaitu sebesar 19,1 juta rumah tangga yang terdiri atas 3,8 juta rumah tangga sangat miskin, 8,2 juta rumah tangga miskin, dan 6,9 juta rumah tangga dekat miskin. Dengan penghitungan setiap rumah tangga miskin rata-rata 4 jiwa, jumlah penduduk miskin yang menjadi sasaran sebanyak 76,4 juta orang. Pertimbangan sasaran tersebut untuk mencakup kelompok sangat miskin, miskin, dan tidak mampu dalam program jamkesmas adalah jika kelompok tersebut sakit dan memerlukan layanan kesehatan di rumah sakit, dan tidak mampu secara ekonomi. Berdasarkan data SDKI-BPS tahun 2002—2003, alasan orang yang sakit tidak mau memanfaatkan layanan kesehatan sebagian besar karena tidak mempunyai uang

(34%), biaya transportasi mahal (16%) dan kendala jarak (18%). Dengan demikian, kepada kelompok tersebut perlu diberikan perlindungan melalui program jaminan kesehatan masyarakat. Dengan adanya jaminan tersebut diharapkan akses kelompok miskin terhadap pelayanan kesehatan di puskesmas dan RS kelas III dapat dijamin keberlangsungannya.

Dengan menyadari pentingnya penanganan yang berkelanjutan terhadap masalah kesehatan masyarakat miskin, Pemerintah tetap berkomitmen menyelenggarakan layanan dan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin melalui program upaya kesehatan perseorangan dan kesehatan masyarakat.

B. Perbaikan Status Kesehatan dan Gizi Masyarakat

Kondisi kesehatan masyarakat di Indonesia yang masih memprihatinkan ditunjukkan dengan masih tingginya angka kematian ibu. Tingginya angka kematian ibu itu bila dibandingkan dengan negara-negara ASEAN kira-kira tiga sampai enam kali. Demikian pula, angka kematian bayi masih lebih tinggi dibandingkan dengan negara Singapura dan Malaysia. Indonesia juga memiliki penderita *tuberculosis* nomor tiga di dunia belum lagi masalah ketersediaan air bersih dan sarana sanitasi dasar.

Tingginya angka kematian ibu itu jika dibandingkan dengan target pencapaian Millenium Development Goals (MDG's) masih jauh dari harapan. Tanpa upaya terobosan yang efektif target yang diharapkan dalam komitmen global tersebut akan sulit dicapai. Tingginya angka kematian ibu disebabkan oleh, antara lain, komplikasi saat melahirkan, masih rendahnya persentase persalinan oleh tenaga kesehatan, dan belum optimalnya layanan antenatal.

Masalah gizi pada ibu hamil, bayi, dan balita juga masih memerlukan perhatian. Kasus kekurangan gizi pada balita itu masih terus terjadi sampai tahun 2008. Masih tingginya kekurangan gizi pada balita disebabkan oleh, antara lain, kurangnya asupan gizi, kurang memadainya pola asuh, pengetahuan masyarakat, perilaku masyarakat dalam perbaikan gizi dan pemantauan pertumbuhan di posyandu kurang optimal. Secara makro kekurangan gizi disebabkan oleh faktor penurunan daya beli, kegagalan panen, kesulitan distribusi pangan, akses layanan kesehatan dan faktor sosial budaya.

C. Peningkatan Akses Terhadap Layanan Kesehatan

Walaupun pemerintah terus melakukan peningkatan fasilitas layanan kesehatan terutama pada fasilitas puskesmas, puskesmas perawatan, puskesmas pembantu, puskesmas keliling dan pos kesehatan desa, saat ini dirasakan masih kekurangan baik jumlah, kualitas, pemerataan maupun keterjangkauannya, terutama pada daerah tertinggal, terpencil, dan kepulauan.

Pemanfaatan fasilitas layanan kesehatan seperti puskesmas dan puskesmas pembantu saat ini dirasakan masih belum optimal. Data susenas tahun 2007 menunjukkan sekitar 33% penduduk yang sakit berobat ke puskesmas, sedangkan layanan kesehatan lain yang dituju adalah praktik dokter/poliklinik dan rumah sakit swasta.

D. Penanggulangan Bencana

Selama tahun 2007—2008 di Indonesia masih sering terjadi bencana alam seperti, banjir dan tanah longsor. Bencana alam tersebut tersebar di 28 provinsi. Provinsi yang paling rawan bencana alam adalah Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat, dan Sulawesi Selatan. Karena Indonesia merupakan negara yang akan terus dihadapkan pada ancaman bencana, layanan kesehatan bagi korban di masa datang akan terus dilakukan.

E. Ketersediaan Dan Keterjangkauan Obat Esensial dan Pengawasan terhadap Obat dan Makanan

Tujuan pelaksanaan layanan kesehatan bagi masyarakat adalah ketersediaan obat, jumlah yang cukup, terjamin aman, bermanfaat dan bermutu, harga terjangkau, dan mudah diakses. Oleh karena itu, ketersediaan dan keterjangkauan obat generik esensial serta penurunan harga obat masih perlu terus diupayakan. Kebijakan itu perlu dikawal oleh pengujian laboratorium agar obat murah tetap terjamin keamanan, manfaat, dan mutunya. Untuk itu, kapabilitas Badan POM perlu terus ditingkatkan secara optimal untuk memberikan perlindungan sekaligus meningkatkan daya saing produk ekspor obat dan makanan Indonesia yang berbasis pada keunggulan mutu. Pengawasan hal itu dapat berperan besar dalam meningkatkan devisa negara.

Pengawasan terhadap obat dan makanan serta penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif (napza) perlu dilakukan secara berkesinambungan. Pengawasan obat dan makanan juga berkaitan dengan upaya perlindungan masyarakat. Untuk itu, pengawasan tidak hanya dilakukan terhadap produk akhir yang beredar di masyarakat, tetapi dilakukan secara komprehensif dan sistemik, mulai dari kualitas bahan yang akan digunakan, cara produksi, distribusi, penyimpanan, sampai dengan produk tersebut siap dikonsumsi oleh masyarakat. Pengawasan keamanan pangan, pelebagaan kegiatan pengawasan dan penegakan hukum di daerah terhadap penggunaan bahan berbahaya dan bahan tambahan pangan yang melebihi batas ketentuan harus menjadi program pembangunan di daerah.

F. Penanganan Penyakit Menular

Sejalan dengan meningkatnya pemerataan fasilitas layanan kesehatan dan menguatnya *surveilans*, keadaan beberapa penyakit menular terlihat meningkat. Namun, kematian dan kecacatan akibat penyakit menular telah dapat ditekan. Beberapa penyakit infeksi menular yang masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menonjol, antara lain yaitu kasus penyakit demam berdarah dengue (DBD), tuberkulosis paru, malaria, diare, infeksi saluran pernapasan, HIV/AIDS, dan penyakit flu burung (*avian influenza*). Perkembangan penyakit flu burung itu, menjadi suatu tantangan yang perlu ditangani lebih baik terutama dalam hal *surveilans*, penanganan pasien/penderita, penyediaan obat, serta sarana dan prasarana rumah sakit. Jumlah kasus flu burung yang makin meningkat dengan disertai risiko penularan antarmanusia akan membebani sektor kesehatan secara signifikan bila infeksi pada hewan ternak dan upaya *surveilans* penyakit, baik untuk hewan maupun manusia, tidak diperbaiki.

G. Pemenuhan Tenaga Kesehatan

Indonesia mengalami kekurangan tenaga kesehatan. Banyak puskesmas yang belum memiliki dokter dan tenaga kesehatan masyarakat. Keterbatasan itu diperburuk oleh distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata. Misalnya, lebih dari dua pertiga dokter spesialis berada di Jawa dan Bali. Disparitas rasio dokter umum per 100.000 penduduk antarwilayah juga masih tinggi.

Untuk memenuhi kekurangan tenaga kesehatan terutama di daerah terpencil dan tertinggal, Pemerintah mengangkat pegawai tidak tetap (PTT) dan calon pegawai negeri sipil (CPNS). Selain melalui prosedur tersebut, Pemerintah juga tetap mengalokasikan formasi bagi pelamar umum. Untuk menarik minat tenaga kesehatan agar bersedia ditempatkan di daerah terpencil, Pemerintah menyediakan insentif khusus bagi tenaga dokter spesialis, dokter, dan dokter gigi serta bidan yang ditempatkan di daerah sangat terpencil. Tenaga kesehatan yang diangkat, antara lain, dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, bidan, perawat dan tenaga kesehatan lain seperti ahli gizi, sanitarian dan ahli kesehatan masyarakat. Walaupun demikian, kebutuhan tenaga kesehatan masih cukup besar sehingga ketersediaan dan penyebaran tenaga kesehatan tetap akan menjadi permasalahan selama beberapa tahun ke depan.

II. Langkah-Langkah Kebijakan dan Hasil-Hasil yang Dicapai

Pembangunan kesehatan pada tahun 2005—2008 merupakan bagian dari upaya pencapaian sasaran pembangunan kesehatan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) Tahun 2004—2009. Untuk mengatasi berbagai permasalahan dalam bidang kesehatan, kebijakan umum pembangunan kesehatan pada tahun 2008 diarahkan untuk peningkatan akses, pemerataan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin; peningkatan ketersediaan tenaga medis dan paramedis terutama untuk pelayanan kesehatan dasar di daerah terpencil dan tertinggal; pencegahan dan pemberantasan penyakit menular; penanggulangan penyakit flu burung dan kesiapsiagaan pandemi influenza; penanganan masalah gizi kurang dan gizi buruk pada ibu hamil, bayi dan anak balita; dan peningkatan ketersediaan obat generik esensial, pengawasan obat, makanan dan keamanan pangan.

Langkah-langkah yang telah ditempuh untuk mengatasi berbagai masalah yang menonjol selama setahun terakhir dan hasil yang dicapai adalah sebagai berikut.

A. Peningkatan Akses Masyarakat Kurang Mampu terhadap Layanan Kesehatan

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat kurang mampu, telah dilaksanakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin sejak tahun 2005. Cakupan program itu terus ditingkatkan, yakni 60 juta jiwa pada tahun 2005 menjadi 76,4 juta jiwa pada tahun 2008 yang meliputi penduduk sangat miskin, miskin, dan hampir miskin. Program itu dapat meningkatkan akses penduduk miskin untuk menikmati fasilitas kesehatan terutama puskesmas dan rumah sakit.

Adapun data pemanfaatan di pelayanan kesehatan dasar untuk rawat jalan tingkat pertama (RJTP) di puskesmas mencapai 109.859.374 kasus, sedangkan rawat inap tingkat pertama (RITP) di puskesmas sebanyak 585.979 kasus pada tahun 2006. Data pemanfaatan pelayanan kesehatan rujukan untuk rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL) di rumah sakit meningkat dari 1.452.080 kasus pada tahun 2005 meningkat menjadi 6.918.379 kasus pada tahun 2006 dan menurun menjadi 5.961.712 kasus pada tahun 2007. Rawat inap tingkat lanjutan (RITL) di rumah sakit terjadi peningkatan, yaitu dari 562.167 kasus pada tahun 2005 menjadi 1.580.135 kasus pada tahun 2006 dan 1.916.198 kasus pada tahun 2007. Layanan kesehatan khusus, seperti pelayanan jantung meningkat dari 380 kasus pada tahun 2005, menjadi 2.950 kasus pada tahun 2006 dan meningkat lagi menjadi 6.401 kasus pada tahun 2007.

B. Perbaikan Status Kesehatan dan Gizi Masyarakat

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan secara berkesinambungan telah berhasil meningkatkan status kesehatan masyarakat. Dalam tiga tahun terakhir ini keberhasilan tersebut dapat dilihat dari penurunan angka kematian bayi (AKB) sebesar 35 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2002—2003 (SDKI) menjadi 34 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (olahan sementara SDKI 2007). Sementara itu, angka kematian ibu (AKI) masih sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2002—2003), sedangkan angka sementara SDKI tahun 2007 sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup. Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sebagai indikator *proxy* AKI meningkat sedikit dari 70,5% pada tahun 2005

menjadi 72,5% pada tahun 2007. Sejalan dengan penurunan angka kematian bayi, umur harapan hidup waktu lahir (UHH) terus meningkat dari 66,2 tahun pada tahun 2004 menjadi 70,5 tahun pada tahun 2007.

Status gizi pada anak balita terus menurun. Walaupun demikian berdasarkan data Survei Garam Yodium (SGY) yang pelaksanaannya terintegrasi dengan susenas tahun 2005, status gizi itu masih berkisar 28%. Kasus gizi buruk yang dilaporkan dan ditangani dari tahun ke tahun terus menurun. Pada tahun 2005 jumlah kasus gizi buruk yang dilaporkan dan ditangani sejumlah 76.178 kasus dan dapat diturunkan menjadi 50.106 kasus pada tahun 2006. Pada tahun 2007 kasus gizi buruk terus menurun, ditemukan sebanyak 39.080 kasus gizi buruk dan sudah ditangani. Sampai bulan Mei 2008 telah dilaporkan 19.617 kasus gizi buruk pada balita yang ditemukan dan ditangani.

C. Peningkatan Akses terhadap Layanan Kesehatan

Sejalan dengan meningkatnya kualitas dan cakupan layanan kesehatan bagi masyarakat, jumlah penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan terus ditingkatkan. Jumlah puskesmas pada tahun 2005 sebanyak 7.669 meningkat menjadi 8.114 puskesmas pada tahun 2007. Peningkatan jumlah puskesmas didukung pula dengan peningkatan jumlah puskesmas pembantu (pustu), puskesmas keliling (pusling), serta pusling air. Jumlah rumah sakit meningkat dari 1.268 buah RS pada tahun 2005 menjadi 1.319 buah RS pada tahun 2007. Dalam memberikan layanan kesehatan sampai ke tingkat bawah (*grass root*) dukungan peran aktif masyarakat dalam bentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) terus dibangun. Sampai saat ini telah dibentuk 33.910 pos kesehatan desa (poskesdes), 269.202 buah posyandu, 600 buah Pos kesehatan pesantren (poskestren), serta 229 buah musala sehat. Untuk meningkatkan pengelolaan rumah sakit yang lebih efektif dan efisien telah ditetapkan 28 rumah sakit badan layanan umum (RS-BLU).

Dalam meningkatkan kepuasan pasien/pelanggan dalam layanan kesehatan di rumah sakit serta untuk dapat memperoleh kepercayaan secara global, saat ini sedang dipersiapkan tiga rumah sakit kelas dunia (*world class hospital*), yaitu Rumah Sakit Cipto

Mangunkusumo (Jakarta), Rumah Sakit Sanglah (Denpasar, Bali), dan Rumah Sakit M. Jamil (Padang, Sumatera Barat). Untuk mewujudkan rumah sakit kelas dunia yang memenuhi persyaratan berstandar internasional, diperlukan upaya kongkret untuk meningkatkan kompetensi dan kapabilitas layanan dalam bidang manajemen operasional dan layanan medik. Rujukan konsep standar kriteria rumah sakit kelas dunia adalah rumusan yang ditetapkan oleh Joint Commission International (JCI) yang merupakan lembaga akreditasi internasional di Amerika Serikat.

D. Penanggulangan Bencana

Bencana alam yang terjadi pada tahun 2007 telah menelan korban 642 meninggal, 7.479 korban harus dirawat inap, 52.742 korban rawat jalan, dan 806.708 pengungsi. Korban meninggal terbanyak adalah akibat banjir diikuti akibat tanah longsor. Dari bulan Januari sampai Mei 2008 korban meninggal 264 orang, luka berat dan rawat inap 1.143 orang, luka ringan/rawat jalan 65.840 orang, hilang 5 orang, dan pengungsi 185.377 orang.

Untuk mendekatkan dan mempercepat fungsi bantuan kesehatan dalam penanggulangan bencana, dibentuk sembilan Pusat Penanggulangan Krisis Regional di Medan, Palembang, Jakarta, Semarang, Surabaya, Denpasar, Banjarmasin, Makassar, dan Manado. Di samping itu dibangun pula dua pusat bantuan sub regional penanganan krisis kesehatan di Padang dan Jayapura. Pada tahun 2008 dilakukan upaya peningkatan kapasitas untuk kesiapsiagaan dan tanggap darurat pada elemen masyarakat di antara komponen pemuda yang disebut pemuda siaga peduli bencana yang terdiri atas pramuka, pencinta alam, dan komponen pemuda lainnya.

E. Ketersediaan dan Keterjangkauan Obat Esensial dan Pengawasan Terhadap Obat dan Makanan

Dalam meningkatkan keterjangkauan masyarakat terhadap obat pada tahun 2006 lebih dari 150 *item*/jenis harga obat generik dapat diturunkan secara bervariasi hingga 70%, dan disusul dengan penurunan harga 1.418 *item*/jenis obat esensial generik bermerek sebesar 10—80%. Pada tahun 2007 sebanyak 56 *item* harga obat generik telah diturunkan hingga 10% dibandingkan harga pada tahun 2006. Untuk lebih meningkatkan keterjangkauan masyarakat

terhadap obat, telah diluncurkan pula program obat serba seribu agar masyarakat dapat melakukan pengobatan sendiri (*self medication*) untuk keluhan umum.

Kebijakan ini, telah didukung oleh peraturan pemerintah yaitu (1) Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 94 Tahun 2007 tentang Pengendalian dan Pengawasan atas Pengadaan dan Penyaluran Bahan Obat, Obat Spesifik, dan Alat Kesehatan yang Berfungsi sebagai Obat, (2) Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 95 Tahun 2007, tentang Perubahan ke-7 Keppres 80 Tahun 2003 tentang Pengadaan Barang dan Jasa. Dengan Perpres itu, Departemen Kesehatan dan pemerintah daerah dapat melaksanakan penunjukan langsung dalam pengadaan dan distribusi bahan obat, obat, dan alat kesehatan untuk menjamin ketersediaan obat guna pelaksanaan peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang jenis, jumlah, dan harganya telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan; (3) Peraturan Menteri Keuangan Nomor 102 Tahun 2007 mengatur Pembebasan Bea Masuk atas Impor Obat-obatan yang dibiayai dengan menggunakan anggaran pemerintah yang bagi kepentingan rakyat.

Dalam pengawasan produk obat, selama tahun 2005 sampai dengan bulan Juni 2008 telah dilakukan inspeksi terhadap lebih dari 3.174 pedagang besar farmasi dan 12.402 apotek, terkait dengan penerapan cara distribusi obat yang baik (CDOB). Dari hasil audit diketahui 52,02% masih melakukan pelanggaran terhadap ketentuan CDOB dan telah dilakukan tindak lanjut berupa pembinaan sampai dengan pencabutan izin. Dalam pengawasan mutu obat tradisional yang beredar, 1.366 sarana produksi, telah dilakukan pengujian mutu obat tradisional. Hasilnya diketahui 36% memenuhi ketentuan cara produksi obat tradisional yang baik (CPOTB). Untuk pengawasan mutu dan keamanan pangan, selama tahun 2005 sampai dengan Juni 2008 telah dilakukan pemeriksaan terhadap 8.363 sarana industri yang terdiri atas industri makanan dan industri rumah tangga. Hasil pemeriksaan memperlihatkan bahwa sebesar 22% sarana sudah menerapkan cara produksi pangan yang baik (CPPB), 63,82% cukup, dan 14,18% kurang.

Dalam pengawasan mutu produk pangan yang beredar di masyarakat, selama tahun 2007 sampai dengan Juni 2008, secara

rutin telah dilakukan pengambilan sampel dan pengujian produk pangan pada 77.337 sampel pangan. Hasil pengujian menunjukkan 14,66% produk pangan tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan. Selain itu, telah dilakukan pula *sampling* khusus dan pengujian laboratorium terhadap sekitar 5.924 sampel garam beryodium yang beredar di masyarakat. Hasil pengujian menunjukkan 20,02% garam beryodium belum memenuhi syarat kadar Kalium Iodat (KIO₃). Untuk pengujian sampel narkotika dan psikotropika dari 11.410 sampel, yang positif narkotika sebanyak 5.168 sampel dan yang positif psikotropika sebanyak 5.453 sampel.

F. Penanganan Penyakit Menular

Sejalan dengan meningkatnya pemerataan fasilitas layanan kesehatan dan menguatnya *surveillance*, angka kesakitan, kematian, dan kecacatan akibat penyakit menular telah dapat ditekan. Angka kesakitan penyakit TBC telah menurun dari 107 per 100.000 pada tahun 2005 menjadi 102 per 100.000 penduduk pada tahun 2007. Angka penyembuhannya (*success rate*) telah mencapai lebih dari 89%, yang juga melebihi target internasional sebesar 85%. Demikian pula angka kesakitan malaria juga menurun. Hal itu dapat dilihat dari *annual malaria incidence* (AMI) di luar Jawa Bali yang menurun dari 24,75 per 1.000 penduduk pada tahun 2005 menjadi 19,67 per 1.000 penduduk pada tahun 2007. Demikian pula *anual parasite incidence* (API) di Jawa Bali menurun dari 0,15 per 1.000 pada tahun 2005 menjadi 0,16 per 1.000 penduduk pada tahun 2007. Hal yang menggembirakan adalah angka kematiannya menurun dengan cukup bermakna, yakni dari 0,92% pada tahun 2005 menjadi 0,2% pada tahun 2007.

Incidence rate penyakit demam berdarah (DBD) memang meningkat tahun demi tahun. Hal itu disebabkan oleh penanganan lingkungan kurang baik yang berkaitan pula dengan masih kurangnya perilaku hidup bersih dan sehat. Namun, angka kematiannya atau *case fatality rate* (CFR) terus dapat ditekan dari 1,36% pada tahun 2005 menjadi 1,01% pada tahun 2007. Hal itu menunjukkan semakin baiknya penatalaksanaan kasus demam berdarah, baik di puskesmas maupun di RS. Pada periode bulan Januari—Mei 2008 jumlah kasus DBD di Indonesia sebanyak

61.970 kasus (*incidence rate* 28,13 per 100.000 penduduk) dengan 482 kematian (CFR 0,78%).

Surveillance penyakit HIV/AIDS juga terus meningkat. Kasus AIDS yang dapat ditemukan sampai akhir Juni 2008 tercatat secara kumulatif dilaporkan 12.686 penderita AIDS. Sampai bulan April 2008, sebanyak 13.757 orang pernah mendapat terapi antiretroviral (ARV) dan sebanyak 8.145 orang masih dalam terapi ARV. Pengobatan dengan ARV dilakukan melalui pelayanan komprehensif di 25 RS rujukan bagi ODHA pada tahun 2004 dan dikembangkan menjadi 153 RS rujukan pada tahun 2006 dan sekitar 200 RS pada tahun 2007 dan terus akan dikembangkan hingga mencakup semua RSUD (lebih dari 400 RS) kabupaten/kota pada tahun 2009. Upaya pencegahan penyakit AIDS terus ditingkatkan agar tidak terjadi penularan lebih luas.

Jumlah kasus flu burung menurun dari 55 kasus pada tahun 2006 menjadi 42 kasus pada tahun 2007. Akan tetapi, *case fatality rate* (CFR) meningkat dari 81,8% (45 kasus) pada tahun 2006 menjadi 88,1% (37 kasus) pada tahun 2007. Periode Januari sampai dengan 25 Juni 2008 jumlah kasus flu burung sebanyak 18 kasus dengan jumlah kematian 15 kasus (CFR 83,3%).

G. Pemenuhan Tenaga Kesehatan

Dalam pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan telah dilakukan penempatan tenaga kesehatan di daerah, terutama di daerah terpencil, sangat terpencil, dan daerah perbatasan. Pemenuhan kebutuhan tenaga di daerah selain melalui pengangkatan pegawai tidak tetap (PTT) juga dilakukan melalui pengangkatan calon pegawai negeri sipil (CPNS). Pada tahun 2007 telah diangkat dokter spesialis/dokter gigi spesialis PTT sejumlah 86 orang (kriteria biasa : 22 orang, kriteria daerah terpencil 54 orang, kriteria daerah sangat terpencil 10 orang) Dokter PTT sejumlah 2.578 (daerah terpencil 1.174 orang, daerah sangat terpencil 1.404 orang). Dokter gigi PTT sejumlah 747 orang (daerah terpencil 249 orang; daerah sangat terpencil 498 orang) dan bidan PTT sejumlah 10.500 orang, sedangkan untuk tahun 2008 pengangkatan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan bidan PTT direncanakan tiga periode, yaitu periode April, Juni, September. Pada periode April dan Juni 2008

telah diangkat dokter spesialis/dokter gigi spesialis PTT sejumlah 28 orang, dokter PTT sejumlah 1.205 orang, dokter gigi PTT sejumlah 448 orang dan bidan PTT sejumlah 7.144 orang. Kebijakan perpanjangan penugasan PTT saat ini masih diberlakukan dengan mekanisme pengusulan permohonan melalui Dinas Kesehatan Kabupaten setempat dan untuk tahun 2007 tercatat sejumlah 839 dokter PTT, 254 dokter gigi PTT dan 3.465 bidan PTT.

Pemenuhan kebutuhan tenaga di daerah selain melalui pengangkatan PTT juga dilakukan melalui pengangkatan CPNS. Kebijakan Pemerintah dalam alokasi formasi CPNS tahun 2007 selain tetap memprioritaskan pengangkatan tenaga honorer sebagai CPNS sesuai dengan PP No. 43 tahun 2007 juga mengalokasikan formasi pelamar umum. Dalam tahun 2007 Departemen Kesehatan mendapat alokasi formasi pelamar umum sejumlah 1.225 dan formasi bagi tenaga honorer sejumlah 535 tenaga. Formasi CPNS tahun 2008 belum ditetapkan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara. Usulan formasi dari seluruh UPT Depkes berjumlah 8.611 tenaga.

Untuk menarik minat tenaga kesehatan ditempatkan di daerah terpencil, sangat terpencil, perbatasan, dan pulau-pulau terluar, Departemen Kesehatan telah memberikan insentif setiap bulan kepada dokter spesialis Rp.7,5 juta, dokter/dokter gigi Rp.5 juta, dan bidan Rp.2,5 juta.

Dalam pemenuhan tenaga spesialis di RS kabupaten/kota pada tahun 2006 telah ditempatkan 13 residen senior di RS Wamena Papua. Pada tahun 2008 ini akan ditempatkan sebanyak 231 residen senior di Provinsi Papua, Maluku Utara, Maluku, Sulawesi Utara, Sumatera Utara, Nanggroe Aceh Darussalam dan Kepulauan Riau. Di samping, itu pada tahun 2006 telah ditempatkan pula 197 tenaga kesehatan di daerah terpencil, tertinggal, dan perbatasan. Untuk percepatan pengadaan dokter spesialis, Pemerintah akan memberikan kesempatan tugas belajar bagi 700 dokter mengikuti program pendidikan dokter spesialis berbasis kompetensi (PPDS-BK) dari tujuh program studi spesialis. Pada tahun 2008 ini akan dilaksanakan pula program tugas belajar bagi 160 peserta D-4 kesehatan mitra dokter spesialis dan 200 bidan komunitas yang dimulai pada semester II tahun 2008.

III. Tindak Lanjut yang Diperlukan

Tindak lanjut yang diperlukan untuk mengatasi berbagai permasalahan dalam bidang kesehatan, dengan berbagai kebijakan yang akan diterapkan pada tahun 2009 meliputi, antara lain, yaitu (1) percepatan penurunan kematian ibu dan anak, kekurangan gizi dan pengendalian penyakit menular, melalui pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak (KIA); pemenuhan kebutuhan dokter spesialis; penanganan masalah gizi kurang dan gizi buruk pada ibu hamil dan menyusui, bayi dan anak balita; pencegahan, peningkatan *surveillance*, deteksi dini dan pengobatan penyakit menular, dan penggerakan dan pemberdayaan masyarakat; serta penanggulangan penyakit flu burung dan kesiapsiagaan pandemi influenza; (2) peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin, masyarakat di daerah tertinggal, terpencil dan perbatasan melalui pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin di rumah sakit kelas III dan puskesmas serta jaringannya, peningkatan sarana, prasarana dan biaya operasional pelayanan kesehatan dasar termasuk biaya operasional; (3) peningkatan pemanfaatan obat, pengawasan obat dan makanan, melalui penyediaan obat, pengujian laboratorium sampel obat, obat tradisional, kosmetika, napza, makanan dan perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT), peningkatan sarana dan prasarana termasuk peningkatan kapasitas SDM-POM sebagai dasar untuk pengaturan dan penegakan hukum; dan (4) penyediaan tenaga kesehatan di rumah sakit, puskesmas, dan jaringannya.

Kebijakan tersebut didukung oleh promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, peningkatan pengelolaan lingkungan sehat, peningkatan sumber daya kesehatan, pengembangan obat asli Indonesia, pengembangan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan, serta penelitian dan pengembangan kesehatan.