**BAB 1**

**SISTEM**

**1.1 Pengertian Sistem**

Kata sistem sendiri berasal dari bahasa Latin *(systēma)* dan bahasa Yunani (*sustēma*) yang berarti suatu kesatuan yang terdiri dari komponen atau elemen yang dihubungkan bersama untuk memudahkan aliran informasi, materi atau energi. Segala sesuatu harus dilihat sebagai sebuah sistem yang mempunyai unsur dan fungsi tertentu .Dalam sebuah sistem ada subsistem yaitu berupa beberapa unsur sistem yang sangat berperan fungsi-fungsi unsur tersebut.

**Menurut Shrode dan Voich, 1974 : 115**

*“System is whole compounded of several parts”*

Sistem adalah suatu keseluruhan yang tersusun dari sekian banyak bagian. Sedangkan menurut pandangan Shrode dan Voich (1974:121) secara lengkapnya demikain bahwa menurut kedua pengarang tersebut istilah sistem itu menunjuk pada dua hal, yaitu pada sesuatu wujud (“entitas”)atau benda yang memiliki tata aturan atau susunan struktural dari bagian-bagiannya, dan kedua menunjuk pada suatu rencana, metode, alat, atau tatacara untuk mencapai sesuatu.

**Menurut Geoffrey Gordon (1987)**

*“Agregation of things so combined to form an integral or complex whole”*

Sistem sebagai suatu agregasi atau kumpulan obyek-obyek yang terangkai dalam interaksi dan saling bergantungan yang teratur.

**Menurut Ludwig Von Bartalanffy (1940)**

***“A scientist who worked mainly in the areas of physics and biology, is system theory is that to understand fully the operation of an antity, it must be viewed as a system.”***

Ketika seorang fisikawan membuat model tata surya, dari atom, atau pendulum, dirinya menganggap bahwa semua massa, partikel, dan gaya yang mempengaruhi sistem itu dimasukkan dalam model, seolah-olah seluruh alam semesta tidak ada. Hal ini memungkinkan untuk menghitung masa depan negara dengan tingkat akurasi yang sempurna, karena semua informasi yang diperlukan diketahui. Sistem merupakan seperangkat unsur yang saling terikat dalam suatu relasi diantara unsur-unsur tersebut dengan lingkungan. Unsur di alam semesta saling berkaitan untuk membuat suatu proses kehidupan yang bisa berjalan sesuai yang direncanakan.

Dari beberapa definisi sistem di atas, dapat disimpulkan bahwa sistem adalah sekumpulan unsur yang saling berkaitan dan saling mempengaruhi dalam melakukan kegiatan bersama untuk mencapai suatu tujuan. Suatu sistem bisa dikatakan baik jika unsur tersebut berfungsi dengan baik dan menghasilkan suatu produk yang maksimal. Suatu keseluruhan yang kompleks dan teroganisir yang merupakan suatu perkaitan atau penggabungan unsur dan bagian yang membentuk satu kesatuan yang kompleks. Sistem tersebut merupakan suatu prosedur yang terkait dan terintegrasi sehingga menjadi suatu kesatuan dan ada keterkaitan pada tiap bagiannya.

**1.2 Elemen dalam Sistem**

Pada prinsipnya, setiap sistem selalu terdiri atas empat elemen:

* Objek, yang dapat berupa bagian, elemen, ataupun variabel. Ia dapat benda fisik, abstrak, ataupun keduanya sekaligus; tergantung kepada sifat sistem tersebut.
* Atribut, yang menentukan kualitas atau sifat kepemilikan sistem dan objeknya.
* Hubungan internal, di antara objek-objek di dalamnya.
* Lingkungan, tempat di mana sistem berada.

## Elemen sistem

Ada beberapa elemen yang membentuk sebuah sistem, yaitu : tujuan, masukan, proses, keluaran, batas, mekanisme pengendalian dan umpan balik serta lingkungan. Berikut penjelasan mengenai elemen-elemen yang membentuk sebuah sistem :

1. Tujuan

Setiap sistem memiliki tujuan (Goal), entah hanya satu atau mungkin banyak. Tujuan inilah yang menjadi pemotivasi yang mengarahkan sistem. Tanpa tujuan, sistem menjadi tak terarah dan tak terkendali. Tentu saja, tujuan antara satu sistem dengan sistem yang lain berbeda.

2. Masukan

Masukan (input) sistem adalah segala sesuatu yang masuk ke dalam sistem dan selanjutnya menjadi bahan yang diproses. Masukan dapat berupa hal-hal yang berwujud (tampak secara fisik) maupun yang tidak tampak. Contoh masukan yang berwujud adalah bahan mentah, sedangkan contoh yang tidak berwujud adalah informasi (misalnya permintaan jasa pelanggan).

3. Proses

Proses merupakan bagian yang melakukan perubahan atau transformasi dari masukan menjadi keluaran yang berguna dan lbih bernilai, misalnya berupa informasi dan produk, tetapi juga bisa berupa hal-hal yang tidak berguna, misalnya saja sisa pembuangan atau limbah. Pada pabrik kimia, proses dapat berupa bahan mentah. Pada rumah sakit, proses dapat berupa aktivitas pembedahan pasien.

4. Keluaran

Keluaran (output) merupakan hasil dari pemrosesan. Pada sistem informasi, keluaran bisa berupa suatu informasi, saran, cetakan laporan, dan sebagainya.

5. Batas

Yang disebut batas (boundary) sistem adalah pemisah antara sistem dan daerah di luar sistem (lingkungan). Batas sistem menentukan konfigurasi, ruang lingkup, atau kemampuan sistem. Sebagai contoh, tim sepakbola mempunyai aturan permainan dan keterbatasan kemampuan pemain. Pertumbuhan sebuah toko kelontong dipengaruhi oleh pembelian pelanggan, gerakan pesaing dan keterbatasan dana dari bank. Tentu saja batas sebuah sistem dapat dikurangi atau dimodifikasi sehingga akan mengubah perilaku sistem. Sebagai contoh, dengan menjual saham ke publik, sebuah perusahaan dapat mengurangi keterbasatan dana.

6. Mekanisme Pengendalian dan Umpan Balik

Mekanisme pengendalian (control mechanism) diwujudkan dengan menggunakan umpan balik (feedback), yang mencuplik keluaran. Umpan balik ini digunakan untuk mengendalikan baik masukan maupun proses. Tujuannya adalah untuk mengatur agar sistem berjalan sesuai dengan tujuan.

7. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang berada diluar sistem. Lingkungan bisa berpengaruh terhadap operasi sistem dalam arti bisa merugikan atau menguntungkan sistem itu sendiri. Lingkungan yang merugikan tentu saja harus ditahan dan dikendalikan supaya tidak mengganggu kelangsungan operasi sistem, sedangkan yang menguntungkan tetap harus terus dijaga, karena akan memacu terhadap kelangsungan hidup sistem.

**Ciri-ciri sistem**

1. Mempunyai tujuan.
2. Mempunyai struktur.
3. Terdapat mekanisme *input-proses-output* yang kadang-kadang disertai *feedback.*
4. Merupakan satu kesatuan usaha yang terdiri dari bagian-bagian yang saling
5. bergantung satu sama lain.
6. Mempunyai batasan dengan lingkungan.
7. Mempunyai supra sistem.
8. Ada Hierarki
9. Ada sistem yang lain yaitu subsistem.

**1.3 Jenjang Sistem**

Telah disebutkan bahwa sistem, meskipun satu kesatuan yang terpadu, tetapi sistem tersebut tidak dapat melepaskan diri dari lingkungan.Tergantung dari jenisnya, maka yang dimaksud dengan lingkungan tersebut amat beraneka ragam.Selanjutnya peranan dan kedudukan sistem terhadap lingkungan berbeda pula.

Untuk memudahkan pemahaman, peranan dan kedudukan sistem tehadap lingkungan yang beraneka ragam ini sering digambarkan dalam bentuk penjenjangansistem.Batasan tentang penjenjangan sistem banyak macamnya.Secara sederhana yang dimaksud dengan penjenjangan sistem adalah pembagian sistem ditinjau dari sudut peranan dan kedudukannya terhadap lingkungan. Untuk ini penjenjangan sistem tersebut dapat dibedakan atas tiga macam yakni:

1. **Suprasistem**

Suprasistem adalah lingkungan dimana sistem tersebut berada.Lingkungan yang dimaksud di sini juga berbentuk suatu sistem tersendiri, yang kedudukan dan peranannya lebih luas.Sistem yang lebih luas ini mempengaruhi sistem tetapi tidak dikelola oleh sistem.Suatu sistem dapat mempunyai suatu sistem yang lebih yang luas.

1. **Sistem**

Sistem adalah sesuatu yang sedang diamati yang menjadi objek dan subjek pengamatan.

1. **Subsistem**

Subsistem adalah bagian dari sistem yang secara mandiri membentuk sistem pula.Sistem yang mandiri ini kedudukan dan peranannya lebih kecil dari pada sistem.

Tergantung dari kedudukan dan peranan yang sedang diamati, maka sesuatu dapat berperan sebagai suprasistem, sistem atau subsistem.Jika yang diamati adalah rumah sakit, maka rumah sakit adalah sistem.Suprasistemnya ialah Sistem Kesehatan Nasional sedangkan subsistemnya ialah berbagai unit fungsional yang terdapat di rumah sakit.

**BAB 2**

**PENDEKATAN SISTEM**

**1.1 Pengertian Pendekatan Sistem**

Suatu sistem pendekatan memperhatikan sistem informasi sebagai satu kesatuan integrasi untuk masing-masing kegiatan atau aplikasi. Pendekatan sistem ini juga menekankan pada pencapaian sasaran keseluruhan dari organisasi. Hal ini merupakan cara berfikir yang melihat segala sesuatu sebagai sistem.

**Menurut Simon Ramo, Ph.D and Robin K. St.Clair, Ph.D**

*“The systems approach is the application of logic and common sense resting on a sound foundation. It is quantitative and objective. It makes possible the consideration of all needed data, requirements, and (often conflicting) factors that usually constitute the heart of a complex, real -life problem.”*

Menurut Simon, Pendekatan sistem merupakan aplikasi dari logika dan akal sehat. Pendekatan system bersifat kuantitatif dan objektif, yang memungkinkan pertimbangan dari semua data yang diperlukan sebagai persyaratan dan factor-faktor sebagai pusat dari suatu masalah kompeks kehidupan nyata.

**Menurut Robin K. St.Clair, Ph.D**

“*This approach entails analysis of problems and synthesis solutions. In the analysis phase, a given situation is examined to identify the forces affecting it. The situation is viewed as a system composed of interconnected parts and related to other systems*. “

Pendekatan ini mencakup analisis masalah dan solusi sintesis. Pada tahap analisis, suatu situasi yang diberikan adalah untuk mengidentifikasi kekuatan yang mempengaruhinya. Situasi ini dipandang sebagai suatu sistem terdiri dari sejumlah bagian yang saling berhubungan dan terkait dengan sistem lain. Dalam hubungan antar sistem selalu ada kerjasama agar tujuan tercapai dengan maksimal.

Dari kedua pandangan diatas, dapat disimpulkan bahwa pendekatan sistem merupakan cara berfikir yang melihat segala sesuatu sebagai sebuah tatanan yang terdiri dari unsur-unsur suatu system. Salah satu bentuk pendekatan system digunakan sebagai upaya untuk melakukan pemecahan masalah yang dilakukan dengan melihat masalah yang ada secara menyeluruh dan melakukan analisis secara sistem. Pendekatan sistem digunakan saat menghadapi suatu masalah yang kompleks sehingga diperlukan analisis terhadap permasalahan tersebut, untuk memahami hubungan bagian dengan bagian lain dalam masalah tersebut, serta kaitan antara masalah tersebut dengan masalah lainnya.

**Empat konsep dasar pendekatan sistem :**

1. Spesialisasi:Suatu sistem yang dibagi menjadi beberapa komponen yang lebih kecil yang memungkinkan konsentrasi lebih khusus pada setiap bagian komponennya.Pembagian tersebut bertujuan untuk memaksimalkan kinerja komponen tersebut dengan tercapainya tujuan yang maksimal. Misalnya dalam suatu perusahaan ada pembagian komponen masing-masing seperti adanya bagian *marketing* yang tugasnya memasarkan produk, bagian keuangan mengatur keuangan perusahaan.
2. Pengelompokan: Pengelompokan ini bertujuan agar tidak terjadi kompleksitas dan agar tercipta suatu kedisiplinan kelompok data sub disiplin. Hal tersebut mempengaruhi terjadinya suatu relasi yang baik dalam suatu sistem yang berlaku sehingga dalam suatu kelompok tersebut bisa memaksimalkan tugas dan mencapai hasil yang maksimal.
3. Koordinasi: Dalam suatu kelompok terdapat komponen dan sub komponen yang memaksimalkan koordinasi interaksi antarkelompok. Komponentersebut sangat berperan untuk memaksimalkan kerjasama antar kelompok dan tujuan kelompok masing-masing.
4. Perlengkapan darurat*:* Dalam suatu sistem terdapat subsistem yang terbagi atas beberapa komponen untuk memahami pengakuan dan memahami sifat yang muncul dari sebuah sistem. Mengakui sistem secara keseluruhan lebih besar daripada jumlah pada setiap bagiannya. Subsistem tersebut menjelaskan bahwa setiap kompone merupakan penjelasan kompleks dari sebuah sistem yang merupakan struktur dan ruang pada sistem yang menjadikan sebuah ciri khas dari sebuah sistem tersebut.

**2.2 Model Pendekatan Sistem**

1. H. L. Blum

Sistem Blum ini sering di gunakan oleh perencana kesehatan dan pendidikan kesehatan sebagai alasan untuk pendekatan sistem kesehatan. Kondisi sehat secara holistik bukan saja kondisi sehat secara fisik melainkan juga spiritual dan sosial dalam bermasyarakat. Untuk menciptakan kondisi sehat seperti ini diperlukan suatu keharmonisan dalam menjaga kesehatan tubuh. Menurut teory Blum terdapat empat factor determinan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Keempat factor tersebut adalah:

1. Faktor perilaku/ gaya hidup

Faktor perilaku merupakan factor determinan yang paling besar dan sulit untuk ditanggulangi karena sangat berpengaruh pada kesehatan seseorang atau kelompok.Gaya hidup yang berlebihan dapat menimbulkan efek kesehatan yang tidak baik. Misal pola makan kita, jika kita sering makan makanan yang mengandung kolestrol tinggi dapat menimbulkan penyakit kolestrol, stroke, serangan jantung.

1. Faktor lingkungan

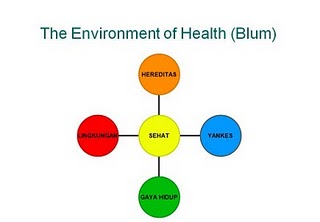
Faktor lingkungan merupakan determinan terbesar kedua setelah factor perilaku manusia. Tidak hanya factor lingkungan fisik seperti kurang bagusnya sanitasi lingkungan, banyaknya polusi udara saja yang dapat mempengaruhi kesehatan seseorang atau kelompok, namun factor lingkungan social juga mempengaruhi kesehatan seseorang atau kelompok dalam hal kesehatan jiwa. Karena seseorang atau kelompok membutuhkan orang lain dalam menjalani hidupnya.

1. Faktor pelayanan kesehatan

Kondisi pelayanan kesehatan juga menunjang derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang berkualitas sangatlah dibutuhkan. Masyarakat membutuhkan posyandu, puskesmas, rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya untuk membantu dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan kesehatan. Terutama untuk pelayanan kesehatan dasar yang memang banyak dibutuhkan masyarakat. Kualitas dan kuantitas sumber daya manusia di bidang kesehatan juga mesti ditingkatkan.

1. Faktor genetik

Nasib suatu bangsa ditentukan oleh kualitas generasi mudanya. Oleh sebab itu kita harus terus meningkatkan kualitas generasi muda kita agar mereka mampu berkompetisi dan memiliki kreatifitas tinggi dalam membangun bangsanya.

[](http://2.bp.blogspot.com/-bTHxGZtKChc/TpqMjfHEKWI/AAAAAAAAAT4/Sq9uQ3HlN04/s1600/Kesehatan+masyarakat+menurut+blum.jpg)

**Implementation**

Kesehatan di negara-negara pasca industri telah menjadi masalah dominan yang dihadapi oleh pemerintah nasional. Masalah ini diperburuk oleh laju perubahan sosial, teknologi, dan tekanan ekonomi yang berkelanjutan. Untuk mencapai reformasi sistem kesehatan, pemerintah harus mengembangkan kebijakan baru untuk mengarahkan atau mengubah arah hadir sistem. Kesehatan reformasi sistem melibatkan perubahan berbasis luas dalam perilaku konsumen, penyedia dan pemerintah sendiri. Arah perubahan ini membutuhkan tidak kurang dari mengalihkan fokus dari sistem dan aktor dari penekanan utama pada pengobatan penyakit (negatif-kesehatan fokus) terhadap penekanan pada pemeliharaan amd mempromosikan standar tertinggi kesehatan pribadi (positif-kesehatan fokus ).

1. Ishikawa

Sistem ishikawa ini biasanya menggunakan diagram kausal atau diagram duri ikan karena adanya sebab – akibat. Sehingga terdapat keterkaitan antara penyebab yang satu dengan penyebab yang lain. Setiap penyebab atau alasan untuk ketidaksempurnaan merupakan sumber variasi. Penyebab biasanya dikelompokkan ke dalam kategori utama untuk mengidentifikasi sumber-sumber variasi. Kategori-kategori biasanya meliputi:

1. Orang (manpower)

Siapapun yang terlibat dengan proses

1. Metode

Bagaimana proses ini dilakukan dan persyaratan khusus untuk melakukannya, seperti kebijakan, prosedur, aturan, peraturan dan hukum

1. Mesin

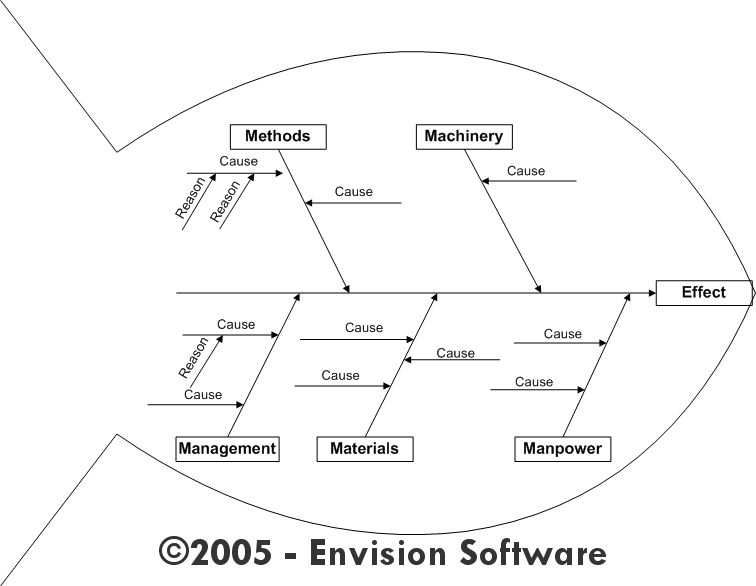
peralatan , komputer, alat dll diperlukan untuk menyelesaikan pekerjaan

1. Bahan

Bahan baku, suku cadang, pena, kertas, dll digunakan untuk menghasilkan produk akhir

1. Manajemen (Management)

Cara mengatur agar proses berlangsung



**Implementasi**

Inti dari diagram Ishikawa adalah bahwa masalah dasar dimasukkan di bagian kanan diagram pada akhir utama 'tulang.' Ini adalah masalah kepentingan. Pada sudut ini tulang utama terletak biasanya 3-6 sub-tulang yang merupakan penyebab umum berkontribusi terhadap masalah yang sedang dipertimbangkan. Penyebab dilingkari untuk menunjukkan item yang harus ditindaklanjuti, dan penggunaan alat tulang ikan selesai.

Misalnya masalah utama pada diagram adalah status kesehatan yakni masalah pelayanan kesehatan yang kurang efektif dan efisien. Hal itu disebabkan karena beberapa penyebab umum yang mempengaruhi masalah utama tersebut. Penyebab umum masalah tersebut antara lain kurangnya sumber daya manusia yang memadai (Manpower), kebijakan kesehatan yang kurang tepat sasaran sehingga menimbulkan sistem yang buruk (Method), kurangnya ketersediaan alat yang dapat menunjang pelayanan kesehatan (Material and machine). Dengan diagram fish bone ini dapat menegaskan masalah utama dan meminta bantuan kepada kelompok untuk menentukan penyebab utama.

1. F. W. Taylor

Analisis manajemen Taylor lebih dikenal dengan manajemen ilmiah (scientific management). Manajemen Ilmiah mencoba untuk meningkatkan produktivitas dengan meningkatkan efisiensi dan upah para pekerja. Ini bisa ditemukan metode terbaik untuk melakukan setiap pekerjaan. Akan memilih karyawan dengan menggunakan prosedur seleksi ilmiah, menyediakan pelatihan ilmiah dan pengembangan kepada karyawan, percaya dalam memiliki dekat kerjasama antara manajemen dan karyawan, menggunakan pembagian kerja. Hal ini akan mencoba menghasilkan output maksimal dengan memperbaiki standar kinerja. Untuk melaksanakannya, Taylor membuat beberapa perencanaan:

1. Pengembangan ilmu sejati   
2. Pemilihan ilmiah dari si pekerja itu   
3. Pendidikan dan pengembangan ilmiah para pekerja   
4. Intim dan ramah kerjasama antara manajemen dan para pria.

**BAB 3**

**PENJELASAN BERBAGAI SUBSISTEM DALAM SKN 2009**

**3.1 Pengertian SKN 2009**

SKN (Sistem Kesehatan Nasional) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berdasarkan pada: 1) Perikemanusiaan, 2) Pemberdayaan dan kemandirian, 3) Adil dan merata, serta 4) Pengutamaan dan manfaat. SKN 2009 merupakan suatu program pelaksanaan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan kesejahteraan rakyat. Penyusunan SKN 2009 ini dimaksudkan untuk menyesuaikan SKN 2004 dengan berbagai perubahan, agar dapat dipergunakan sebagai pedoman tentang bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

**Landasan SKN**

* + 1. **Landasan Idiil,** yaitu Pancasila.
    2. **Landasan Konstitusional,** yaitu UUD 1945, khususnya: Pasal 28 A, setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya; 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), setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat; serta 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; Pasal 28 B ayat (2), setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang; Pasal 28 C ayat (1), setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia.
    3. **Landasan Operasional** meliputi seluruh ketentuan peraturan perundangan yang berkaitan dengan penyelenggaraan SKN dan pembangunan kesehatan. Beberapa peraturan perundangan tersebut terdapat dalam Lampiran-1 dari RPJP-K Tahun 2005-2025.

**Dasar SKN**

Dalam penyelenggaraan, SKN perlu mengacu pada dasar-dasar sebagai berikut:

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

Sesuai dengan tujuan pembangunan nasional dalam Pembukaan Undang-undang Dasar 1945, yaitu untuk meningkatkan kecerdasan bangsa dan kesejahteraan rakyat, maka setiap penyelenggaraan SKN berdasarkan pada prinsip hak asasi manusia. Undang-undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat 1 antara lain menggariskan bahwa setiap rakyat berhak atas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya tanpa membedakan suku, golongan, agama, jenis kelamin, dan status sosial ekonomi. Setiap anak dan perempuan berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

1. **Sinergisme dan Kemitraan yang Dinamis**

Sistem Kesehatan Nasional akan berfungsi balk untuk mencapai tujuannya apabila terjadi Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Sinergisme (KISS), baik antar pelaku, antar subsistem SKN, maupun dengan sistem serta subsistem lain di luar SKN. Dengan tatanan ini, maka sistem atau seluruh sektor terkait, seperti pembangunan prasarana, keuangan dan pendidikan perlu berperan bersama dengan sektor kesehatan untuk mencapai tujuan nasional.

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

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

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

1. **Dukungan Regulasi**

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

1. **Antisipatif dan Pro Aktif**

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

1. **Responsif Gender**

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

1. **Kearifan Lokal**

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

**Tujuan SKN**

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

Dalam Sistem Kesehatan Nasional 2009, terdapat enam subsistem yang mendasari terwujudnya pembangunan kesehatan yang baik, dan berkesinambungan. Keenam subsistem tersebut antara lain :

1. Subsistem Upaya Kesehatan
2. Subsistem Pembiayaan Kesehatan
3. Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan
4. Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan
5. Subsistem Manajemen dan Informasi Kesehatan
6. Subsistem Pemberdayaan Masyarakat

**3.2 Subsistem Upaya Kesehatan**

**1. Pengertian**

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

**2. Tujuan**

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

1. **Unsur-unsur**
   1. **Upaya Kesehatan**

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

* 1. **Sumber Daya Upaya Kesehatan**

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

* 1. **Pembinaan dan Pengawasan Upaya Kesehatan**

Pelayanan kesehatan harus diberikan berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh pemerintah dengan mempertimbangkan masukan dari organisasi profesi. Pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan dilakukan secara berjenjang melalui standarisasi, sertifikasi, lisensi, akreditasi, dan penegakan hukum yang dilakukan oleh pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat.

* 1. **Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan**

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

1. **Prinsip**
2. **Berkesinambungan dan Paripurna**

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

1. **Bermutu, Aman, dan Sesuai Kebutuhan**

Pelayanan kesehatan bagi masyarakat harus berkualitas, terjamin keamanannya bagi penerima dan pemberi upaya, dapat diterima masyarakat, efektif dan sesuai, serta mampu menghadapi tantangan global dan regional.

1. **Adil dan Merata**

Pemerintah wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata untuk memenuhi kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) dan di luar negeri dalam kondisi tertentu.

1. **Non diskriminatif**

Setiap penduduk harus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis, bukan status sosial ekonomi dan tidak membeda-bedakan suku/ras, budaya dan agama, dengan tetap memperhatikan pengarus-utamaan gender.

1. **Terjangkau**

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

1. **Teknologi Tepat Guna**

Upaya kesehatan menggunakan teknologi tepat guna yang berbasis bukti. Teknologi tepat guna berasas pada kesesuaian kebutuhan dan tidak bertentangan dengan etika, moral, dan nilai agama.

1. **Bekerja dalam Tim secara Cepat dan Tepat**

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

**3.3 Subsistem Pembiayaan Kesehatan**

1. **Pengertian**

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

1. **Tujuan**

Tujuan dari penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan adalah tersedianya dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, merata dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, tersalurkan sesuai peruntukannya untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

**3. Unsur-unsur**

1. **Dana**

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

1. **Sumber Daya**

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

1. **Pengelolaan Dana Kesehatan**

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

**4. Prinsip**

* 1. **Kecukupan**

Pembiayaan kesehatan pada dasarnya merupakan tanggung-jawab bersama pemerintah, masyarakat, dan swasta. Alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk upaya kesehatan dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, baik pusat maupun daerah, terus diupayakan peningkatan dan kecukupannya sesuai kebutuhan menuju sekurang-kurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya.

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

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

* 1. **Efektif dan Efisien**

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

* 1. **Adil dan Transparan**

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

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

**3.4 Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan**

**1. Pengertian**

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

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

**2. Tujuan**

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

**3. Unsur-unsur**

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

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

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

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

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

Penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan meliputi upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan.

Perencanaan SDM Kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah, kualifikasi, dan distribusi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.

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

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

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

**4. Prinsip**

**a. Adil dan Merata serta Demokratis**

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

1. **Kompeten dan Berintegritas**

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

1. **Objektif dan Transparan**

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

1. **Hierarki dalam SDM Kesehatan**

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

**3.5 Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan**

**1. Pengertian**

Menurut Kepmenkes/374/Menkes/SK/2009, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya yang menjamin keamanan, khasiat/manfaat, mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.

**2. Tujuan**

Tujuan penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah tersedianya sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang terjamin aman, berkhasiat/bermanfaat dan bermutu, dan khusus untuk obat dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

**3. Unsur-unsur**

**a. Komoditi**

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

**b. Sumber Daya**

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

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

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

**c.**  **Pelayanan Kefarmasian**

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

**d.** P**engawasan**

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

1. **Pemberdayaan Masyarakat**

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

**4. Prinsip**

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

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

1. **Tersedia, Merata, dan Terjangkau**

Obat merupakan kebutuhan dasar manusia yang tidak tergantikan dalam pelayanan kesehatan, sehingga obat tidak boleh diperlakukan sebagai komoditas ekonomi semata.

1. **Rasional**

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

1. **Transparan dan Bertanggung-jawab**

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

1. **Kemandirian**

Potensi sumber daya dalam negeri, utamanya bahan baku obat dan obat tradisional harus dikelola secara profesional, sistematis, dan berkesinambungan sehingga memiliki daya saing tinggi dan mengurangi ketergantungan dari sumber daya luar negeri serta menjadi sumber ekonomi masyarakat dan devisa negara.

**3.6 Subsistem Manajemen dan Informasi Kesehatan**

**1. Pengertian**

Subsistem manajemen dan informasi kesehatan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan yang menghimpun berbagai upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, pengaturan hukum kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan yang mendukung subsistem lainnya dari SKN guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

**2. Tujuan**

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

**3. Unsur-unsur**

1. **Kebijakan Kesehatan**

Kebijakan kesehatan merupakan pedoman yang menjadi acuan bagi semua pelaku pembangunan kesehatan, balk pemerintah, swasta, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan memperhatikan kerangka desentralisasi dan otonomi daerah.

1. **Administrasi Kesehatan**

Administrasi kesehatan merupakan kegiatan perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung-jawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

1. **Hukum Kesehatan**

Hukum kesehatan merupakan keseluruhan peraturan perundangan di bidang kesehatan dan segala tindakan penyebarluasan, penerapan, dan penegakan aturan tersebut dalam rangka memberikan perlindungan, terutama kepada individu dan masyarakat dan sebagai sarana untuk memfasilitasi penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

1. **Informasi Kesehatan**

Informasi kesehatan merupakan hasil pengumpulan dan pengolahan data sebagai masukan bagi pengambilan keputusan di bidang kesehatan.

1. **Sumber daya Manajemen Kesehatan dan Informasi Kesehatan**

Sumber daya manajemen kesehatan dan informasi kesehatan, meliputi: SDM, dana, sarana prasarana, standar, dan kelembagaan yang digunakan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam upaya mendukung terselenggaranya pembangunan kesehatan.

**4. Prinsip**

**a. Inovasi atau Kreativitas**

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

* 1. **Kepemimpinan yang Visioner Bidang Kesehatan**

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

* 1. **Sinergisme yang Dinamis**

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

* 1. **Kesesuaian dengan Sistem Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia**

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

**3.7 Subsistem Pemberdayaan Masyarakat**

1. **Pengertian**

Subsistem pemberdayaan masyarakat adalah bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok, maupun masyarakat secara terencana, terpadu, dan berkesinambungan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

1. **Tujuan**

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

1. **Unsur-unsur**
2. **Penggerak Pemberdayaan**

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

1. **Sasaran Pemberdayaan**

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

1. **Kegiatan Hidup Sehat**

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

1. **Sumber Daya**

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

**4. Prinsip**

1. **Berbasis Masyarakat**

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

1. **Edukatif dan Kemandirian**

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

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

1. **Kesempatan Mengemukakan Pendapat dan Memilih Pelayanan Kesehatan**

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

1. **Kemitraan dan Gotong-royong**

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

Tumbuhnya rasa kepedulian, tenggang rasa, solidaritas, empati, dan kepekaan masyarakat dalam menghadapi potensi dan masalah kesehatan yang akhirnya bermuara dalam semangat gotong­royong sesuai dengan nilai luhur bangsa. Kesemuanya itu dapat dilaksanakan bila kebutuhan masyarakat telah dipenuhi secara wajar.

**BAB 4**

**PENJELASAN BERBAGAI SUBSISTEM DALAM SJSN 2004**

**4.1 Pengertian Jaminan Sosial dan Sistem Jaminan Sosial Nasional**

Dalam UU Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Nomor 40 Tahun 2004 pasal 1 ayat 1 disebutkan:

**“Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.”**

Pada ayat 2 UU SJSN 2004 dinyatakan bahwa:

**“Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial.”**

Jaminan sosial diperlukan apabila terjadi hal yang tidak dikehendaki dan dapat menghilangkan atau mengurangi pendapatan seseorang (Naskah Akademik RUU SJSN 2004).

Dalam UU SJSN 2004 bab III pasal 3 disebutkan tujuan SJSN:

**“Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atauanggota keluarganya.”**

SJSN memiliki beberapa subsistem berupa organisasi dan program kerja yang penting dalam pelaksanaanya, yaitu:

1. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)
2. Kepesertaan dan Iuran
3. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)
4. Program Jaminan Sosial

**4.2 Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)**

DJSN adalah salah satu organ SJSN yang bertanggung jawab kepada presiden (pasal 7 ayat 1) dan berfungsi merumuskan kebijakan umum dan sinkronasi penyelenggaraan SJSN (pasal 7 ayat 2). DJSN terdiri dari 15 orang yang mewakili organisasi pekerja, orang / ahli yang memahami bidang jamsos, organisasi pemberi kerja dan pemerintah (pasal 8 ayat 1).Organ DJSN dipimpin oleh seorang ketua, yang dipilih dan diberhentikan oleh Presiden.Presiden juga berhak untuk memilih dan memberhentikan anggota SJSN (Pasal 8 UU SJSN 2004).

3 (tiga) tugas DJSN adalah (Pasal 7 Ayat 3 UU SJSN 2004):

1. Melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial.
2. Mengusulkan kebijakan investasi Dana Jaminan Sosial Nasional.
3. Mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada Pemerintah.

DJSN memiliki wewenang seperti yang tertulis di pasal 7 ayat 4 UU SJSN 2004:

**“Dewan Jaminan Sosial Nasional berwenang melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial.”**

**4.3 Kepesertaan dan Iuran**

Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran (Pasal 1 Ayat 8 UU SJSN 2004).Orang yang dimaksudkan disini adalah warga Negara Indonesia, baik WNI maupun WNA.

Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah(Pasal 1 Ayat 10 UU SJSN 2004). Iuran yang didapat akan disalurkan kepada fakir miskin dan orang tidak mampu. Iuran bagi peserta bersifat wajib sebagaimana disebutkan dalam pasal 17 ayat 1 UU SJSN 2004:

**“Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu.”**

**4.4 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

Dalam pasal 1 ayat 6 UU SJSN 2004 disebutkan:

**“Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.”**

Dengan kata lain, SJSN memerlukan BPJS untuk menjalankan program-program yang penting dalam SJSN. Dalam pasal 5 ayat 1 UU SJSN 2004 ditegaskan:

**“Badan Penyelenggara Jaminan Sosial harus dibentuk dengan Undang-undang.”**

Sampai kini, undang-undang tentang BPJS masih belum disahkan.Hal itu disebabkan karena dalam pembahasannya, ada 3 hal yang menjadi polemik.Pertama, apakah BPJS merupakan penetapan atau pengaturan.Kedua, tentang bentuk badan, dan ketiga tentang jumlah badan.dalam BPJS terdapat JAMSOSTEK, TASPEN, ASABRI dan ASKES.

**4.5 Program Jaminan Sosial**

Jenis dari program jaminan sosial nasional adalah (Pasal 18 UU SJSN 2004, Naskah Akademik RUU SJSN 2004):

1. Jaminan Kesehatan

Program ini memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif, sesuai dengan kebutuhan medik yang diperlukan oleh peserta.Kebutuhan medik ini berfungsi untuk memelihara, memulihkan, dan meningkatkan kesehatan peserta.Anggota keluarga dari peserta juga berhak untuk mendapatkan kebutuhan medik.

Penyelenggaraan jaminan kesehatan ini berdasarkan prinsipasuransi sosial dan prinsip ekuitas (Pasal 19 Ayat 1 UU SJSN 2004).Prinsip ekuitas adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuaikebutuhan medisnya. Kualitas pelayanan tidak terikat dengan besaran iuranyang ditentukan untuk dibayar. Sedangkan prinsip asuransi sosial memiliki beberapa elemen penting seperti (Penjelasan Pasal 19 UU SJSN 2004):

* 1. Kegotong-royongan antara orang yang kaya-miskin, sehat-sakit, tua- muda, dan yang berisiko tinggi atau rendah;
  2. Kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif;
  3. Iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan;
  4. Bersifat nirlaba (tidak mencari keuntungan).

1. Jaminan Kecelakaan Kerja

Program ini merupakan pelayanan pemulihan kesehatan yang terjadi akibat dari suatu kecelakaan yang berhubungan dengan pekerjaan seseorang.Program ini juga memberikan manfaat dalam bentuk santunan uang secara berkala bagi peserta yang memerlukan.Peserta yang mendapat bantuan adalah mereka yang cacat atau meninggal dunia karena kecelakaan kerja.

1. Jaminan Hari Tua

Program ini membayarkan uang tunai sebelum seorang peserta memasuki masa pensiun. Pemberian uang tunai ini dimaksudkan untuk membekali peserta dalam memasuki usia pensiun. Uang itu dapat digunakan untuk membeli rumah atau modal untuk usaha.Apabila peserta meninggal dunia sebelum memasuki masa pensiun, maka manfaat program dibayarkan kepada janda/duda, anak atau ahli waris peserta yang sah.

1. Jaminan Pensiun

Program ini membayarkan uang secara berkala untuk jangka waktu tertentu atau sampai peserta meninggal dunia sebagai substitusi dari penurunan/hilangnya penghasilan setelah peserta memasuki usia pensiun atau menderita cacat total tetap yang menyebabkan dirinya tidak mampu lagi bekerja. Apabila peserta meninggal dunia sebelum memasuki usia pensiun, maka manfaat dibayarkan kepada ahli warisnya.

1. Jaminan Kematian

Program Jaminan Kematian membayarkan sejumlah uang tunai kepada ahli waris yang sah setelah peserta meninggal dunia secara alamiah atau kecelakaan yang tidak berhubungan dengan pekerjaan. Manfaat jaminan kematian ini adalah meringankan beban ahli waris peserta yang ditinggalkan dan dapat digunakan untuk membiayai penguburan atau keperluan lain yang terkait dengan kematian peserta.

**4.6 Penjelasan Jaminan Kesehatan**

* + 1. **Pendekatan SJSN**

Jaminan kesehatan dalam SJSN diselenggarakan secara nasional dengan menerapkan prinsip asuransi kesehatan sosial. Diselenggarakan secara nasional untuk dapat memenuhi prinsip portabilitas bahwa jaminan kesehatan bisa dinikmati di seluruh wilayah Indonesia. Hal ini tidak mengurangi peran pemerintah daerah, khususnya daerah yang penerimaan daerahnya kecil dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tidak mampu. Dengan pendekatan seperti itu, pemerataan penyelenggaraan jaminan kesehatan dapat terwujud dan berkelanjutan.

Diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial agar sumber pendanaannya jelas dan terukur. Bersifat wajib untuk mewujudkan kegotongroyongan dan mencegah terjadinya bias-selection ataupun moral hazard, sehingga pengendalian biaya pelayanan kesehatan terkontrol, sementara biaya operasionalnya rendah.

Selain itu, dalam SJSN juga ditetapkan manfaat (benefit- package) yang jelas, sistem pemberian pelayanan kesehatan dan pembiayaan (delivery and financing of healthcare), serta standar dan harga obat sehingga biaya dan kualitas pelayanan kesehatan dapat diprediksi lebih mudah. Hal ini sangat penting bagi kelangsungan program jaminan kesehatan.

Semuanya diselenggarakan secara bertahap sesuai dengan kelayakan program. Hal ini diperlukan agar tujuan pencapaian cakupan menyeluruh (universal coverage) dapat berjalan dengan mulus, tidak banyak mengalami gejolak sosial, sehingga SJSN diterima sebagai sebuah program yang dibutuhkan masyarakat. Karena itu, diperlukan sebuah the road map yang memaparkan penahapan mewujudkan universal coverage itu dengan memerhatikan perkembangan program jaminan sosial lain, khususnya jaminan pensiun.

Diprediksi bahwa universal coverage jaminan kesehatan akan tercapai dalam kurun waktu 15 tahun, sesuai perkembangan cakupan penyelenggaraan program jaminan pensiun. (Sulastomo Mantan Ketua Tim SJSN)

* + 1. **Program Jamkesmas**

Sebagai salah satu upaya untuk pengentasan kemiskinan, Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan sejak tahun 2005 membuat Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat miskin dan tidak mampu yang disebut dengan program Askeskin. Pengelolaan Program Askeskin yang dilaksanakan oleh PT Askes (Persero) merupakan penugasan dari Pemerintah berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor : 1241/MENKES/SK/XI/2004. Sebagai BUMN, penugasan tersebut dilaksanakan dengan mengacu pada pasal 66 UU nomor 19 tahun 2003 tentang BUMN dan telah mendapatkan persetujuan Menteri Negara BUMN dengan Surat Persetujuan Meneg BUMN Nomor S-697/HBU/2004 tanggal 31 Desember 2004.

Sejak tahun 2008, Kementerian Kesehatan merubah terminologi Askeskin menjadi Jamkesmas dengan menugaskan PT Askes (Persero) untuk mengelola manajemen kepesertaannya.

* + 1. **Sasaran**

Sasaran program mengacu kepada data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2006 dengan jumlah 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau sekitar 76,4 juta jiwa.

* **Orang miskin dan tidak mampu serta gelandangan, pengemis, anak terlantar serta masyarakat miskin yang tidak mempunyai identitas**
* Masyarakat miskin penghuni panti – panti sosial, masyarakat miskin korban bencana pasca tanggap darurat serta masyarakat miskin penghuni Rumah Tahanan (Rutan) dan masyarakat miskin Penghuni Lembaga Pemasyarakatan (Lapas).
  + 1. **Kepesertaan Jamkesmas**
* Kuota peserta per kabupaten/kota ditetapkan oleh Menkes RI
* Identitas peserta secara lengkap ditetapkan Bupati/Walikota sesuai kuota
* Sedangkan penetapan peserta untuk gelandangan, pengemis, anak terlantar, masyarakat miskin yang tidak mempunyai identitas, penghuni panti sosial & lapas dilakukan oleh Kepala Dinas Sosial Kabupaten / Kota atau Dinas lain yang ditunjuk oleh Bupati/Walikota.
* **Sejak tahun 2010, berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009, masyarakat pasca tanggap darurat masyarakat miskin penghuni lembaga pemasyarakatan dan panti sosial ditetapkan sebagai peserta Jamkesmas.**

**c) Pengelolaan Jamkesmas Tahun 2011**

Hingga bulan April 2011 secara de facto PT Askes (Persero) masih melanjutkan program Kepeserta Jamkesmas sesuai penugasan dari Kementerian Kesehatan RI tahun 2010. Hal tersebut diperkuat oleh surat Menkes RI nomor JP/Menkes/036/2011 tanggal 5 Januari 2011, bahwa pada pelaksanaan program Jamkesmas tahun 2011 Kementerian Kesehatan RI tetap memberikan kepercayaan kepada PT Askes (Persero) sebagai penyelenggara manajemen kepesertaan program.

* + 1. **Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU)**

Program PJKMU adalah program jaminan kesehatan bagi masyarakat dari Pemerintah Daerah yang dalam pelaksanaannya menugaskan PT Askes (Persero) untuk mengelola berdasarkan **mekanisme asuransi sosial.**

* 1. **Dasar Hukum PJKMU**
* Peraturan perundang-undangan yang menjadi landasan hukum penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU) adalah :

a. UU nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

b. UU nomor 19 tahun 2003 tentang Badan Usaha Milik Negara

Pasal 66 ayat (1) “ Pemerintah dapat memberikan penugasan khusus kepada BUMN untuk menyelenggarakan fungsi kemanfaatan umum    dengan tetap memperhatikan maksud dan tujuan kegiatan BUMN.

c. UU nomor 2 tahun 1992 Tentang Usaha Perasuransian

Pasal 14 ayat 1 : Program Asuransi sosial hanya dapat diselenggarakan oleh BUMN

* Berdasarkan landasan hukum tersebut di atas, manajemen PT.Askes (Persero) menetapkan :
  + 1. SK Direksi Nomor : 494/Kep/1207 tanggal 28 Desember 2007 tentang Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum.
    2. SK Direksi Nomor : 09/Kep/0108 tanggal 24 Januari 2008 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum.
    3. SK Direksi Nomor : 321/Kep/0709 tanggal 21 Juli 2009 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum.
    4. SK Direksi Nomor : 182/Kep/0310 tanggal 31 Maret 2010 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum.

1. **Tujuan Penyelenggaran PJKMU**

Tujuan pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Umum adalah:

* Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat di wilayah Propinsi atau Kabupaten/Kota, agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.
* Terjaminnya penyelenggaraan jaminan kesehatan dengan prinsip asuransi sosial berdasarkan prinsip *managed care* yaitu tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu dengan pembiayaan yang terkendali.
* Menjadi bagian dari program Pemerintah untuk menuju terselenggaranya jaminan kesehatan nasional yang mencakup semua penduduk (*Universal coverage*)

1. **Program PJKMU**

Program ini diselenggarakan dalam rangka mewujudkan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat umum di Propinsi/Kabupaten/Kota, dengan pokok – pokok penyelenggaraan :

* 1. Penugasan dari Pemerintah Daerah yang dilanjutkan dengan Perjanjian Kerjasama antara PT Askes (Persero) dengan Pemerintah Daerah, yang antara lain memuat tentang manajemen kepesertaan, pelayanan kesehatan dan keuangan
  2. Pengelolaan dana amanat dan Nirlaba dengan pemanfaatn untuk semata-mata peningkatan kesejahteraan masyarakat umum.
  3. Pelayanan kesehatan bersifat menyeluruh (komprehensif) sesuai standar pelayanan medik yang cost effective dan rasional.
  4. Pelayanan kesehatan dilakukan berstruktur dan berjenjang.
  5. Mekanisme ***Asuransi Kesehatan Sosial***
  6. Tranparansi dan akuntabilitas.
  7. Sumber dana berasal dari APBD dengan pengelompokan peruntukan untuk :
* Biaya pelayanan kesehatan langsung
* Biaya pelayanan kesehatan tidak langsung
* Biaya operasional untuk penyelenggaraan program
  1. Apabila ada sisa dana Pelayanan Kesehatan Langsung dan Tidak Langsung pada akhir pernjian, maka sisa dana tersebut dikembalikan kepada Pemerintah Daerah.
  2. Apabila terjadi defisit dana Pelayanan Kesehatan Langsung dan Tidak Langsung, maka menjadi tangguangjawab Pemerintah Daerah untuk memenuhinya.

1. **Peserta PJKMU**

Peserta PJKMU adalah masyarakat umum di wilayah kabupaten / kota di seluruh Indonesia yang ditetapkan oleh pemerintah daerah Propinsi, Kabupaten dan Kota yang melakukan pengikatan kerjasama dengan PT. Askes (Persero) dalam pengelolaan manajemen jaminan kesehatan masyarakat daerah setempat melalui program PJKMU PT. Askes (Persero). Identitas peserta tersebut ditetapkan oleh Pemerintah Daerah dan disampaikan kepada PT Askes (Persero) setempat yang selanjutnya dilakukan perekaman data peserta, penerbitan kartu peserta dan pendistribusian kartu peserta.

1. **Manfaat Pelayanan Kesehatan bagi Peserta PJKMU**

Benefit  yang didapat peserta bervariasi, tergantung penugasan pemda kepada PT Askes (Persero), yang tertuang dalam perjanjian kerjasama. Pada umumnya benefit/manfaat pelayanan kesehatannya meliputi :

1. Pelayanan Kesehatan Dasar :

* Konsultasi, penyuluhan, pemeriksaan medis dan pengobatan.
* Pemeriksaan dan pengobatan gigi.
* Tindakan medis kecil/sederhana.
* Pemeriksaan penunjang diagnostik sederhana
* Pengobatan efek samping kontrasepsi
* Pemberian obat pelayanan dasar dan bahan kesehatan habis pakai.
* Pemeriksaan kehamilan dan persalinan sampai anak kedua hidup.
* Pelayanan imunisasi dasar.
* Rawat Inap di Puskesmas Perawatan/Puskesmas dengan Tempat Tidur.

2. Pelayanan Kesehatan Lanjutan :

* 1. Rawat Jalan
* Konsultasi, pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter spesialis
* Pemeriksaan Penunjang Diagnostik : Laboratorium, Rontgen/ Radiodiagnostik, Elektromedik dan pemeriksaan alat kesehatan canggih
* Tindakan medis poliklinik dan rehabilitasi medis
* Pelayanan obat sesuai Daftar dan Plafon Harga Obat (DPHO)
  1. Rawat Inap
* Rawat Inap di ruang perawatan sesuai hak Peserta.
* Pemeriksaan, pengobatan oleh dokter spesialis.
* Pemeriksaan Penunjang Diagnostik : Laboratorium, Rontgen/ Radiodiagnostik, Elektromedik dan pemeriksaan alat kesehatan canggih
* Tindakan medis operatif.
* Perawatan intensif (ICU, ICCU,HCU, NICU, PICU).
* Pelayanan rehabilitasi medis.
* Pelayanan obat sesuai Daftar dan Plafon Harga Obat (DPHO)

3. Pemeriksaan kehamilan, gangguan kehamilan dan persalinan

4. Pelayanan Transfusi Darah dan Cuci Darah.

5. Pelayanan Canggih

6. Pelayanan Alat Kesehatan

**BAB bd**

**SISTEM DAN SUBSISTEM DALAM MANAJEMEN**

* 1. **Sistem dan Subsistem Manajemen**
     1. **Sistem Manajemen**

Menurut Terry (1960) pengertian manajemen adalah :

*“The accomplishing of a predetermined objectivesthrough the effort other people”*

Menurut Johnson et al, (1993) pengertian sistem adalah

*“A system is an organized or complex whole: an assemblage or combination of things or parts forming a complex or unitary whole.”*

Sistem manajemen diartikan sebagai suatu sistem yang diterapkan pada suatu perusahaan oleh seorang manajer untuk mencapai suatu tujuan yang dikehendaki dengan mengolah sumber daya yang ada.Penerapan sistem ini bergantung pada karakter dari seorang manajer itu sendiri dan perusahaan yang dipimpinnya.Adapun bagian utama pada manajemen sistem adalah *input, process, output.*

1. **Subsistem Manajemen**

Subsistem adalah bagian dari sistem yang secara mandiri membentuk sistem pula. Sistem adalah gabungan dari beberapa elemen (sub sistem) didalam suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi.Dalam subsistemjuga terjadi suatu proses yang berfungsi sebagai suatu kesatuan sendiri sebagai bagian dari subsistem. Sistem terbentuk dari elemen atau bagian yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Apabila salah satu bagian atau sub sistem tidak berjalan dengan baik maka akan mempengaruhi bagian yang lain. Subsistem dalam manajemen meliputi:

1. ***Input***

Yang dimaksud dengan masukan (*input*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut. Input merupakan bagian awal dari sistem yang menyediakan kebutuhan operasi bagi sistem. Input ini akan berbeda-beda sesuai dengan sasaran operasi dari suatu sistem, misalnya bahan baku untuk digunakan dalam proses produksi, bahan kuliah untuk digunakan dalam pembelajaran. Namun demikian, adakalanya untuk operasional dari sistem dibutuhkan berbagai input yang berbeda satu sama lainnya.

Input dalam manajemen mempunyai beberapa element seperti *man, money, machine, method, material, market*, *technologi, time, information.*

1. *Man* :

MSDM (Manajemen Sumber Daya Manusia) adalah ilmu dan seni mengatur hubungan dan peranan tenaga kerja secara efisien dan efektif sehingga tercapai tujuanbersama perusahaan,karyawan dan masyarakat.

1. *Money* :

Uang merupakan sumber daya yang terbatas, oleh karena itu harus dapat dikelola dengan sebaik mungkin.Dalam perencanaan diri ataupun organisasi dibutuhkan pengelolaan uang yang meliputi pemasukan dan pengeluaran.

1. Pemasukan: dari mana uang berasal, harus berasal dari sumber yang sah dan halal.
2. Pengeluaran: ke mana uang akan dibelanjakan, digunakan untuk kepentingan-kepentingan yang sesuai dengan tujuan kegiatan, baik diri pribadi maupun organisasi.
3. *Material:*

Hal yang berhubungan dengan material manajemen (manajemen logistik) ini lebih memperhatikan pada penyediaan, inventaris, tingkat produksi, pola penentuan staff, jadwal, dan distribusi.

1. *Methods:*

Adalah suatu cara dalam menunjukkan perusahaan menjadi biaya rendah, kualitas tinggi, bertanggung jawab terhadap lingkungan, keselamatan pemimpin sadar dalam industri mereka.

1. *Machines:*

*Machine*  adalah penciptaan atau penambahan fungsi, bentuk, waktu dan tempat untuk pemenuhan kebutuhan manusia. Produk adalah hasil dari kegiatan produksi yang berwujud barang dan jasa. Produsen adalah orang atau badan ataupun lembaga lain yang menghasilkanproduk. Tujuan manajemen produksi adalah memproduksi atau mengatur produksi barang dan jasa dalam jumlah, kualitas, harga, waktu serta tempat tertentu sesuai dengan kebutuhan.

1. *Market:*

Pemasaran adalah analisis perencanaan, implementasi dan pengendalian atas program yang dirancang untuk menciptakan, membangun dan menjaga pertukaran yang menguntungkan dengan pembeli sasaran untuk mencapai tujuan organisasional.

1. *Technology:*

Teknologi dapat didefinisikan sebagai kemampuan untuk mengenali masalah teknis, konsep, dan hal lain yang sifatnya tangible yang dikembangkan untuk mengatasi masalah teknis dan kemampuan untuk mengeksploitasi konsep dalam cara yang efektif .

1. *Time:*

Manajemen waktu merupakan perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengawasan produktivitas waktu.Manajemen waktu bertujuan kepada produktifitas yang berarti rasio *output* dengan *input.*Merencanakan terlebih dahulu penggunaan waktu bukanlah suatu pemborosan melainkan memberikan pedoman dan arah bahkan pengawasan terhadap waktu.

1. *Information:*

Informasi dapat didefinisikan sebagai suatu kesimpulan yang didapatkan dari analisis suatu data yang behubungan dalam mengoperasikan atau menjalankan suatu organisasi.

1. ***Process***

Yang dimaksud dengan proses (*process*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan. Proses merupakan cara atau metode untuk merubah input menjadi suatu output. Misalnya yang dilakukan mesin, tugas yang dilakukan oleh anggota dari organisasi, dan lainnya.Dalam situasi tertentu, proses tidak dapat diketahui secara detail karena transformasi yang dilakukan terlalu kompleks.Kombinasi input yang berbeda, atau urutan pemakaiannya yang berbeda mungkin akan menghasilkan output yang berbeda. Misalnya, banyak pimpinan organisasi tidak dapat menentukan hubungan antara berbagai komponen dari sistem sehingga faktor mana yang dominan dalam mencapai sasaran perusahaan tidak dapat di ketahui.

1. ***Output***

Yang dimaksud dengan keluaran *(output)* adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem*. Output* mungkin dapat berbentuk fisik maupun non fisik. Misalnya produk, informasi, dan lainnya. *Output* adalah hasil suatuproses, sasaran dimana sistem berada. Namun perlu ditambahkan bahwa kadang output ini akan menjadi input bagi sistem yang lain, misalnya informasi *output* yang dihasilkan dari proses data yang selanjutnya dapat digunakan oleh pengambil keputusan atau orang sebagai *input* untuk melakukan sesuatu.

1. ***Feed back***

Umpan balik *(feed back)* adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.

1. **Lingkungan**

Lingkungan *(environment)* adalah dunia di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.

* 1. **Implementasi Subsistem Manajemen dalam Bidang Kesehatan**

Pada prosedur operasi standar yang diterapkan pada peternakan.  
Terdapat protokol kesehatan yang harus komprehensif, tepat waktu, memiliki manfaat yang diinginkan untuk biaya rasio, dan berdasarkan budaya laboratorium.

Susu produsen yang telah menerapkan protokol kesehatan tertulis akan berada di ujung terdepan untuk meyakinkan konsumen bahwa makanan mereka sedang diproduksi dengan cara sebagaimana mestinya. Beberapa contoh program yang menekankan kontrol proses termasuk Susu dan Produk Susu Sapi Kualitas Program Jaminan, Kualitas Program Pork Assurance dan (Hazard Analysis Critical Control Points) HACCP program yang digunakan dalam industri unggas. Hari ini, HACCP telah diadopsi oleh produsen makanan dan telah menjadi dasar Keamanan Makanan USDA Inspeksi Service (FSIS), menghasilkan penurunan 50 persen pada salmonella pada unggas olahan dan 30 persen pengurangan dari E coli.

Prinsip-prinsip HACCP digunakan untuk mengembangkan kerangka kerja untuk mengelola poin dalam proses untuk mencegah "bahaya". Ada tujuh langkah untuk melaksanakan program dimodifikasi termasuk HACCP, mendefinisikan tujuan untuk operasi, menggambarkan kegiatan atau operasi (diagram atau flow chart), mengidentifikasi potensi bahaya, menggambarkan langkah-langkah pencegahan, menetapkan batas kritis (benchmark), menetapkan prosedur monitoring , dan menentukan tindakan koreksi. Pengukuran, pemantauan dan pencatatan sangat penting untuk proses ini.

Proses konsep kontrol dapat berguna bagi setiap sistem manajemen pada susu termasuk manajemen karyawan, pengelolaan sampah, kesehatan hewan, program gizi, prosedur reproduksi, biosekuriti, hampir aspek apapun. Sebuah proses dapat didefinisikan sebagai kumpulan kegiatan yang mengambil satu atau lebih jenis input dan menciptakan output yang bernilai bagi pengguna. Pada skala besar, sapi dan pakan dapat dianggap masukan saat mengisi gerobak mixer dan memberikan TMR dapat dianggap kegiatan. Outputnya adalah susu yang membawa nilai ke peternakan sapi perah. Kualitas proses apapun adalah fungsi dari jumlah variabilitas diinduksi ke dalam sistem. Memahami sumber variabilitas dan menghilangkan sumber-sumber dapat mengurangi variasi dalam output dan meningkatkan keuntungan.

Ada empat kunci keberhasilan pelaksanaan protokol kesehatan adalah pemahaman, waktu, biaya dan budaya. Protokol harus nyaman dan layak akan selesai dalam jadwal pekerjaan sehari-hari. Di sinilah manajer perlu menempatkan diri ke dalam sepatu karyawan untuk mendapatkan perspektif yang benar dari permintaan mereka. Jika prosedur terlalu banyak kesulitan untuk manajer untuk melakukan satu kali, kemungkinan besar terlalu banyak kesulitan untuk mengharapkan karyawan untuk melakukan secara teratur.

**BAB 6**

**CONCLUSION**

System is a set of interrelated elements and influence each other in joint activities toachieve a goal. Elements that make up a system, namely: objectives, inputs, processes, outputs, limit, control, and feedback mechanisms and the environment. Type system based on categories, in the name of openness (open and closed and the name of the components (physical and non-physical) systems approach is a way of thinking which sees everything as an institution consisting of the elements of a system. The basic concept is a specialization system approach, grouping, coordination of emergency supplies. There are several models of the system approaches the HL Blum, Ishikawa, FW Taylor. SKN (National Health System) is a form and manner of implementation of health development to ensure the achievement of health development. There are six subsystems that underlie the realization of the development of good health, among others:

1. Subsystem Health Efforts

2. Subsystem Health Financing

3. Health Human Resources subsystems

4. Subsystem of Pharmaceutical, Medical Device, and Food

5. Healthcare Information and Management Subsystem

6. Subsystem for Community Empowerment

National Social Security System is a procedure for the organization of social security program by some social security organizing bodies and aims to guarantee the fulfillment of basic needs of living adequate for each participant and/or family members. Some subsystems, namely the National Social Security Board Social Security Agency, Membership and Contributions, Social Security Administering Agency, Social Security Program. Management system is defined as a system applied to a company by a manager toachieve a desired destination, the application of this system depends on the characterof a manager's own and the company is headed. The main part of the management system is the input, process, output.