



# **Kebijakan Pembangunan SDM Kesehatan dalam Draft Rancangan RPJMN 2010-2014 dan Pendekatan Kewilayahan**

**Nina Sarjunani**

Deputi Meneg PPN/Kepala Bappenas,  
Bidang SDM dan Kebudayaan

Dipaparkan Oleh: DR. Hadiat MA, Kasubdit Kesehatan Masyarakat

Pertemuan Lintas Sektor dan Lintas Program PPSDM Kesehatan, Depkes,  
Palembang 5-7 Oktober 2009

# OUTLINE PAPARAN

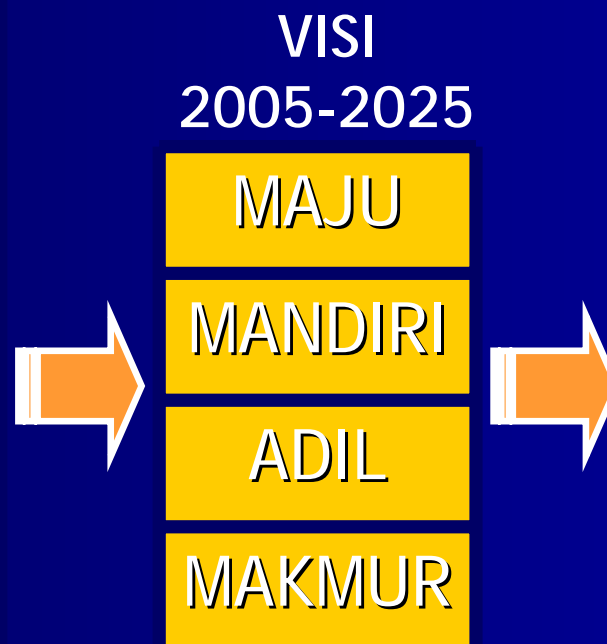
- Arah Pembangunan SDM Dalam RPJPN
- Kerangka Kebijakan RPJMN 2010-2014
- Kerangka Pemikiran RPJMN SDM Kesehatan
- Pendekatan Kewilayahan dalam Pembangunan Kesehatan
- Pengembangan SDM kesehatan berbasis kewilayahan (Bahan Diskusi)

# PEMBANGUNAN SDM DALAM MISI RPJPN 2005-2025

(UU No. 17 Tahun 2007)

## MISI 2005-2025

1. Mewujudkan masyarakat berakhlak mulia, bermoral, beretika, berbudaya, beradab
2. Mewujudkan bangsa yang berdaya saing
3. Mewujudkan masyarakat demokratis berlandaskan hukum
4. Mewujudkan Indonesia aman, damai, dan bersatu
5. Mewujudkan pemerataan pembangunan dan berkeadilan
6. Mewujudkan Indonesia asri dan lestari
7. Mewujudkan Indonesia menjadi negara kepulauan yang mandiri, maju, kuat, dan berbasiskan kepentingan nasional
8. Mewujudkan Indonesia berperan penting dalam pergaulan dunia internasional



## Tujuan Negara (UUD 45)

- Melindungi tumpah darah
- Memajukan kesejahteraan umum
- Mencerdaskan kehidupan bangsa
- Ikut melaksanakan ketertiban dunia

## MISI 2: Mewujudkan bangsa yang berdaya saing

### SASARAN POKOK

#### Kualitas SDM

- IPM
- IPG
- Penduduk tumbuh seimbang



### ARAH PEMBANGUNAN

#### Kesehatan

- Meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat
- Pembangunan berwawasan kesehatan

#### Pemb. Perempuan & anak:

- Peningkatan kualitas hidup perempuan, kesejahteraan, perlindungan anak, penurunan kekerasan, eksploitasi, & diskriminasi
- Penguatan kelembagaan dan jaringan PUG

#### Pemuda:

- Pembangunan karakter bangsa & partisipasi pemuda
- Budaya & prestasi olahraga

# RPJMN 2010-2014

- Tahapan Kedua RPJPN 2005-2025
  - Penjabaran Visi, Misi, dan Program Presiden
  - Memuat Strategi Pembangunan Nasional, Kebijakan Umum, Program K/L, Kewilayahan, Kerangka Ekonomi Makro, Kerangka Pendanaan Indikatif
- Penyiapan Rancangan Awal RPJMN dilaksanakan oleh Meneg PPN/Kepala Bappenas pada tahun terakhir pelaksanaan RPJMN yang sedang berjalan (UU No 25 Tahun 2004 Tentang SPPN)

# Tahapan Pembangunan dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025



## RPJM I ( 2005-2009 )

Menata kembali NKRI, membangun Indonesia yang aman dan damai, yang adil dan demokratis, dengan tingkat kesejahteraan yang lebih baik.



## RPJM 2 ( 2010-2014 )

Memantapkan penataan kembali NKRI, meningkatkan kualitas SDM, membangun kemampuan iptek, memperkuat daya saing perekonomian



## RPJM 3 ( 2015-2019 )

Memantapkan pembangunan secara menyeluruh dengan menekankan pembangunan keunggulan kompetitif perekonomian yang berbasis SDA yang tersedia, SDM yang berkualitas, serta kemampuan iptek



## RPJM 4 ( 2020-2024 )

Mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur melalui percepatan pembangunan di segala bidang dengan struktur perekonomian yang kokoh berlandaskan keunggulan kompetitif.



# FORMAT DAN TAHAPAN PENYUSUNAN RPJMN 2010-2014

- Format Dokumen RPJMN 2010-2014
  - Buku I : Prioritas Nasional
  - Buku II : Bidang Pembangunan
  - **Buku III : Regional – Pulau – Provinsi**
- Tahapan Penyusunan
  - **Rancangan AWAL RPJMN → RENSTRA K/L  
→ Rancangan AKHIR RPJMN**
  - Rancangan Akhir RPJMN harus selesai 3 bulan setelah Presiden Terpilih dilantik

# Keterkaitan antara Buku I, II dan III RPJMN 2010-2014



## Tata Urut (Flow) Keterkaitan Buku I-II-III

1. Buku I yang memuat Prioritas Nasional menjadi masukan di dalam penjabaran arah kebijakan bidang dalam Buku II
2. Buku I memberikan arah kebijakan regional dalam Buku III
3. Buku III memuat kebutuhan & permasalahan strategis masing2 wilayah yang menjadi arahan bidang dalam mengisi kebutuhan wilayah (lokus)
4. Buku II memuat arah kebijakan dan prioritas kegiatan bidang yang akan mengisi kebutuhan wilayah (fokus)

### KETERANGAN:

1. Sebagai acuan Bidang/ Sektor
2. Sebagai acuan Pengembangan Wilayah
3. Menginformasikan arah dan kebutuhan tiap wilayah
4. Menginformasikan kemampuan pencapaian pada wilayah

# FORMULASI RPJMN 2010-2014

## ■ Rumusan kebijakan

- Penetapan Bidang Pembangunan berdasarkan bidang pembangunan dalam RPJPN 2005-2025
- Rumusan substansi berbasis pada konsepsi teoritis dan pengalaman praktis sekaligus mengakomodasi tuntutan dan kebutuhan di lapangan, khususnya kebutuhan di daerah
- Diawali dengan Identifikasi Kondisi Umum, Masalah dan Tantangan, penetapan sasaran, arah kebijakan dan strategi

# Formulasi RPJMN 2010-2014

## ■ Konsistensi Perencanaan-Penganggaran

- Pasal 2 ayat (4) butir c – UU No. 25/2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional:

*SPPN bertujuan untuk menjamin keterkaitan dan konsistensi antara perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan pengawasan.*

## ■ Konsekuensinya adalah

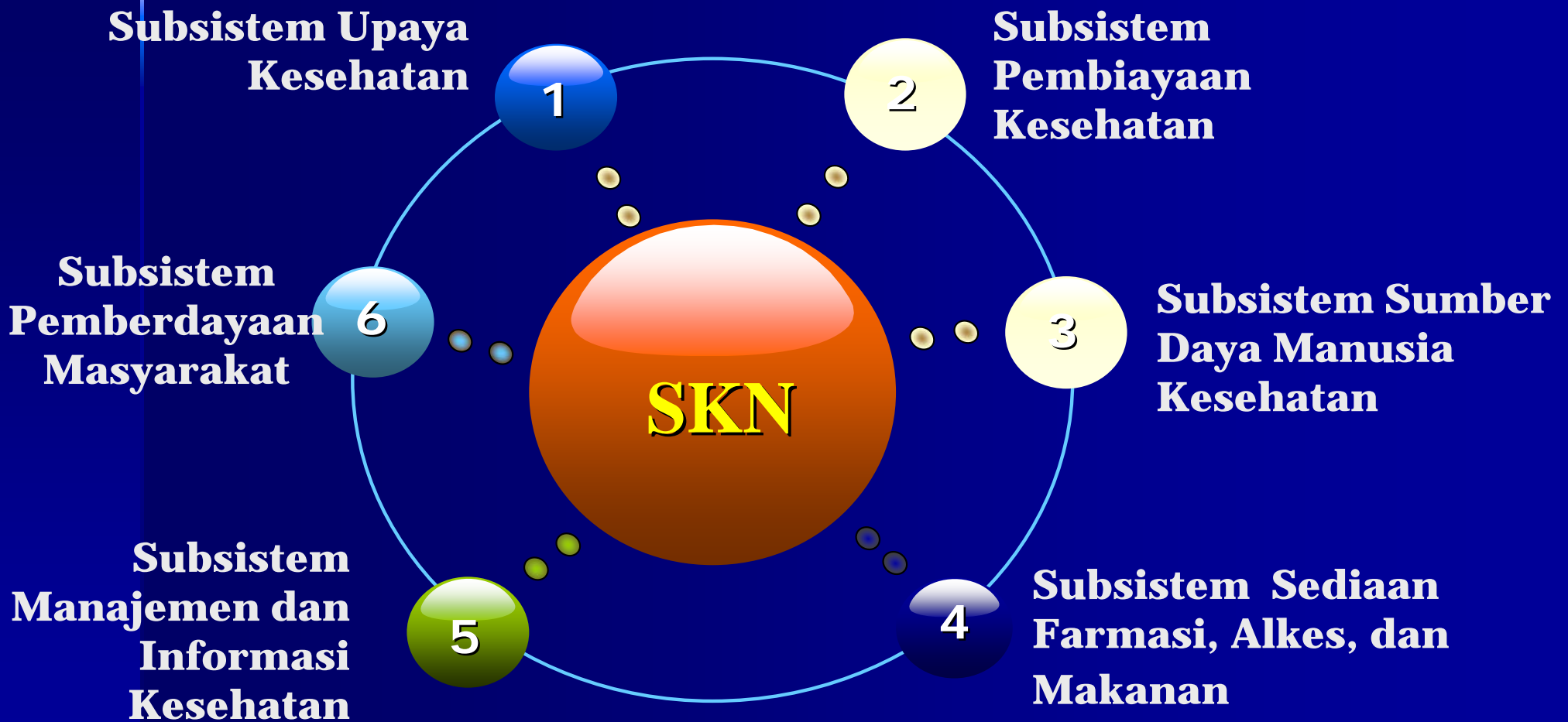
- Nama Program, dan Klasifikasi Fungsi/Sub Fungsi dalam dokumen Rencana sama dengan Yang digunakan dalam dokumen Anggaran;
- Karakteristik penganggaran menurut UU Keuangan Negara sudah harus dipenuhi dalam dokumen rencana

# FORMULASI RPJMN 2010-2014

- **Rancangan program, sasaran, dan kegiatan**
  - Program dan kegiatan dirancang sesuai dengan tupoksi K/L sebagai pelaksana/penanggung jawab program
  - Rumusan dirumuskan secara terukur untuk memudahkan pengukuran kinerjanya → *Performance Based Budgeting*
  - Pendekatan Restrukturisasi Program dan Kegiatan
    - Satu eselon 1 satu program → indikator outcome
    - Satu eselon 2 satu kegiatan → indikator output

# STRUKTUR PENULISAN RPJMN 2010-2014 Kesehatan

**BERBASIS PADA SISTEM KESEHATAN NASIONAL (SKN)  
SEBAGAI PENJABARAN KONSPEKSI TEORITIS DAN PRAKTIS PEMBANGUNAN KESEHATAN**



# SUBSISTEM SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

## ■ TUJUAN

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

## ■ UNSUR-UNSUR

- Sumber Daya Manusia Kesehatan
- Sumber Daya Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan
- Penyelenggaraan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan

## ■ PENYELENGGARAAN

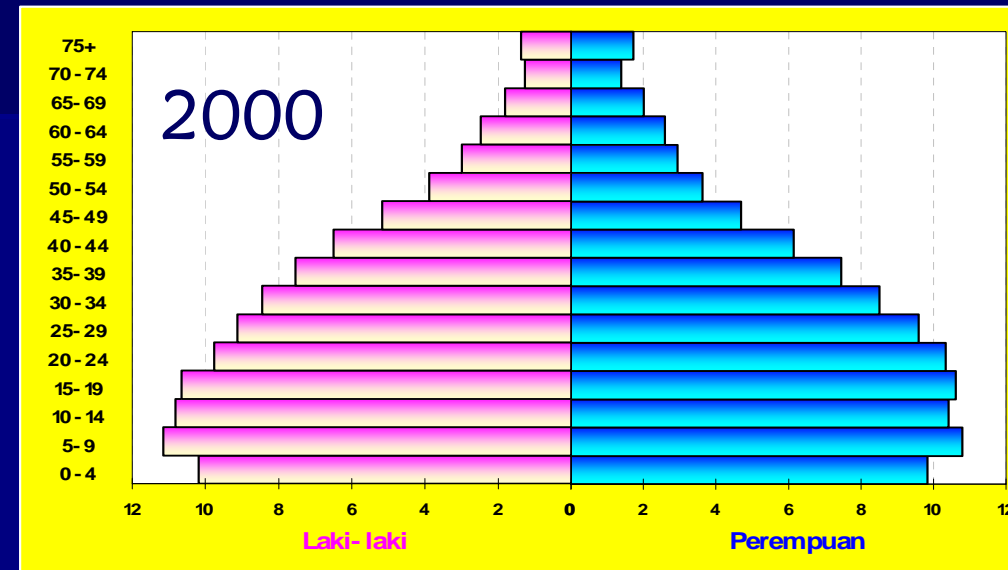
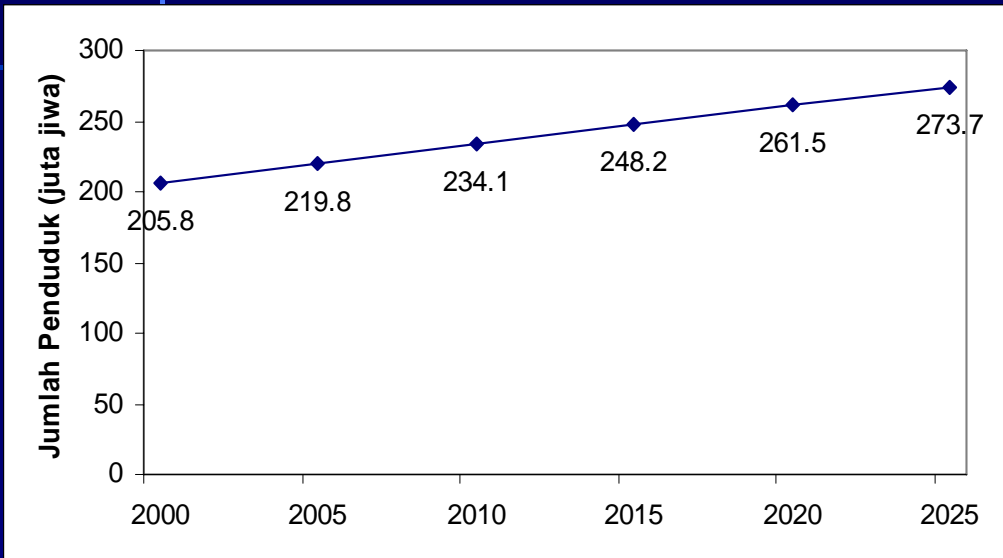
- Perencanaan SDM Kesehatan
- Pengadaan SDM Kesehatan
- Pendayagunaan SDM Kesehatan
- Pembinaan dan Pengawasan SDM Kesehatan

# Kenapa SDM Kesehatan *begitu strategis* ?

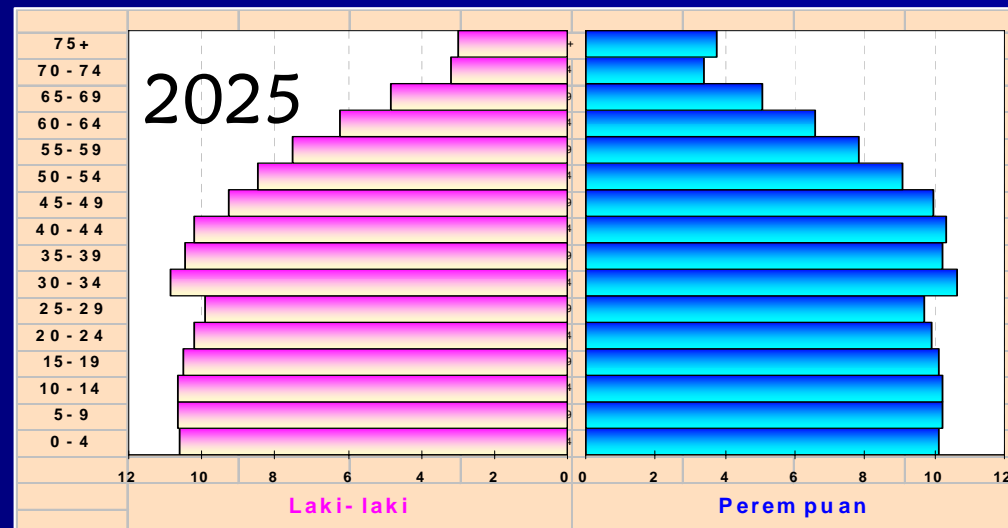
- Ujung tombak pelayanan kesehatan di lapangan (preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif)
- Unsur utama peningkatan daya saing pelayanan kesehatan
- Tulang punggung upaya pelayanan kesehatan menghadapi peningkatan jumlah dan proporsi penduduk usia produktif dan lansia di masa mendatang

# Struktur Penduduk Indonesia

Akan berubah dengan naiknya jumlah penduduk usia produktif



- Bagaimana respon sistem ketenagaan (kesehatan) menghadapi peningkatan jumlah dan proporsi penduduk usia produktif dan lansia di masa mendatang ?



Sumber: Proyeksi Penduduk Indonesia 2000 – 2025, BPS – BAPPENAS - UNFPA

# KONDISI UMUM PEMBANGUNAN Sumber Daya Manusia Kesehatan (1)

## Jumlah, Persebaran, Jenis, Kualitas

### ■ Jumlah dan Jenis SDM Kesehatan

- Saat ini di Indonesia diperkirakan terdapat sekitar 61.500 dokter umum, 16.600 dokter spesialis, 18.000 dokter gigi, 1.300 dokter gigi spesialis, 362.500 perawat, 100.500 bidan, 14.600 apoteker, 14.600 sarjana kesehatan masyarakat, 20.000 sanitarian, dan 18.700 tenaga gizi (Depkes, 2008).
- Rasio tenaga kesehatan untuk dokter, dokter spesialis, dokter gigi, perawat, dan bidan masing-masing adalah sekitar 27, 7, 8, 159, dan 44 per 100.000 penduduk.

### ■ Penyebaran Tenaga Kesehatan,

- Tenaga dokter sebagian besar berada di Pulau Jawa Bali, walaupun rasio dokter dengan jumlah penduduk relatif seimbang yaitu sebesar 18,5 di Pulau Jawa Bali dan 18,1 di luar Pulau Jawa Bali dokter per 100.000 penduduk.
- Kesenjangan lebih jelas terlihat antara perkotaan dan perdesaan baik dari segi jumlah maupun rasio per 100.000 penduduk.
- Sebagian besar dokter spesialis (lebih dari 10.000) berada di Jakarta, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan DI Yogyakarta.

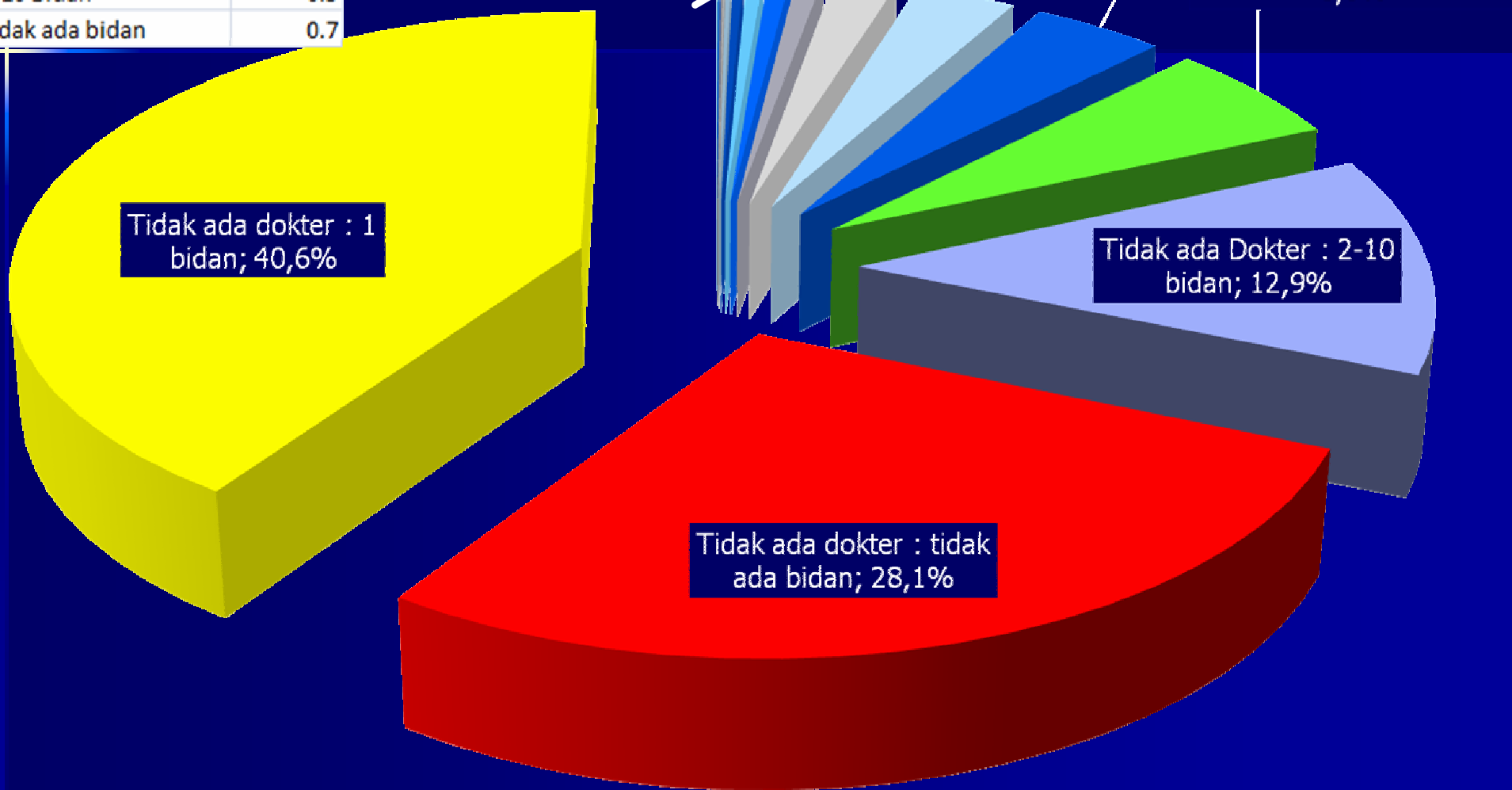
# KONDISI UMUM PEMBANGUNAN Sumber Daya Manusia Kesehatan (2)

- **Jumlah tenaga kesehatan di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan terus meningkat.**
  - Pada tahun 2005 jumlah dokter spesialis adalah 685 orang, meningkat menjadi 1.025 orang pada tahun 2007, dokter dan dokter gigi sebanyak 2.416 pada tahun 2005 meningkat menjadi 3.905 pada tahun 2007, dan bidan desa sebanyak 15.493 orang pada tahun 2005 meningkat menjadi 18.317 orang pada tahun 2007.
  - Rasio dokter spesialis per 100.000 penduduk meningkat dari 1 pada tahun 2005 menjadi 2 pada tahun 2007, rasio dokter dan dokter gigi meningkat dari 4 pada tahun 2005 menjadi 6 pada tahun 2007, dan rasio bidan meningkat dari 26 menjadi 30 pada tahun 2007.
  
- **Kualitas Tenaga Kesehatan**
  - Kualitas tenaga kesehatan masih perlu terus ditingkatkani menyangkut perkuatan sistem akreditasi institusi kesehatan dan sertifikasi hasil lulusan untuk menjamin kompetensi dalam menjalankan tugas profesi.
  - Upaya tersebut perlu didukung dengan perbaikan regulasi termasuk standarisasi, akreditasi, dan lisensi ketenagaan kesehatan.

# Keberadaan Tenaga Kesehatan: 2005-2008

Jenis tenaga	2005 (Jumlah Desa:69957)		2008 (Jumlah Desa:75410)	
	Jumlah Tenaga	Jml Desa Tanpa Tenaga	Jumlah Tenaga	Jml Desa Tanpa Tenaga
Dokter	39,294	57786 (82.6%)	44,173	61578 (81.6%)
Dokter Gigi			7,454	70311 (93.2%)
Bidan	79,661	21218 (30.3%)	97,879	22435 (29.7%)
Nakes lainnya	53,112	44227 (63.2%)	75,921	42336 (56.1%)
Dukun Bayi			155,177	20801 (27.6%)
Dukun Bayi Terlatih	104,702	25157 (35.9%)		
Dukun Bayi Belum dilatih	78,833	40503 (57.9%)		

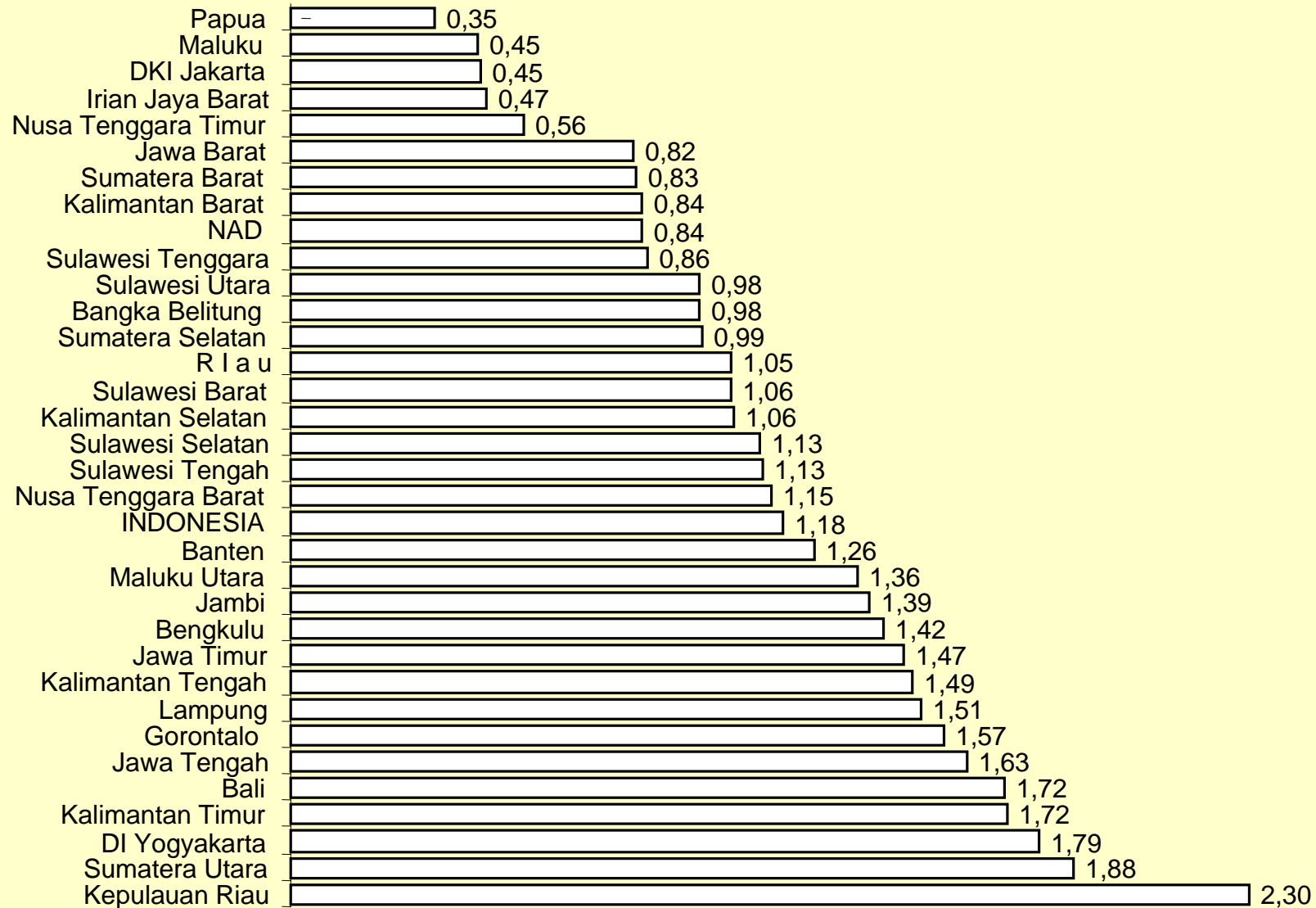
	%
1 dokter : >10 bidan	0.1
>10 dokter : tidak ada bidan	0.1
>10 dokter : 1 bidan	0.1
Tidak ada dokter : >10 Bidan	0.1
>10 dokter : >10 bidan	0.2
2-10 dokter : >10 bidan	0.3
>10 dokter : 2-10 Bidan	0.5
2-10 dokter: Tidak ada bidan	0.7



## KEBERADAAN DOKTER & BIDAN DI DESA (2008)

# Distribusi Kurang Merata (Disparitas)

Rasio dokter umum terhadap Puskesmas menurut propinsi



# Disparitas status dan pelayanan

- Kesenjangan masih tinggi, bahkan ada kecenderungan makin melebar

Kesenjangan Kota – Desa:

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (dokter dan bidan)

	<b>2000</b>	<b>2004</b>	<b>2007</b>
Kota	81,5	85,8	88,8
Desa	49,8	61,1	60,6
Total	62,8	71,5	72,5
Gap Kota-Desa	<b>31,7</b>	<b>24,7</b>	<b>28,2</b>

- **Kinerja di beberapa propinsi justru menurun dan memperlebar kesenjangan antar wilayah**

Persentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan  
(dokter dan bidan)

Provinsi	2000	2004	2007	% perubahan	
				2000-2004	2004-2007
Jabar	53.6	60.5	62.8	12.9	2.1
NTB	48.2	58.7	69.9	21.8	19.1
<b>NTT</b>	<b>34.2</b>	<b>46.1</b>	<b>42.5</b>	<b>34.8</b>	<b>(7.8)</b>
Kalbar	53.0	56.2	59.2	6.0	5.3
Sulsel	53.2	57.5	62.8	8.1	9.2
Sultra	33.7	43.2	46.4	28.1	7.4
Banten	-	59.7	64.1	-	7.2
<b>Gorontalo</b>	-	<b>59.4</b>	<b>57.6</b>	-	<b>(3.0)</b>
<b>Maluku</b>	-	<b>44.7</b>	<b>41.1</b>	-	<b>(8.1)</b>
<b>Malut</b>	-	<b>37.1</b>	<b>38.0</b>	-	<b>(2.9)</b>

- **Kesenjangan kaya miskin masih terus menjadi isu**

**Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan**

<b>Quintile</b>	<b>2000</b>		<b>2004</b>		<b>2007</b>	
	<b>Dokter</b>	<b>Bidan</b>	<b>Dokter</b>	<b>Bidan</b>	<b>Dokter</b>	<b>Bidan</b>
1 (Termiskin)	3.8	44.1	4.2	52.5	6.2	50.9
2	5.4	53.8	6.5	60.1	9.2	59.2
3	6.6	58.6	8.6	64.7	12.5	61.5
4	10.2	59.7	12.3	64.8	17.6	62.9
5 (Terkaya)	18.0	57.7	21.7	63.0	28.6	57.3

# TANTANGAN

- Bagaimana memperbaiki kualitas perencanaan, produksi dan pendayagunaan yang menjamin terpenuhinya jumlah, jenis, mutu, dan persebaran SDM kesehatan terutama di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan daerah kepulauan yang didukung dengan penguatan regulasi termasuk akreditasi dan sertifikasi.

# Tantangan Operasional

- Proses rekrutment yang cepat
- Pelatihan dan training
- Dukungan *infrastructure* (pelakatan dll)
- Pengukuran kinerja
- Me-manage perpindahan tenaga (entry- exit)
- Memperbaiki Kesejahteraan
- Membangun kepercayaan masyarakat
- Lembaga ketenagaan
- Hubungan dengan lembaga lain (BKD, Perguruan Tinggi, dll)

# Sasaran RPJMN 2010-2014

- Meningkatnya umur harapan hidup dari 70,6 tahun menjadi 72,0 tahun.
- Meningkatnya kualitas kesehatan ibu, bayi dan anak balita, yang ditandai dengan :
  - Menurunnya kematian ibu melahirkan dari 228 menjadi 118 per 100.000 kelahiran hidup;
  - Menurunnya angka kematian bayi dari 34 menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup; dan
  - Menurunnya angka kematian neonatal dari 19,0 menjadi 15 per 1.000 kelahiran hidup.
- Menurunnya prevalensi kurang gizi pada anak balita dari 18,4 persen menjadi 15,0 persen.
- Menurunnya angka kesakitan penyakit menular (DBD, Diare, Malaria, TB, penyakit zoonotik, HIV dan AIDS); dan penyakit tidak menular (penyakit jantung, diabetes mellitus, tumor dan gangguan mental emosional).

**Semua target sangat tergantung pada jumlah, kualitas dan distribusi tenaga kesehatan**

# Arah Kebijakan

**Meningkatkan pengembangan sumber daya manusia kesehatan, melalui :**

- Peningkatan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan;
- Peningkatan perencanaan, pengadaan, dan pendayagunaan serta pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan;
- Penyempurnaan sistem insentif SDM kesehatan di daerah yang tertinggal;
- Penguatan peraturan perundangan dalam aspek standarisasi, akreditasi, sertifikasi kompetensi dan lisensi SDM kesehatan, serta penerapannya dalam praktek kedokteran dan profesi kesehatan lainnya; dan
- Peningkatan kerjasama antara institusi pendidikan tenaga kesehatan dengan penyedia pelayanan kesehatan dan organisasi profesi.

# KERANGKA KEBIJAKAN Pembangunan Kesehatan

Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat

UHH

AKI

AKB

GIZI

Angka Kesakitan

Angka Kematian

KIA

Gizi

Pengendalian Peny. Menular

Yankes bagi Maskin & DTPK

SDM Kesehatan

Jamkesmas

Pemberdayaan Masy.

Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan Kesehatan Medik

Pemberdayaan Masyarakat & Promosi Kes.

SDM/  
Tenakes

Sarana Kesehatan

Biaya

Sediaan farmasi & Alkes

Litbang Kesehatan

Manajemen  
-Hukum  
-Data & Sist.  
Informasi

GOAL

SASARAN

Indikator  
OUTCOME

FOKUS  
PRIORITAS

UPAYA

INPUT

# KERANGKA KEBIJAKAN PEMBANGUNAN SDM KESEHATAN

Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat

Angka  
Kesakitan

Angka  
Kematian

DAMPAK  
↑  
Indikator  
OUTCOME

PENGENDALIAN  
PENYAKIT

KESEHATAN  
LINGKUNGAN

PELAYANAN  
KESEHATAN  
MASYARAKAT

PELAYANAN  
KESEHATAN  
MEDIK

PROGRAM  
↑  
PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN

Jumlah Siswa  
yang Dididik pada  
Lembaga tenakes  
Pemerintah

Jumlah Nakes yang  
Mendapat Sertifikasi

Jumlah Pendayagunaan  
Nakes di DTPK

Jumlah SDM  
Kesehatan yang  
dilatih

Indikator  
OUTPUT  
↑

KEGIATAN  
↑  
Pendidikan Nakes

Pemberdayaan  
Profesi dan Nakes  
LuarNegeri

Perencanaan dan  
Pendayagunaan  
SDM Kesehatan

Pendidikan dan  
Pelatihan SDM  
Kesehatan

PROSES  
↑

SUB  
KEGIATAN  
↑

INPUT  
↑  
PENINGKATAN KUANTITAS, KUALITAS, KAPASITAS  
Pendidikan/Pelatihan Kurikulum Peraturan Sarana Insentif

# **Pendekatan Kewilayahan dalam Pembangunan Kesehatan**

# **PENTINGNYA PENYUSUNAN RPJMN 2010-2014 BERBASIS WILAYAH PULAU**

- Upaya pengurangan kesenjangan antarwilayah secara lebih terarah dan sistematis dengan skenario yang disepakati semua pihak.
- Terjalin kerjasama lintas sektor dan lintas wilayah dalam pengembangan wilayah.
- Sinergi semua pihak dalam upaya percepatan pengembangan wilayah.
- Bertemunya prioritas nasional dan kepentingan daerah.
- Terdapat instrumen untuk Musrenbang Nasional, Provinsi dan Kabupaten.

# Pembangunan Wilayah berdasar IPM

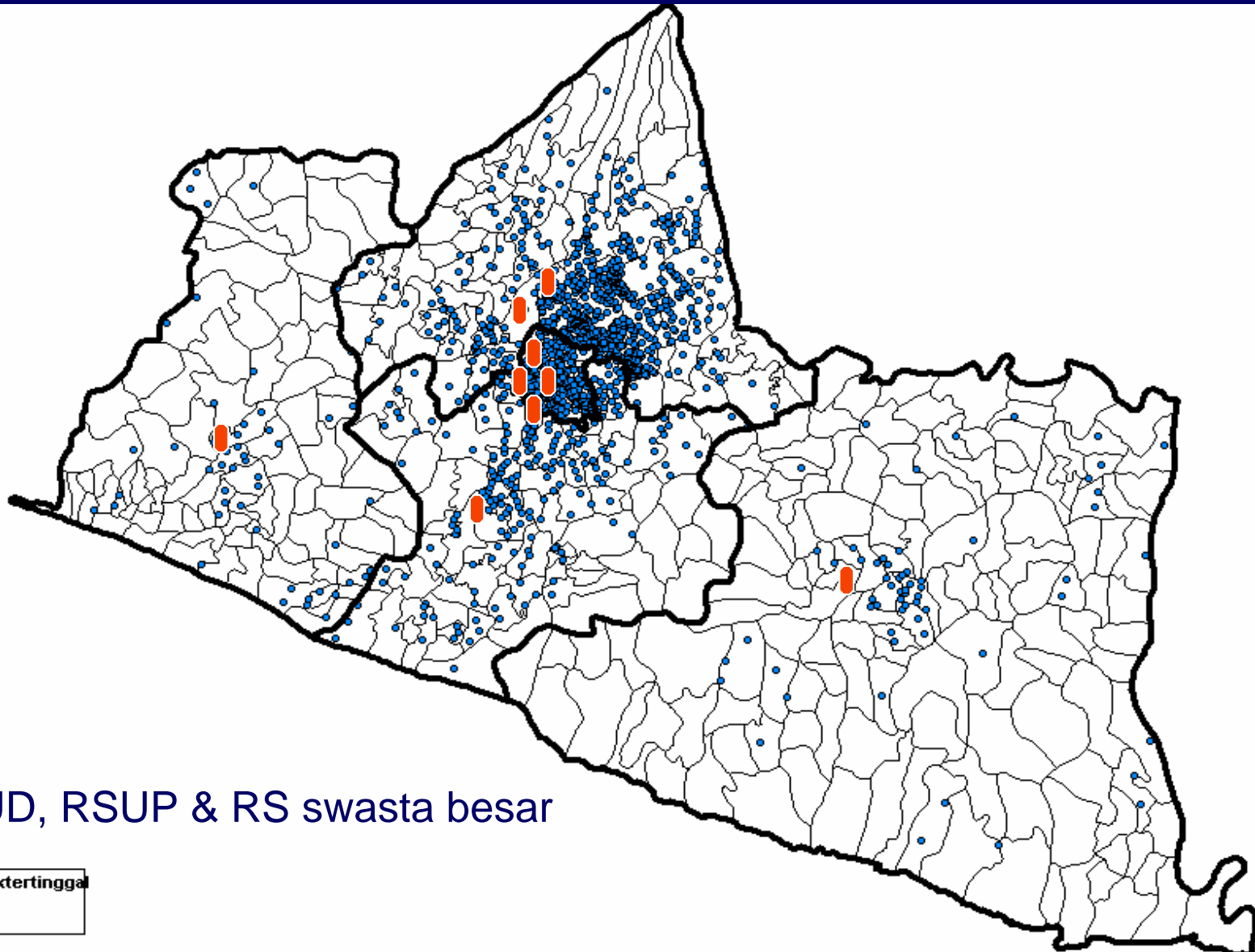
- IPM dapat digunakan sebagai **salah satu** titik tolak pembangunan wilayah karena:
  - Secara politis sudah dikenal
  - *Comparable* (antar wilayah dan internasional)
  - Dapat dihitung sendiri oleh suatu wilayah
- Pembangunan Wilayah seharusnya dalam perspektif membangun SDM yang lebih komprehensif, bukan hanya meningkatkan indeks (IPM)
- Artinya, setiap aspek dalam pembangunan wilayah harus bertujuan meningkatkan SDM dan berkelanjutan

# Pendekatan Spasial dalam Pembangunan Kesehatan Berbasis Kewilayahan

## MANFAAT

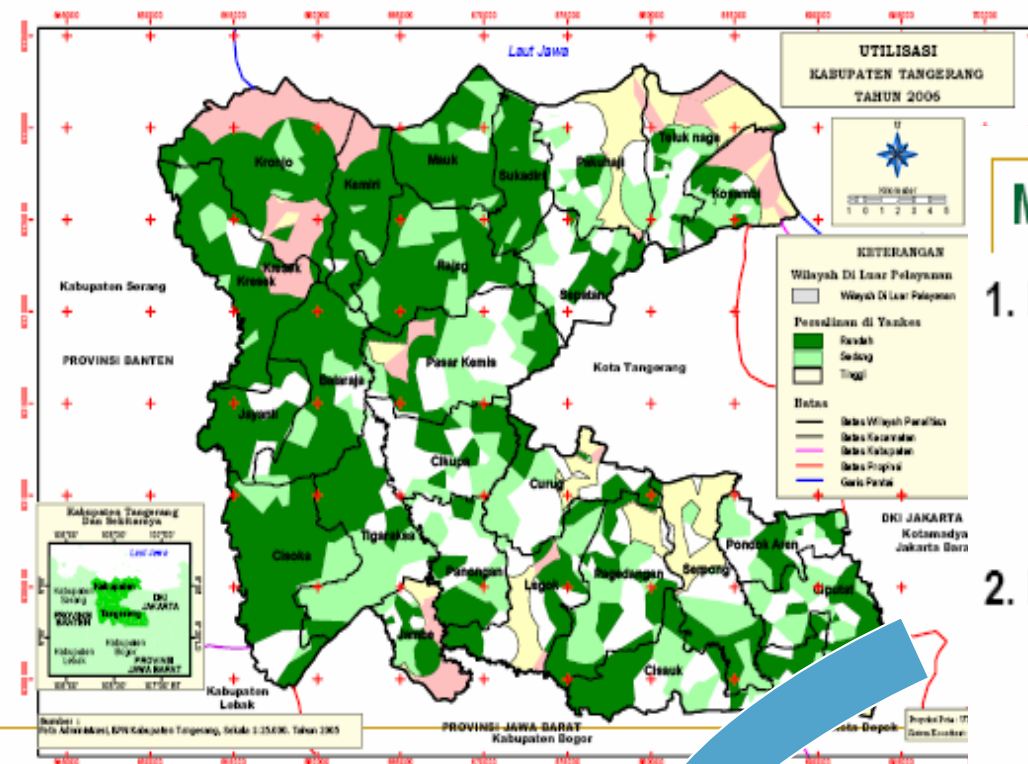
- Perencanaan, manajemen dan jaminan pelayanan agar sesuai kebutuhan
- Perumusan kebutuhan kesehatan masyarakat yang dilayani, dan pola wilayah yang dilayani (*service catchment zones*)
- Surveilans, intervensi kesehatan dan merumuskan strategi pencegahan penyakit.
- Untuk mengidentifikasi ketimpangan dalam pelayanan kesehatan antara wilayah satu dan yang lain
  - Contoh: mengalokasikan bidan desa ke daerah-daerah yang membutuhkan, membantu penempatan fasilitas kesehatan yang baru, dan perluasan yang telah ada

# Analisis Spasial Persebaran dokter di DIY menurut PODES (2005)



# PENETAPAN PRIORITAS MELALUI ANALISIS SPASIAL

## Pemanfaatan Yankes – UTILISASI (ANC4 & Persalinan oleh Tenaga Kesehatan)



## Model spasial menghasilkan 3 wilayah prioritas

### 1. Prioritas Pertama

Wilayah Aksesibilitas rendah dan di luar jangkauan pelayanan, perlu penambahan sumberdaya (fasilitas)

→ Kecamatan Teluk Naga, Pakuhaji, Kresek, Kemiri, Kronjo, Pamulang Panongan, Kosambi penempatan atau

### 2. Prioritas Kedua

Wilayah yang berada di dalam jangkauan pelayanan, dan akses yang rendah, perlu penguatan program Kesehatan Maternal

→ Kecamatan Kresek, Kemiri, Pakuhaji, Teluk Naga, Cisauk, Mauk, Rajeg, Sukadiri

### 3. Prioritas Ketiga

Di dalam jangkauan pelayanan, dan proporsi *Drop out* yang tinggi. Ditujukan untuk peningkatan promosi kesehatan maternal (KIA)

→ Kecamatan Kronjo, Kemiri, Kresek

# Matriks Buku III

WILAYAH :					
ISU STRATEGIS WILAYAH: <b>1</b>					
FAKTA	ISU STRATEGIS PROVINSI/ANTAR PROVINSI	TUJUAN	SASARAN	INDIKATO R	ARAH KEBIJAKAN
<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

PROVINSI :					
ARAH KEBIJAKAN : <b>7</b>					
BIDANG	FOKUS PRIORITAS	SASARAN FOKUS PRIORITAS	PROGRAM	INSTANSI PELAKSANA	ALOKASI DANA
<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>

PROVINSI					
ARAH KEBIJAKAN					
BIDANG	FOKUS PRIORITAS	SASARAN FOKUS PRIORITAS	PROGRAM	INSTANSI PELAKSANA	ALOKASI DANA
<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>

Matriks Isu  
Strategis

Matriks Dukungan  
Bidang Per Provinsi

Poin 1-10 : Diisi (dilengkapi) oleh REGIONAL dengan meminta konfirmasi pengurangan/ penambahan/penajaman) fakta, isu strategis dan arah kebijakan dari narasumber DAERAH dan SEKTORAL  
 Poin 8-10 : Indikasi Bidang, Fokus Prioritas dan Sasaran Fokus Prioritas diisi oleh REGIONAL kemudian disinkronisasikan dengan Bidang, Fokus Prioritas dan sasaran prioritas TIAP SEKTORAL di TIAP WILAYAH.  
 Poin 11-12 : Disi oleh SEKTORAL sesuai dengan Program dan Alokasi Dana di TIAP WILAYAH.

CONTOH

# PENGEMBANGAN WILAYAH PAPUA

# ISU STRATEGIS PULAU PAPUA

## Isu Strategis Bidang SDA dan LH:

- Menurunnya kualitas dan kuantitas sumberdaya hutan
- Tingginya eksploitasi sumberdaya tambang (Papua-Mimika) sebagai sumber utama pendapatan daerah
- Tingginya tingkat abrasi pantai dan kasus illegal fishing

## Isu Strategis Bid. Tata Ruang dan Pertanahan:

- Masih tingginya kasus konflik pertanahan yang menyangkut hak ulayat dan peraturan adat
- Arah pemanfaatan struktur ruang Pulau Papua belum mengakomodir perbedaan kondisi wilayah pesisir dan pegunungan

## Isu Strategis Bidang Ekonomi:

- Rendahnya optimalisasi penggunaan dana otonomi khusus untuk peningkatan pelayanan dasar dan peningkatan kesejahteraan rakyat
- Ketimpangan ekonomi antara kedua provinsi dan antara wilayah pesisir dan pedalaman

## Isu Strategis Bid.SosBud Kependudukan:

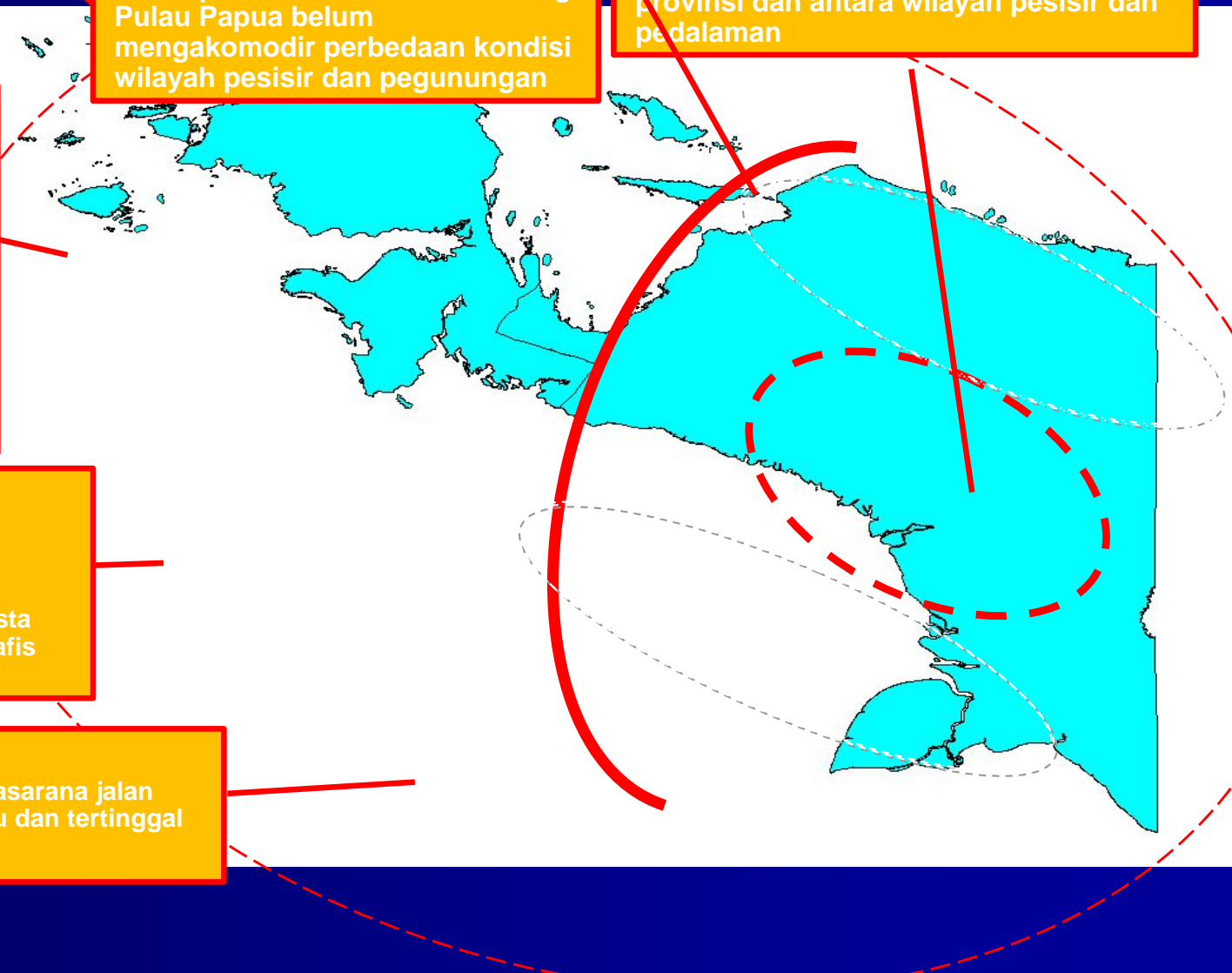
- Masih rendahnya kualitas pendidikan
- Rendahnya derajat kesehatan masyarakat ditandai rendahnya tingkat harapan hidup, tingginya angka kematian bayi, balita dan ibu.
- Rentannya masyarakat akan penyakit menular terutama yang berhubungan dengan sanitasi
- **Terbatasnya sumber daya manusia kesehatan dan sarana yankes**

## Isu Strategis Bid PolHukHanKam:

- Tingginya potensi gangguan keamanan dan stabilitas politik yang dapat menghalangi pelaksanaan pembangunan
- Kemampuan personel, prasarana dan alustista dalam menjaga wilayah yang luas dan geografis sulit masih sangat terbatas

## IsuStrategis Bidang Infrastruktur:

- Perlunya percepatan pembangunan prasarana jalan sebagai penghubung antar wilayah maju dan tertinggal dan daerah perbatasan





# BAHAN DISKUSI

- Pengembangan SDM kesehatan berbasis kewilayahan dalam mencapai sasaran Pembangunan Kesehatan
  - Matrik Rencana Tindak Pembanguan SDM Kesehatan Yang berbasis Kewilayahan
- Sebagaimana dalam 2 slide berikut

# FORMAT PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN BERBASIS KEWILAYAHAN

## SASARAN

AKI    AKB    GIZI    PENYAKIT

JAWA-BALI →

SUMATERA →

KALIMANTAN →

SULAWESI →

NUSA TENGGARA →

MALUKU →

PAPUA →

**JUMLAH**

-Sarana Yankes  
-Jumlah Penduduk  
- Lokasi Geografis

**JENIS**

-Kebutuhan Spesifik Lokal  
-Isu Kesehatan Lokal

**KUALITAS**

-Standar Kompetensi

**PERSEBARAN**

-Kemampuan dan Kebijakan Daerah  
-Dukungan Fasilitas dan Sarana  
-Insentif

## STRATEGI

1. Mapping existing Kondisi Ketenagaan
2. Gambaran Kesenjangan antara Kebutuhan dan Ketersediaan
3. *Filling the Gap*, melalui Perencanaan, Pengadaan, Pendayagunaan, Pembinaan
4. Peningkatan Standar Kompetensi

## FOKUS

- Daerah Tertinggal
- Daerah Perbatasan
- Daerah Kepulauan

# Kekurangan SDM Kesehatan

## *Kesenjangan SDM Kes di 32 Kab/Kota\**

<b>Jenis Tenaga</b>	<b>Kebutuhan</b>	<b>Ketersediaan</b>	<b>Kesenjangan (%)</b>
Dokter	987	593	39,9
Dokter Spesialis	64	30	53,1
Dokter Gigi	497	294	40,8
Bidan	4565	2951	35,4
Perawat	4492	3295	26,6
Apoteker	89	47	47,2
Asistem Apoteker	606	319	47,4
Ahli Gizi	652	404	38,0
Sarjana Kes. Masy	415	312	24,8
Sanitarian	737	530	28,1
Terapi Fisik	108	72	33,2
Teknis Medis	203	68	66,5
Penyuluh Kes. Masy.	182	82	54,9
Epidemiolog	21	0	100,0
Laboran	109	79	27,5
Total	13.793	9.216	33,2

Sumber: Bappenas 2005

# Matrik Rencana Tindak RPJMN 2010-2014 Kesehatan Terkait SDM Kesehatan

Program / Kegiatan	Indikator
<b>Program Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan</b>	
Pendidikan Tenaga Kesehatan (B)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah tenaga pendidik dan kependidikan yang ditingkatkan kemampuannya (N)</li> <li>2. Jumlah jenis lembaga pendidikan tenaga kesehatan yang dikembangkan (B)</li> </ol>
Pemberdayaan Profesi dan Tenaga Kesehatan Luar Negeri (B)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) (N)</li> <li>2. Jumlah dokter peserta <i>internship</i> (B)</li> <li>3. Persentase profesi tenaga kesehatan yang memiliki standar kompetensi (B)</li> </ol>
Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan (B)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah tenaga kesehatan yang didayagunakan di DTPK (N)</li> <li>2. Jumlah residen senior dan tenaga kesehatan yang diberikan insentif melalui pendayagunaan di DTPK (N)</li> <li>3. Jumlah residen senior yang didayagunakan di DTPK (N)</li> <li>4. Jumlah lulusan lembaga pendidikan tenaga kesehatan yang didayagunakan (B)</li> <li>5. Jumlah standar tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan (B)</li> <li>6. Jumlah SDM Kesehatan di fasilitas kesehatan yang telah ditingkatkan kemampuannya melalui pendidikan berkelanjutan (B)</li> </ol>
Pendidikan dan Pelatihan SDM Kesehatan (B)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah SDM Kesehatan yang telah bersertifikat pelatihan perjenjangan, manajemen kesehatan, teknis dan fungsional (N)</li> <li>2. Jumlah pelatihan yang terakreditasi yang diselenggarakan oleh lembaga pelatihan kesehatan</li> <li>3. Jumlah lembaga pelatihan kesehatan terakreditasi</li> </ol>
Pelaksanaan Pendidikan Profesional Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah lulusan tenaga kesehatan pada lembaga pendidikan tenaga kesehatan pemerintah (N)</li> <li>2. Jumlah riset yang dilaksanakan oleh tenaga pendidik (B)</li> </ol>
Dukungan Manajemen	Peningkatan jumlah, jenis, kualitas, sarana dan prasarana pada seluruh satker di lingkungan



**TERIMA KASIH**