

**LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 027 TAHUN 2012
TENTANG
PENANGGULANGAN DAERAH
BERMASALAH KESEHATAN**

PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita Bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia Tahun 1945. Sesuai dengan ketentuan pasal 4 dan pasal 5 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menetapkan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan, mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau serta secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.

Kementerian Kesehatan mempunyai tugas menyelenggarakan urusan di bidang kesehatan dalam pemerintahan untuk membantu Presiden dalam menyelenggarakan pemerintahan negara.

Dalam melaksanakan tugasnya itu Kementerian Kesehatan menyelenggarakan fungsi, antara lain perumusan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan, pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi atas pelaksanaan urusan Kementerian Kesehatan di daerah, serta pelaksanaan kegiatan teknis yang berskala nasional.

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya itu Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai upaya kesehatan melalui seluruh jajarannya bekerja sama dengan Pemerintahan Daerah dan dengan mendorong peran serta aktif masyarakat, termasuk organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, dan dunia usaha.

Dalam berbagai dokumen perencanaan, antara lain yaitu Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2025, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014, Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014, terutama dalam analisa situasi maupun kondisi umum yang menggambarkan kondisi saat ini di bidang kesehatan, telah diuraikan keberhasilan di bidang pembangunan kesehatan yang telah dicapai. Dalam analisis dokumen tersebut dikemukakan adanya kesenjangan capaian indikator-indikator pembangunan kesehatan antar daerah. Kesenjangan tersebut dibuktikan melalui suatu Riset Kesehatan Dasar yang diselenggarakan pada tahun 2007. Riset berbasis komunitas ini dengan kajiannya telah menetapkan 24 indikator yang

disajikan menjadi suatu indeks yang pertama kali dapat menggambarkan derajat kesehatan masyarakat setiap kabupaten/kota di Indonesia. Indeks dimaksud adalah Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yang erat hubungannya untuk menilai umur harapan hidup.

IPKM memberikan informasi bahwa kesenjangan terjadi bukan saja antara Wilayah Indonesia Bagian Barat dengan Wilayah Indonesia Bagian Timur, antara daerah di Jawa dengan daerah di Luar Jawa, antara daerah non-miskin dengan daerah miskin, daerah yang memiliki tenaga kesehatan yang cukup dengan daerah yang memiliki tenaga kesehatan terbatas. Kesenjangan juga terjadi di daerah sesama Jawa, sesama Wilayah Indonesia Bagian Timur atau Barat, sesama daerah non miskin, sesama daerah miskin, sesama daerah yang memiliki tenaga kesehatan relatif baik, bahkan dengan kabupaten/kota yang berdekatan.

Kondisi demikian menegaskan bahwa terdapat faktor-faktor tertentu yang berpengaruh besar terhadap tinggi rendahnya derajat kesehatan di luar faktor-faktor ketenagaan, biaya, teknologi, geografi, dan sarana prasarana yang selama ini memperoleh perhatian yang lebih besar dari berbagai pihak.

Tidak semua daerah yang memiliki IPKM rendah, secara ekonomi juga miskin. Di antara daerah dengan IPKM yang rendah terdapat daerah yang secara ekonomi non-miskin. Diperlukan upaya khusus atas daerah yang miskin dengan IPKM yang rendah dan sangat rendah serta daerah non miskin dengan IPKM yang sangat rendah.

Berdasarkan IPKM, Pendataan Status Ekonomi – Badan Pusat Statistik (PSE-BPS) Kementerian Kesehatan telah menetapkan 130 DBK. Jumlah DBK tidak menutup kemungkinan mengalami penambahan atau pengurangan sebagai akibat kebijakan pemerintah terkait dengan perubahan jumlah kabupaten/kota. DBK ini mendapatkan perhatian yang lebih dibandingkan daerah non-DBK, melalui Penanggulangan DBK (PDBK) sehingga nuansa *berkeadilan* dari Visi “Masyarakat Sehat Yang Mandiri dan Berkeadilan dari Kementerian Kesehatan” dapat diwujudkan.

PDBK telah menjadi salah satu upaya reformatif dan akseleratif dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014, di samping upaya reformatif dan akseleratif lainnya. PDBK diselenggarakan berfokus pada pendekatan non material untuk mengimbangi pendekatan material dalam pembangunan kesehatan. Hal ini dikarenakan daerah telah banyak menerima anggaran pembangunan kesehatan atau kesejahteraan rakyat antara lain berupa Bantuan Operasional Puskesmas (BOK), Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), dan Jaminan Persalinan (Jampersal), disamping Dana Dekonsentrasi, Dana Tugas Pembantuan, PNPM-Mandiri atau dukungan lain berupa tenaga maupun sarana dan prasarana, namun belum menunjukkan dampak yang signifikan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di DBK.

Pendekatan non-material tersebut diimplementasikan melalui pendampingan pada daerah untuk menggerakkan/menstimulasi/mendorong dan bukan menggantikan fungsi daerah, dilakukan terfokus, terintegrasi, berbasis bukti dalam jangka waktu tertentu

sampai daerah mampu mandiri menyelenggarakan urusan kesehatan seluas-luasnya.

PDBK diharapkan melengkapi upaya Kementerian Kesehatan yang selama ini telah memberikan dukungan bagi daerah dalam mengelola urusan pemerintahan di bidang kesehatan yang menjadi kewenangan daerah.

B. SASARAN

- 1. 130 Kabupaten/Kota Daerah Bermasalah Kesehatan dan pemekaran maupun penggabungan kembali.
- 2. Pelaku PDBK.

C. LOKASI DBK

No	Provinsi	Kabupaten/Kota Binaan dan Bimbingan	
1	NAD (15 Kab/Kota)	1	Simeulue
		2	Aceh Singkil
		3	Aceh Timur
		4	Pidie
		5	Bener Meriah
		6	Aceh Selatan
		7	Pidie Jaya
		8	Aceh Barat
		9	Aceh Utara
		10	Gayo Lues
		11	Nagan Raya
		12	Aceh Jaya
		13	Kota Langsa
		14	Kota Lhokseumawe
		15	Subulussalam (Aceh Singkil)
2	Sumut (13 Kab/Kota)	1	Tapanuli Tengah
		2	Pakpak Bharat
		3	Samosir
		4	Kota Tebing Tinggi
		5	Kota Padang Sidempuan
		6	Nias
		7	Nias Selatan
		8	Kota Sibolga
		9	Kota Tanjung Balai
		10	Mandailing Natal

No	Provinsi	Kabupaten/Kota Binaan dan Bimbingan	
		11	Nias Utara (Nias)
		12	Nias Barat (Nias)
		13	Gunung Sitoli (Nias)
3	Sumbar (3 Kab/Kota)	1	Kepulauan Mentawai
		2	Solok Selatan
		3	Kota Pariaman
4	Riau (2 Kab/Kota)	1	Indragiri Hilir
		2	Kota Dumai
5	Jambi (1 Kab/Kota)	1	Sarolangun
6	Sumsel (5 Kab/Kota)	1	Ogan Komering Ilir
		2	Musi Rawas
		3	Musi Banyu Asin
		4	Ogan Ilir
		5	Kota Pagar Alam
7	Bengkulu (5 Kab/Kota)	1	Bengkulu Selatan
		2	Bengkulu Utara
		3	Kaur
		4	Seluma
		5	Bengkulu Tengah (Bengkulu Utara)
8	Lampung (2 Kab/Kota)	1	Lampung Utara
		2	Kota Bandar Lampung
9	Kepri (1 Kab/Kota)	1	Lingga
10	Jabar (2 Kab/Kota)	1	Kota Tasikmalaya
		2	Cianjur
11	Jateng (3 Kab/Kota)	1	Grobogan
		2	Brebes
		3	Kota Tegal
12	Jatim (6 Kab/Kota)	1	Probolinggo
		2	Bangkalan
		3	Pamekasan
		4	Sumenep
		5	Sampang
		6	Kota Probolinggo
13	Banten	1	Pandeglang

No	Provinsi	Kabupaten/Kota Binaan dan Bimbingan	
	(2 Kab/Kota)	2	Kota Cilegon
14	NTB (7 Kab/Kota)	1	Lombok Barat
		2	Lombok Tengah
		3	Sumbawa
		4	Dompu
		5	Bima
		6	Kota Bima
		7	Lombok Utara (Lombok Barat)
15	NTT (15 Kab/Kota)	1	Kupang
		2	Timor Tengah Utara
		3	Belu
		4	Lembata
		5	Timor Tengah Selatan
		6	Alor
		7	Manggarai
		8	Rote Ndao
		9	Manggarai Barat
		10	Sumba Barat
		11	Sumba Timur
		12	Sumba Barat Daya (Sumba Barat)
		13	Sumba Tengah (Sumba Barat)
		14	Sabu Raijua (Rote Ndao)
		15	Manggarai Timur (Manggarai)
16	Kalbar (2 Kab/Kota)	1	Landak
		2	Sekadau
17	Kalteng (2 Kab/Kota)	1	Gunung Mas
		2	Murung Raya
18	Kaltim (2 Kab/Kota)	1	Bulungan
		2	Tana Tidung (Bulungan)
19	Sulteng (8 Kab/Kota)	1	Banggai Kepulauan
		2	Toli-toli
		3	Buol
		4	Kota Palu
		5	Tojo Una-Una
		6	Donggala
		7	Parigi Moutong

No	Provinsi	Kabupaten/Kota Binaan dan Bimbingan	
		8	Sigi (Donggala)
20	Sulsel (2 Kab/Kota)	1	Luwu
		2	Jeneponto
21	Sultra (10 Kab/Kota)	1	Buton
		2	Muna
		3	Konawe
		4	Kolaka
		5	Wakatobi
		6	Kolaka Utara
		7	Kota Bau-bau
		8	Kota Kendari
		9	Buton Utara (Muna)
		10	Konawe Utara (Konawe)
22	Gorontalo (6Kab/Kota)	1	Gorontalo
		2	Bone Bolango
		3	Boalemo
		4	Pohuwato
		5	Kota Gorontalo
		6	Gorontalo Utara (Gorontalo)
23	Sulbar (4 Kab/Kota)	1	Polewali Mandar
		2	Mamasa
		3	Mamuju
		4	Mamuju Utara
24	Maluku (7 Kab/Kota)	1	Maluku Tenggara Barat
		2	Seram Bagian Barat
		3	Buru
		4	Kepulauan Aru
		5	Seram Bagian Timur
		6	Maluku Barat Daya (MTB)
		7	Buru Selatan (Buru)
25	Malut (2 Kab/Kota)	1	Halmahera Tengah
		2	Halmahera Timur
26	Papua Barat (7 Kab/Kota)	1	Teluk Bintuni
		2	Sorong Selatan
		3	Raja Ampat
		4	Kaimana

No	Provinsi	Kabupaten/Kota Binaan dan Bimbingan	
		5	Teluk Wondama
		6	Kota Sorong
		7	Maybrat (Sorong Selatan)
27	Papua (22 Kab/Kota	1	Nabire
		2	Yapen Waropen
		3	Jayawijaya
		4	Paniai
		5	Puncak Jaya
		6	Boven Digoel
		7	Kota Jayapura
		8	Dogiyai (Nabire)
		9	Nduga (Jayawijaya)
		10	Lanny Jaya (Jayawijaya)
		11	Memberamo Tengah (Jayawijaya)
		12	Yalimo (Jayawijaya)
		13	Intan Jaya (Paniai)
		14	Deiyai (Paniai)
		15	Puncak (Puncak Jaya)
		16	Mappi
		17	Asmat
		18	Yahukimo
		19	Pegunungan Bintang
		20	Tolikara
		21	Waropen
		22	Waropen

BAB II
PENGELOLAAN

Pengelolaan PDBK dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut:

- 1. Persiapan, terdiri dari tahapan sebagai berikut :
 - a. Pembentukan Tim PDBK:

- 1) Tim PDBK Kementerian Kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan
- 2) Tim PDBK Unit Eselon I ditetapkan oleh Direktur Jenderal/Sekretaris Jenderal/Kepala Badan
- 3) Tim PDBK Provinsi ditetapkan oleh Gubernur
- 4) Tim PDBK Kabupaten/Kota ditetapkan oleh Bupati
- b. Penyusunan rencana kerja PDBK:
 - 1) Penyediaan anggaran dicantumkan pada Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Satuan Kerja Kementerian Kesehatan dan Daftar Pelaksanaan Anggaran (DPA) Satuan Kerja Perangkat Daerah secara khusus untuk Kegiatan Pokok PDBK, maupun dalam pelaksanaan kegiatan tugas pokok dan fungsi (tupoksi), meliputi: pertemuan, pelatihan, supervisi/bimtek, intervensi program dan monev yang difokuskan untuk kabupaten/kota DBK
 - 2) Penyusunan rencana kerja dengan dukungan dana dari berbagai sumber harus dilaksanakan secara integratif.
- c. Peningkatan kapasitas Tim PDBK melalui:
 - 1) *Master of Trainer* (MOT),
 - 2) *Training of Trainer* (TOT), dan
 - 3) pelatihan lain sesuai kebutuhan.
- d. Membangun komunikasi dengan pelaku PDBK. Komunikasi dimulai sejak dan selama tahap perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi.
2. Pelaksanaan meliputi:
 - a. Pendampingan

Tim PDBK Kementerian Kesehatan, Unit Eselon I, Provinsi dan Kabupaten/Kota melaksanakan pendampingan sesuai tugas yang telah ditetapkan;
 - b. Riset operasional
 - 1) dimulai sejak dan selama pendampingan serta setelah intervensi program
 - 2) dilakukan oleh pengamat;

Pengamat adalah peneliti yang ditetapkan oleh Kemenkes yang bertugas untuk mengamati proses PDBK.
 - c. Intervensi program
 - 1) dilakukan sesuai dengan kebutuhan program, berdasarkan hasil yang diperoleh dari proses pendampingan.
 - 2) dilaksanakan dengan menjunjung nilai-nilai perbaikan dan kebaruan dalam program/kegiatan pembangunan kesehatan di DBK.
3. Dokumentasi

Dilakukan terhadap seluruh proses pendampingan, riset operasional, dan intervensi program berupa dokumen tertulis, audio, maupun gambar.
4. Manajemen data

Dilakukan untuk kebutuhan riset operasional melalui pengumpulan data, pengolahan data dan analisis hasil dari riset operasional;

5. Diseminasi hasil riset operasional melalui:
 - a. diseminasi tentang model PDBK;
 - b. berbagai media;
6. Utilisasi model PDBK
 - a. menerapkan model PDBK pada DBK lain atau Kabupaten/Kota lain. Model PDBK adalah metode dan teknik PDBK sebagai hasil pelaksanaan kegiatan pokok PDBK.
 - b. dilakukan melalui tahap formulasi, simulasi, dan finalisasi.
 - c. dilakukan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah.
7. Penulisan laporan
 - a. Meliputi pelaporan proses pendampingan, riset operasional, diseminasi, utilisasi dan intervensi program.
 - b. Dilakukan oleh Tim PDBK Kementerian Kesehatan, Unit Eselon I, dan daerah.

BAB III PENDAMPINGAN

Pendampingan merupakan inti dari PDBK. Pendampingan PDBK merupakan aktivitas yang dominan memanfaatkan pendekatan non-material untuk menggerakkan/menstimulasi/ mendorong, dan bukan menggantikan fungsi daerah, namun harus tetap dapat berperan aktif bersama daerah, dan melakukan mentoring (pembimbingan), nurturing (pembinaan) dan katalisator serta penghubung dalam PDBK.

Pendampingan diharapkan dapat meningkatkan kemampuan di DBK untuk mengidentifikasi, mengurai dan mengatasi permasalahan-permasalahan dengan mengembangkan kreativitas, inovasi atau terobosan yang dapat memberdayakan dan menggerakkan ujung tombak pelayanan kesehatan, antara lain bidan, kader, dasawisma, poskesdes, polindes, posyandu, dan unsur lain yang memberikan kontribusi dan daya ungkit tinggi bagi peningkatan IPKM;

Tujuan pendampingan adalah untuk:

1. Sosialisasi mengenai DBK dan PDBK
2. Membangun kapasitas daerah untuk :
 - a. meningkatkan komunikasi antara pusat dan daerah, dan pihak terkait

di daerah.

- b. mengidentifikasi masalah.
- c. melaksanakan perencanaan terpadu.
- d. melaksanakan advokasi dan negosiasi.
- e. melaksanakan monitoring dan evaluasi.

Pendamping PDBK adalah Tim PDBK yang menduduki jabatan struktural atau fungsional yang ditetapkan oleh pejabat yang berwenang.

Peran pendamping:

- a. Motivator dan katalisator, dalam menggerakkan dan menstimulasi pelaku PDBK lainnya
- b. Mentor, dalam membimbing dan membina pelaku PDBK lainnya
- c. *Liason officer*, dalam membantu dan menjembatani komunikasi antara daerah dan pusat.

Tugas pendamping dalam PDBK yaitu mendampingi daerah kabupaten/kota, melalui peran yang diemban dalam hal:

1. kemampuan analisis mulai dari analisis situasi dan kecenderungan kesehatan masyarakat.
2. kemampuan perencanaan program dan kegiatan secara terpadu dengan menggunakan pendekatan yang sesuai untuk melahirkan program kesehatan terpadu di tingkat kabupaten, maupun *best practices* lainnya.
3. kemampuan advokasi sampai melahirkan konsensus dan komitmen dari berbagai pihak terkait, komitmen tentang pelaksanaan intervensi khusus daerah yang dapat berupa pembuatan kebijakan terobosan baru, pengelolaan tambahan sumber daya, perubahan mekanisme kerja ataupun kesepakatan tentang perubahan manajemen umum pada fasilitas kesehatan.
4. kemampuan diseminasi tentang seluruh komitmen dan rencana PDBK di kabupaten/kota yang bersangkutan, baik lintas pemangku kepentingan di kabupaten/kota maupun pusat
5. kemampuan monitoring pelaksanaan intervensi program yang telah disepakati dengan menggunakan instrumen monitoring yang disusun dan disepakati.
6. kemampuan memberi umpan balik atas hasil monitoring dan evaluasi program dan kegiatan yang diterima, antara lain berupa *replanning*, rasionalisasi kegiatan dan perbaikan intervensi.

Pendamping harus memiliki informasi yang lengkap tentang DBK yang didampinginya, antara lain:

- a. rencana pendampingan yang sudah dikomunikasikan dengan DBK
- b. dokumen-dokumen perencanaan yang menjadi acuan DBK,
- c. indikator-indikator yang harus dicapai menurut dokumen perencanaan tersebut,
- d. pencapaian-pencapaian hingga saat ini, antara lain profil kesehatan kabupaten/kota, IPKM, SPM, IPM,
- e. kekuatan maupun kelemahan DBK,
- f. faktor politik, ekonomi, sosial, budaya spesifik daerah yang dominan mempengaruhi kelancaran pendampingan maupun pelaksanaan program,
- g. rencana kegiatan Kementerian Kesehatan di DBK.

Dalam pelaksanaan pendampingan dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Sosialisasi DBK dan PDBK, melalui berbagai forum termasuk kalakarya
2. Identifikasi masalah
3. Perumusan hasil identifikasi masalah
4. Perencanaan terpadu (*integrated planning*)
5. Pembiayaan
6. Advokasi, negosiasi dan komitmen
7. Sosialisasi dan pelaksanaan intervensi program

BAB IV

RISET OPERASIONAL DAN INTERVENSI PROGRAM

A. Riset Operasional

Riset Operasional PDBK merupakan suatu penelitian dengan metode ilmiah dan etik yang diterapkan pada masalah-masalah tentang apa, kenapa, dan bagaimana memperlakukan dan mengoordinasikan operasi-operasi atau kegiatan-kegiatan dalam PDBK yang dimulai dengan dilakukannya pendampingan dan pengamatan PDBK, dilanjutkan dengan membuat model pendampingan dan solusi di DBK, yang menyatakan esensi dari kondisi pada saat dan setelah pendampingan dan intervensi program.

Riset Operasional dilaksanakan pada seluruh DBK secara bertahap, dan dikelola berdasarkan kaidah ilmiah dan etik yang berlaku di Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Riset Operasional meliputi:

- a. pengamatan, pencatatan, wawancara, wawancara mendalam, diskusi kelompok terhadap seluruh proses PDBK.
- b. manajemen data, untuk menghasilkan analisis dan simpulan yang signifikan.
- c. rekomendasi untuk PDBK dan DBK.

Pengamatan PDBK yaitu mendokumentasikan proses yang terjadi dalam, selama, dan/atau setelah pendampingan, yang menjadi salah satu kegiatan dalam riset operasional PDBK.

Riset Operasional di masing-masing DBK dilakukan oleh satu Tim Peneliti. Setiap Tim Peneliti mendapat orientasi DBK dan PDBK, bimbingan dan pembinaan mengenai metodologi Riset Operasional.

B. Intervensi Program

Intervensi program dilakukan pada semua program/kegiatan dalam rangka pembangunan kesehatan yang dilakukan untuk menanggulangi masalah kesehatan di DBK sebagai tindak lanjut pendampingan.

Intervensi program dapat dilakukan sepanjang memenuhi kriteria sebagai berikut:

- 1) Berdasarkan kebutuhan DBK
- 2) Dikomunikasikan melalui proses diseminasi dan utilisasi

- 3) Bersifat *crash* atau akselerasi atau perbaikan atau kebaruan

BAB V MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring dilakukan secara periodik dalam satu tahapan dari masing-masing kegiatan pokok PDBK, dengan tujuan untuk mengidentifikasi kendala pelaksanaan dan menyediakan pilihan solusi.

Evaluasi dilakukan pada masing-masing kegiatan pokok PDBK secara menyeluruh, dengan tujuan untuk :

- a. menilai keberhasilan pencapaian tujuan pendampingan,
- b. menilai keberhasilan pencapaian tujuan Riset Operasional,
- c. menilai keberhasilan pencapaian tujuan intervensi program,
- d. menghasilkan model pendampingan dan solusi permasalahan sesuai dengan karakteristik DBK sebagai bahan formulasi intervensi program.

BAB VI PENUTUP

Pedoman ini merupakan acuan untuk implementasi pendampingan, Riset Operasional dan intervensi program agar dapat dilaksanakan dengan baik melalui pendekatan keseimbangan antara material dan non-material.

Pedoman ini juga ditujukan kepada segenap pelaku PDBK yang terlibat aktif dalam proses PDBK sehingga terdapat panduan yang memadai, terjalinnya komunikasi serta dapat dikembangkan lingkungan yang kondusif dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

MENTERI KESEHATAN,

NAFSIAH MBOI