

Pemerintah Daerah  
Kabupaten Sumba Barat



# NASKAH AKADEMIK

RANCANGAN PERATURAN DAERAH  
KABUPATEN SUMBA BARAT TENTANG  
SISTEM KESEHATAN DAERAH

2024



BEKERJASAMA DENGAN:  
KEMENTERIAN HUKUM  
NUSA TENGGARA TIMUR



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas pekenanaanNya sehingga Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah dapat terselesaikan dengan baik. Peraturan Daerah ini dibentuk berdasarkan kewenangan Pemerintah Daerah Kabupaten dibidang kesehatan yang didalamnya mengatur berbagai sub sistem kesehatan yang bertujuan untuk membawa dampak sebesar besarnya kesehatan bagi masyarakat.

Pembentukan Rancangan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten Sumba Barat dilakukan melalui beberapa langkah sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang- Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang- Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan peraturan Perundang- Undangan. Langkah awal dalam pembentukan Rancangan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah yakni Pemerintah Daerah memulai dengan penyusunan naskah akademik. Ini tahapan yang paling penting untuk dilakukan sehingga Peraturan Daerah yang terbentuk nantinya sesuai dan sejalan dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Naskah Akademik Ranperda tentang Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten Sumba Barat ini disusun dengan menggunakan metode yuridis normatif dengan dukungan data empiris sehingga dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Naskah Akademik ini dapat diselesaikan atas kerjasama dari Kantor Wilayah Kementerian Hukum dan HAM NTT dengan Pemerintah Daerah Kabupaten Sumba Barat serta berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu sehingga kami perlu menyampaikan ucapan terima kasih.

Tim menyadari bahwa Naskah Akademik ini masih jauh dari sempurna sehingga kami menerima segala kontribusi pemikiran yang bersifat membangun dalam rangka penyempurnaannya. Akhir kata besar harapan tim penyusun, Naskah Akademik ini akan menjadi dasar kajian dalam pembentukan Rancangan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten Sumba Barat.

Tim Penyusun

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	2
DAFTAR ISI.....	3
DAFTAR TABEL.....	5
DAFTAR GAMBAR.....	6
BAB I PENDAHULUAN.....	7
A. Latar Belakang.....	7
B. Identifikasi Masalah.....	13
C. Tujuan Dan Kegunaan Kegiatan Penyusunan Naskah Akademik.....	14
D. Metode.....	14
BAB II KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTIK EMPIRIK.....	17
A. Kajian Teoritis.....	17
1. Teori Sistem Kesehatan.....	17
2. Teori Hukum Responsif.....	19
3. Teori Pembangunan Kesehatan Masyarakat.....	23
B. Kajian Terhadap Asas/Prinsip Terkait Penyusunan Norma.....	25
C. Kajian Terhadap Praktik Penyelenggaraan, Kondisi Yang Ada Serta Permasalahan Yang Dihadapi Dalam Upaya Penyelenggaraan Sistem Kesehatan Daerah Di Kabupaten Sumba Barat.....	31
1. Gambaran Umum Kabupaten Sumba Barat.....	31
2. Praktek Penyelenggaran dan Kondisi yang ada terkait dengan Sistem Kesehatan Daerah.....	50
3. Permasalahan terkait Sistem Kesehatan Daerah yang dihadapi di Kabupaten Sumba Barat.....	57
D. Kajian Terhadap Implikasi Penerapan Sistem Baru Yang Akan Diatur Dalam Perda Terhadap Aspek Kehidupan Masyarakat Dan Dampaknya Terhadap Aspek Beban Keuangan Daerah.....	60
BAB III EVALUASI DAN ANALISIS TERHADAP PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT SISTEM KESEHATAN DAERAH.....	62
1. Undang-Undang Dasar RI Tahun 1945.....	62
2. Undang- Undang Nomor 68 Tahun 1958 tentang tentang Pembentukan Daerah-Daerah Tingkat II Dalam Wilayah Daerah-Daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat Dan Nusa Tenggara Timur.....	63
3. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang.....	63
4. Undang-Undang No. 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan Sebagaimana Telah Diubah Dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang No. 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan.....	65
5. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa, sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang_undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang.....	66
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang_undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang.....	67
7. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.....	69
8. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Sebagaimana Telah Diubah Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.....	74

9.Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 Tentang Desa Sebagaimana Telah Diubah Beberapa Kali Terakhir Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2021 Tentang Badan Usaha Milik Desa	75
10.Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan.	75
11.Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2024 Tentang Kesehatan Reproduksi	82
12.Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional.	93
13.Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional	113
<b>BAB IV LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGI DAN YURIDIS.....</b>	<b>118</b>
A. Landasan Filosofis.....	118
B. Landasan Sosiologis .....	119
C. Landasan Yuridis .....	119
<b>BAB V JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN PERATURAN DAERAH.....</b>	<b>124</b>
A. Jangkauan.....	124
B. Arah Pengaturan.....	125
C. Ruang Lingkup Materi Muatan Perda tentang Sistem Kesehatan Daerah.....	125
<b>BAB VI PENUTUP.....</b>	<b>175</b>
A. Kesimpulan .....	175
B. Saran .....	175
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>177</b>

NA RAPERDA SKD KAB SUMBA BARAT

## DAFTAR TABEL

Tabel 1 Luas Wilayah dan Jumlah Desa/Kelurahan Per Kecamatan di Kabupaten Sumba Barat Tahun 2022 .....	31
Tabel 2 Nama Desa, Panjang Garis Pantai dan Luas Desa Di Wilayah Pesisir.....	34
Tabel 3 Luas Wilayah Kecamatan Berdasarkan Kelerengan.....	36
Tabel 4 Klasifikasi Ketinggian Kecamatan .....	36
Tabel 5 Luas Wilayah Kecamatan Berdasarkan Geologi Tahun 2021 .....	37
Tabel 6 Klasifikasi Landform Kabupaten Sumba Barat .....	39
Tabel 7 Debit Pengukuran Potensi Air Permukaan Kabupaten Sumba Barat .....	40
Tabel 8 Karakteristik DAS (Daerah Aliran Sungai), Nama dan Panjang Sungai.....	41
Tabel 9 Status Daya Dukung Air Berdasarkan Sistem Grid Kabupaten Sumba Barat.....	42
Tabel 10 Daya Dukung Air Kabupaten Sumba Barat Tahun 2023 dan Tahun 2045 .....	45
Tabel 11 Perhitungan Daya Dukung Wilayah Pertanian di Kecamatan Sumba Barat .....	47
Tabel 12 Daya Dukung Fungsi Lindung Kabupaten Sumba Barat.....	49
Tabel 13 Jumlah Sarana Kesehatan di Kabupaten Sumba Barat Tahun 2018-2022.....	50
Tabel 14 Jumlah Tenaga Medis di Kabupaten Sumba Barat Tahun 2018-2022 .....	51
Tabel 15 Capaian Standard Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten Sumba Barat Tahun 2018-2022 .....	51
Tabel 16 Capaian Kinerja Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Sumba Barat Tahun 2018-2022	52
Tabel 17 Perkembangan Indikator Pembentuk IPM Kabupaten Sumba Barat Tahun 2018-2022 ....	55
Tabel 18 Permasalahan Kesehatan Kabupaten Sumba Barat Tahun 2018-2022.....	57
Tabel 19 Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan.....	68

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Diagram Presentase Daya Dukung Air Berdasarkan Sistem Grid Kabupaten Sumba Barat.....	42
Gambar 2 Daya Dukung Air Berdasarkan Sistem Grid Kabupaten Sumba Barat.....	43
Gambar 3 Penentuan Daya Dukung Air .....	44
Gambar 4 Daya Dukung Air Kabupaten Sumba Barat.....	45
Gambar 5 Daya Dukung Pertanian Kabupaten Sumba Barat .....	47
Gambar 6 Daya Dukung Fungsi Lindung Kabupaten Sumba Barat.....	49

NA RAPERDA SKD KAB SUMBA BARAT

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Pembangunan nasional bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. Dalam konteks ini, pembangunan kesehatan menjadi bagian integral dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Kesehatan yang baik memungkinkan masyarakat untuk berkontribusi dalam pembangunan sosial dan ekonomi, sehingga menciptakan kesejahteraan yang berkelanjutan. Oleh karena itu, kesehatan tidak hanya dipandang sebagai kebutuhan dasar tetapi juga sebagai investasi jangka panjang dalam pembangunan nasional. Salah satu indikator utama dalam menilai keberhasilan pembangunan nasional adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM mencakup tiga dimensi utama, yaitu kesehatan, pendidikan, dan standar hidup layak. Dalam dimensi kesehatan, angka harapan hidup menjadi tolok ukur utama yang mencerminkan kualitas pelayanan kesehatan dan kondisi sosial ekonomi masyarakat. Jika sistem kesehatan suatu negara atau daerah tidak berjalan optimal, maka pencapaian IPM akan terhambat, yang pada akhirnya berdampak pada daya saing bangsa<sup>1</sup>.

Untuk mendukung peningkatan kualitas kesehatan, pemerintah Indonesia telah merancang Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang berfungsi sebagai pedoman dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara menyeluruh melalui Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional adalah salah satu dokumen penting yang mengatur pengelolaan kesehatan di Indonesia. SKN berlandaskan pada prinsip bahwa kesehatan merupakan hak dasar setiap warga negara dan harus dijamin oleh negara. Dalam kerangka SKN, berbagai upaya dilakukan untuk meningkatkan akses, pemerataan, serta kualitas pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia, baik di tingkat pusat maupun daerah. Sistem Kesehatan Nasional adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pengelolaan kesehatan diselenggarakan melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, serta pengaturan hukum

---

<sup>1</sup> Badan Pusat Statistik, "Indeks Pembangunan Manusia Indonesia Tahun 2023," Jakarta: BPS, 2023.

kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pengelolaan kesehatan tersebut dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah dengan memperhatikan otonomi daerah dan otonomi fungsional di bidang kesehatan. Komponen pengelolaan kesehatan yang disusun dalam Sistem Kesehatan Nasional dikelompokkan dalam tujuh subsistem yakni: 1) upaya kesehatan; 2) penelitian dan pengembangan kesehatan; 3) pembiayaan kesehatan; 4) sumber daya manusia kesehatan; 5) sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan; 6) manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan 7) pemberdayaan masyarakat.

Menjamin terlaksananya Sistem Kesehatan Nasional di daerah maka perlu adanya pengaturan mengenai Sistem Kesehatan Daerah sebagai derivasi dan pengaturan lebih lanjut dari Sistem Kesehatan Nasional. Pengaturan Sistem Kesehatan Daerah perlu dilaksanakan dalam konteks pembangunan kesehatan secara keseluruhan dengan mempertimbangkan determinan sosial, antara lain kondisi kehidupan sehari-hari, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumber daya, kesadaran masyarakat, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam mengatasi masalah-masalah tersebut. Dalam konteks desentralisasi, pemerintah daerah memiliki peran yang signifikan dalam mengelola sistem kesehatan daerah (SKD). SKD merupakan bagian dari SKN yang disesuaikan dengan karakteristik, kebutuhan, dan kondisi spesifik di setiap wilayah. Dengan adanya otonomi daerah, setiap pemerintah daerah memiliki kewenangan dalam menyusun kebijakan kesehatan yang berbasis kebutuhan masyarakat setempat. Hal ini mencakup perencanaan, penganggaran, serta pengelolaan fasilitas dan tenaga kesehatan.

Sistem kesehatan daerah mencakup berbagai elemen penting, seperti pelayanan kesehatan primer, pencegahan penyakit, pengendalian faktor risiko kesehatan, serta promosi kesehatan. Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memainkan peran sentral dalam menyediakan layanan kesehatan yang terjangkau dan merata. Selain itu, kerja sama antara pemerintah daerah dan sektor swasta juga semakin diperkuat untuk memperluas cakupan layanan kesehatan bagi masyarakat.

Materi muatan Sistem Kesehatan Daerah harus memperhatikan beberapa hal yakni: 1) pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar (primary health care) yang meliputi cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata, pemberian pelayanan kesehatan berkualitas yang berpihak kepada kepentingan dan harapan rakyat, kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat, kepemimpinan, serta profesionalisme dalam pembangunan

kesehatan; 2) Inovasi atau terobosan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan. Pendekatan pelayanan kesehatan dasar secara global telah diakui sebagai pendekatan yang tepat dalam mencapai kesehatan bagi semua dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang responsif gender. 3) Konsep WHO Tahun 2000 tentang hubungan diantara fungsi atau subsistem dan tujuan sistem kesehatan. Konsep WHO Tahun 2009 tentang kerangka kerja dari sistem kesehatan dengan memperhatikan Responsivness (kemauan untuk melayani); 4) lokal spesifik/Kearifan lokal; dan 5) Sinkronisasi dan harmonisasi dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi dan sederajat.

Selain itu, pelayanan kesehatan merupakan hak dasar rakyat sebagaimana dimandatkan oleh Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1). Hak rakyat menjadi kewajiban Negara, Pemerintah dan Pemerintah Daerah untuk memenuhinya termasuk Pemerintah Kabupaten Sumba Barat . Untuk memenuhi kewajiban ini, konstitusi telah memandatkan dua sub sistem kesehatan yang harus dikembangkan oleh Negara. Pertama sub sistem pendanaan / pembiayaan kesehatan (health financing) melalui pengembangan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat (Pasal 34 ayat 2). Lahirnya Undang-Undnag Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menjabarkan sistem pendanaan Indonesia mengarah kepada Sistem Pendanaan Publik (*Public Financing*) yang bersumber pada gabungan dua pilar yaitu (1) bantuan sosial dalam bentuk bantuan iuran bagi penduduk miskin dan tidak mampu; (2) asuransi sosial yang merupakan iuran wajib bagi penduduk yang mampu. Sistem asuransi kesehatan sosial ini akan mencegah rakyat mengeluarkan belanja kesehatan katastropik sebagaimana direkomendasikan oleh WHO.

Kedua, *sub sistem delivery* (upaya kesehatan) yaitu Negara bertanggung jawab menyediakan fasilitas kesehatan (Pasal 34 ayat 3). Namun, tidak berarti Pemerintah berkewajiban membangun rumah sakit atau fasilitas kesehatan sendiri. Jika pihak swasta mampu membangun dan melaksanakan, maka Pemerintah tidak perlu turun tangan tetapi melakukan pengaturan, pembinaan, pengawasan, dan memberi bantuan iuran. Atau pemerintah bersama swasta menyelenggarakan pelayanan. Ini sesuai dengan perkembangan penyelenggaraan kesehatan yang dikenal dengan *public private partnership*.

Berdasarkan sub sistem di atas, konstitusi telah menggariskan penyelenggaraan/upaya pelayanan kesehatan (*delivery system*) dalam bentuk mekanisme pasar yang terkontrol dimana pemerintah akan turun tangan jika swasta tidak mampu. Namun Indonesia tidak melepaskan pelayanan kesehatan ke

mekanisme pasar karena system pembiayaan kesehatan juga dikontrol oleh negara melalui sistem asuransi kesehatan.

Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata ditentukan oleh sektor kesehatan. Banyak sektor lain yang mempengaruhi kesehatan terutama faktor lingkungan, ekonomi, budaya, social, politik, dan keamanan. Apabila lingkungan ini tidak terwujud dengan seimbang dan dinamis (lestari) maka pembangunan kesehatan juga tidak banyak berarti. Oleh karena itu, pembangunan harus menjadikan manusia sebagai pusat pembangunan dimana seluruh dampak negatif terhadap kesehatan manusia harus dihindarkan.

Agar pencapaian Indeks Pembangunan Manusia menjadi lebih baik dan dapat bersaing secara nasional, maka bidang kesehatan membutuhkan suatu strategi baru. Salah satu strategi yang akan ditempuh adalah melalui Pembentukan Rancangan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah. Penyelenggaraan kesehatan di Kabupaten Sumba Barat selama ini masih dilaksanakan secara parsial dan belum tersistem. Melalui pengaturan Sistem Kesehatan Daerah dalam Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat, diharapkan dapat mengefektifkan penyelenggaraan kesehatan secara tersistem sesuai dengan perubahan sosial masyarakat Sumba Barat .

Dalam upaya percepatan pembangunan kesehatan di Kabupaten Sumba Barat, maka perlu disusun kembali bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan melalui Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten Sumba Barat . Sistem ini juga dapat mewujudkan perlindungan masyarakat sebagai penerima dan pemberi pelayanan kesehatan (safety patient, safety provider and safety community).

Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten Sumba Barat adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kabupaten Sumba Barat yang disesuaikan dengan kondisi, situasi, masalah, dan potensi Kabupaten Sumba Barat, yang dihimpun dari berbagai upaya pemerintah, masyarakat dan sektor swasta yang saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Sumba Barat yang setinggi-tingginya.

Pembangunan Kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan bukan hanya oleh Dinas Kesehatan akan tetapi oleh semua komponen sektor pembangunan, baik swasta maupun masyarakat, bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap masyarakat Kabupaten Sumba Barat agar peningkatan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dapat tercapai.

Pembentukan Rancangan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah ini dimaksudkan untuk menjadi dasar pengembangan kebijakan pembangunan

kesehatan di Kabupaten Sumba Barat , dan dapat dipergunakan sebagai pedoman, bentuk dan cara penyelenggaraan kesehatan di daerah, baik oleh masyarakat, swasta maupun oleh pemerintah daerah, serta pihak terkait lainnya tanpa terlepas dari sistem kesehatan nasional.

Pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah harus dilakukan melalui beberapa tahapan sebagaimana dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang- Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan. Sebagai salah satu tahapan dalam pembentukan peraturan perundang-undangan maka dalam pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah, Pemerintah Daerah memulai dengan tahapan penyusunan naskah akademik. Hal ini penting dilakukan agar Peraturan Daerah yang terbentuk nantinya taat asas dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan.

Berdasarkan ketentuan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang- Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang- Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, maka setiap tahapan pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota secara mutatis mutandis mengikuti pengaturan tentang tahapan pembentukan Peraturan Daerah Provinsi. Salah satu tahapan dalam pembentukan Peraturan Daerah adalah tahap penyusunan yang meliputi penyusunan naskah akademis dan penyusunan Rancangan Peraturan Daerah.

Pasal 56 ayat (2) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangn sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang- Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang- Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan mengamanatkan bahwa: Rancangan Peraturan Daerah Provinsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai dengan penjelasan atau keterangan, dan/atau naskah akademik.

Selanjutnya mengenai teknik penyusunan naskah akademik maka Pasal 57 ayat (1) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan mengatur bahwa penyusunan naskah akademik Rancangan Peraturan Daerah Provinsi dilakukan sesuai dengan tehnik penyusunan naskah akademik. Kemudian dalam ayat (2) menyatakan bahwa ketentuan mengenai

teknik penyusunan naskah akademik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Undang-Undang ini.

Oleh karena Pasal 63 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan mengatur bahwa: ketentuan mengenai penyusunan Peraturan Daerah Provinsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 sampai dengan Pasal 62 berlaku secara mutatis mutandis terhadap penyusunan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota, maka ketentuan Pasal 57 ayat (1) dan (2) serta Pasal 56 ayat (2) juga berlaku dalam penyusunan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota. Dengan demikian menjadi jelas bahwa dalam pembentukan Peraturan Daerah Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah harus didahului dengan penyusunan naskah akademik.

Angka 1 Lampiran I Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undang yang mengatur Teknik Penyusunan Naskah Akademik Rancangan Undang-Undang, Rancangan Peraturan Daerah Provinsi, dan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota menyatakan bahwa naskah akademik adalah naskah hasil penelitian atau pengkajian hukum dan hasil penelitian lainnya terhadap suatu masalah tertentu yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah mengenai pengaturan naskah tersebut dalam suatu Rancangan Undang-Undang, Rancangan Peraturan Daerah Provinsi, dan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota sebagai solusi terhadap permasalahan dan kebutuhan hukum masyarakat.

Keberadaan naskah akademik tersebut menjadikan naskah akademik memiliki urgensi dalam Pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah. Selain pengaturan angka 1 Lampiran I Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undang sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang mengatur Teknik Penyusunan Naskah Akademik Rancangan Undang-Undang, Rancangan Peraturan Daerah Provinsi, dan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota; Pentingnya keberadaan naskah akademik dalam pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah didasarkan pada argumentasi berikut:

1. Keberadaan naskah menjadi dasar kajian agar pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah akan sesuai dengan Pembentukan Peraturan Perundang-undangan dalam sistem hukum nasional, mekanisme pembentukan produk hukum daerah dalam Pemerintahan Daerah Sumba Barat, dan sesuai dengan perubahan sosial masyarakat Kabupaten Sumba Barat.
2. Dengan digunakannya naskah akademik dalam proses pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah, diharapkan peraturan Peraturan Daerah tersebut tidak menghadapi masalah dikamudian hari.
3. Naskah Akademik berisikan rekomendasi tentang urgensi (dasar pemikiran perlunya Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah, konsepsi, asas dan penarikan norma-norma yang akan menjadi tuntutan dalam pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah.
4. Kajian dari sudut pandang akademik dalam menjelaskan alasan-alasan penarikan rumusan norma tertentu di dalam rancangan peraturan perundang-undangan di setiap tingkat pembahasan rancangan peraturan perundang-undangan terkait.
5. Bahan dasar keterangan pembentuk Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah untuk disampaikan Kepada Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Sumba Barat.
6. Dalam tataran implementasi, Peraturan Daerah yang terbentuk menjadi tepat sasaran sesuai dengan tujuan pembentukan dan ditetapkannya Peraturan Daerah; dan membawa manfaat dan kebaikan bagi masyarakat.

Berdasarkan latar belakang pemikiran sebagaimana dalam deskripsi sebelumnya maka Pemerintah Daerah Kabupaten Sumba Barat menyusun Naskah akademik sebagai dasar penyusunan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah.

## **B. Identifikasi Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, maka permasalahan yang identifikasi dan akan diuraikan dalam penulisan naskah akademik ini mencakup 4 (empat) pokok permasalahan sebagai berikut:

1. Permasalahan apa yang dihadapi dalam Sistem Kesehatan Daerah di Kabupaten Sumba Barat serta bagaimana permasalahan tersebut dapat diatasi?

2. Mengapa diperlukan Peraturan Daerah sebagai dasar pemecahan masalah Sistem Kesehatan Daerah di Kabupaten Sumba Barat yang berarti membenarkan pelibatan negara dalam penyelesaian masalah tersebut?
3. Apa yang menjadi pertimbangan atau landasan filosofis, sosiologis, yuridis pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah?
4. Apa sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan, dan arah pengaturan dari Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah?

### **C. Tujuan Dan Kegunaan Kegiatan Penyusunan Naskah Akademik**

Berdasarkan ruang lingkup identifikasi masalah sebagaimana dikemukakan di atas maka tujuan dan kegunaan Naskah Akademik dirumuskan sebagai berikut:

1. Tujuan Naskah Akademik adalah untuk:
  - a. Merumuskan permasalahan yang dihadapi di daerah dalam Sistem Kesehatan Daerah serta cara-cara mengatasi permasalahan tersebut.
  - b. Merumuskan permasalahan hukum yang dihadapi sebagai alasan pembentukan Rancangan Peraturan Daerah dan juga sebagai dasar hukum penyelesaian permasalahan dalam Sistem Kesehatan Daerah.
  - c. Merumuskan pertimbangan atau landasan filosofis, sosiologis, yuridis pembentukan Rancangan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah.
  - d. Merumuskan sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan, dan arah pengaturan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah.
2. Sementara itu, kegunaan penyusunan Naskah Akademik adalah sebagai acuan atau referensi penyusunan dan pembahasan Rancangan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah.

### **D. Metode**

Dalam melakukan suatu penelitian hukum tidak dapat terlepas dengan penggunaan metode penelitian. Karena setiap penelitian apa saja pastilah menggunakan metode untuk menganalisa permasalahan yang diangkat. Penyusunan naskah akademik ini dilaksanakan melalui mix metode yakni

metode penelitian hukum empiris dan penelitian hukum normative yang dikenal dalam dunia penelitian hukum<sup>2</sup>.

Metode penelitian hukum empiris adalah suatu metode penelitian hukum yang berfungsi untuk melihat hukum dalam artian nyata dan meneliti bagaimana bekerjanya hukum di lingkungan masyarakat. Dikarenakan dalam penelitian ini meneliti orang dalam hubungan hidup di masyarakat maka metode penelitian hukum empiris dapat dikatakan sebagai penelitian hukum sosiologis. Dapat dikatakan bahwa penelitian hukum yang diambil dari fakta-fakta yang ada di dalam suatu masyarakat, badan hukum atau badan pemerintah.

Metode penelitian hukum normatif adalah suatu metode atau jenis yang biasa disebut sebagai penelitian hukum doktriner atau penelitian pustaka. Dinamakan penelitian hukum doktriner dikarenakan penelitian ini hanya ditujukan pada peraturan-peraturan tertulis sehingga penelitian ini sangat erat hubungannya pada pada pustaka atau sumber- sumber hukum karena akan membutuhkan data-data yang bersifat sekunder pada perpustakaan,literatur, dokumen dan peraturan perundang- undangan.

Dalam penelitian hukum normatif hukum yang tertulis dikaji dari berbagai aspek seperti aspek teori, filosofi, perbandingan, struktur/ komposisi, konsistensi, penjelasan umum dan penjelasan pada tiap pasal, formalitas dan kekuatan mengikat suatu undang-undang serta bahasa yang digunakan adalah bahasa hukum. Sehingga dapat kita simpulkan pada penelitian hukum normatif mempunyai cakupan yang luas.

Kedua metode penelitian ini akan dilaksanakan melalui beberapa cara yaitu pendampingan dan masukan dari narasumber terpilih, menggunakan metode presentase, curah pendapat, diskusi, pengkajian peraturan perundang-undangan terkait kewenangan Sistem Kesehatan Daerah di Kabupaten Sumba Barat serta FGD (Focus Group Discussion) bersama para pemangku kepentingan terkait di bidang Sistem Kesehatan Daerah. Metode tersebut meliputi:

- Diskusi pada pertemuan awal dengan Dinas Kesehatan dan Bagian Hukum Setda Kabupaten Sumba Barat Kabupaten Sumba Barat sebagai inisiator Peraturan Daerah Sistem Kesehatan Daerah.
- Rapat persiapan untuk menyamakan persepsi untuk pengumpulan data primer dan sekunder;

---

<sup>2</sup> Mukti Fajar ND. dan Yulianto Achmad.2001. *Dualisme Penelitian Hukum Normatif dan Empiris*, Cetakan I, Yogyakarta: Pustaka Pelajar hlm 21

- Fokus Grup Diskusi (FGD): FGD dilakukan untuk identifikasi dan analisis kebijakan masalah Sistem Kesehatan Daerah dengan pemangku kepentingan.
- Konsultasi Publik yang bertujuan untuk mendapatkan legitimasi dan kesepakatan bersama Perangkat Daerah, akan muatan Ranperda, melalui penyampaian Draft Naskah Akademik yang telah disusun, termasuk alasan-alasan yang dikemukakan dan dampaknya, disinilah tim akan mendapatkan *feedback* dari masyarakat yang hadir dalam kegiatan ini.
- Pertemuan akhir dengan Dinas Kesehatan dan Bagian Hukum Setda Kabupaten Sumba Barat untuk dimasukkan dalam rencana pembahasan di Sidang DPRD Kabupaten Sumba Barat bersama dengan Pemerintah Daerah.

NA RAPERDA SKD KAB SUMBA BARAT

## **BAB II**

### **KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTIK EMPIRIK**

#### **A. Kajian Teoritis**

##### **1. Teori Sistem Kesehatan**

Sistem kesehatan merupakan suatu ekosistem yang kompleks dan terdiri dari berbagai elemen yang saling berinteraksi untuk mencapai tujuan utama, yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pendekatan sistem kesehatan membantu dalam memahami bagaimana setiap komponen bekerja bersama untuk memastikan layanan kesehatan yang efektif, efisien, dan berkelanjutan. Dengan memahami sistem kesehatan sebagai suatu kesatuan, berbagai pihak dapat merancang kebijakan yang lebih baik dalam memberikan layanan kesehatan yang merata bagi seluruh populasi. Menurut World Health Organization (WHO), sistem kesehatan terdiri dari enam pilar utama yang mendukung operasionalnya. Pilar pertama adalah pelayanan kesehatan, yang mencakup penyediaan layanan medis yang berkualitas, aman, dan dapat diakses oleh semua orang. Pelayanan kesehatan yang baik harus berbasis pada kebutuhan masyarakat dan mampu menjangkau seluruh individu tanpa diskriminasi. Akses yang merata terhadap fasilitas kesehatan menjadi faktor kunci dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

Pilar kedua adalah tenaga kesehatan, yang mencakup dokter, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, dan tenaga medis lainnya. Ketersediaan tenaga kesehatan yang kompeten dan cukup jumlahnya sangat diperlukan untuk memastikan layanan kesehatan berjalan optimal. Distribusi tenaga kesehatan yang merata juga menjadi tantangan tersendiri, terutama di daerah terpencil yang sering mengalami kekurangan tenaga medis. Oleh karena itu, kebijakan terkait pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan harus terus dikembangkan agar dapat memenuhi kebutuhan sistem kesehatan yang dinamis.

Selain tenaga kesehatan, sistem informasi kesehatan juga menjadi elemen penting dalam sistem kesehatan modern. Sistem ini bertujuan untuk mengumpulkan, mengelola, dan menganalisis data kesehatan guna mendukung pengambilan keputusan yang berbasis bukti. Dengan adanya sistem informasi kesehatan yang baik, pemerintah dan penyedia layanan kesehatan dapat mengidentifikasi tren penyakit, mengevaluasi efektivitas kebijakan, serta merespons keadaan darurat kesehatan dengan lebih cepat dan tepat.

Pilar berikutnya adalah akses terhadap obat, vaksin, dan teknologi kesehatan. Ketersediaan obat-obatan esensial serta inovasi dalam teknologi kesehatan merupakan faktor yang berkontribusi terhadap efektivitas layanan kesehatan. Sistem distribusi

yang baik sangat penting untuk memastikan bahwa masyarakat, terutama di wilayah terpencil, dapat memperoleh obat dan vaksin yang dibutuhkan tanpa hambatan. Di era digital, teknologi kesehatan seperti telemedicine juga menjadi solusi inovatif dalam meningkatkan akses layanan kesehatan bagi masyarakat luas.

Selain itu, sistem pembiayaan kesehatan memainkan peran krusial dalam memastikan layanan kesehatan dapat diakses oleh semua individu tanpa beban finansial yang berlebihan. Pembiayaan kesehatan yang baik mencakup berbagai mekanisme, seperti asuransi kesehatan nasional, subsidi pemerintah, dan skema pembiayaan berbasis komunitas. Model pembiayaan yang tepat dapat mengurangi kesenjangan akses kesehatan antara kelompok ekonomi yang berbeda serta mencegah masyarakat jatuh ke dalam kemiskinan akibat biaya medis yang tinggi.

Pilar terakhir adalah kepemimpinan dan tata kelola, yang melibatkan perumusan kebijakan, regulasi, serta koordinasi antar lembaga dalam sistem kesehatan. Tata kelola yang baik memastikan bahwa layanan kesehatan diberikan secara adil dan efisien. Pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya harus berperan aktif dalam menciptakan regulasi yang mendukung sistem kesehatan yang tangguh, terutama dalam menghadapi tantangan seperti pandemi, resistensi antibiotik, dan perubahan iklim yang berdampak pada kesehatan masyarakat.

Dalam konteks global, berbagai negara menerapkan model sistem kesehatan yang berbeda sesuai dengan kebijakan dan kondisi sosial-ekonomi mereka. Model Beveridge, yang diterapkan di Inggris dan Spanyol, menggunakan sistem pembiayaan berbasis pajak sehingga layanan kesehatan dapat diberikan secara gratis bagi seluruh warga negara. Di sisi lain, model Bismarck, yang digunakan di Jerman dan Jepang, mengandalkan asuransi sosial yang didanai oleh pekerja dan pemberi kerja.

Sementara itu, model National Health Insurance, yang diterapkan di Kanada dan Taiwan, menggabungkan unsur Beveridge dan Bismarck dengan sistem asuransi kesehatan tunggal yang dikelola oleh pemerintah. Di banyak negara berkembang, model Out-of-Pocket masih menjadi realitas di mana masyarakat harus membayar sendiri biaya layanan kesehatan mereka, sering kali tanpa adanya subsidi dari pemerintah. Model ini berisiko menciptakan kesenjangan akses terhadap layanan kesehatan, terutama bagi kelompok ekonomi yang lebih rentan.

Dalam perkembangannya, sistem kesehatan juga dipengaruhi oleh berbagai pendekatan multidisiplin. Pendekatan ekonomi kesehatan berfokus pada efisiensi pembiayaan dan alokasi sumber daya agar sistem kesehatan dapat berjalan secara optimal. Sementara itu, pendekatan sosiologis dan antropologis membantu memahami faktor sosial dan budaya yang memengaruhi perilaku kesehatan masyarakat, termasuk

bagaimana persepsi terhadap penyakit dan pengobatan terbentuk dalam suatu komunitas.

Di era digital, teknologi dan inovasi semakin memainkan peran penting dalam transformasi sistem kesehatan. Telemedicine, rekam medis elektronik, dan kecerdasan buatan telah membantu meningkatkan akses serta efisiensi dalam layanan kesehatan. Pemanfaatan teknologi yang tepat dapat membantu mengatasi berbagai tantangan, termasuk keterbatasan tenaga kesehatan dan distribusi layanan di daerah terpencil. Namun, tantangan dalam penerapan teknologi, seperti keamanan data dan literasi digital, tetap menjadi aspek yang perlu diperhatikan.

Teori sistem Kesehatan juga bekerja dalam sebuah sistem di Kabupaten Sumba Barat sehingga perlu dijalankan dengan seksama, memberikan pemahaman yang lebih luas tentang bagaimana berbagai komponen bekerja bersama dalam mendukung kesehatan masyarakat. Dengan mengadopsi pendekatan sistemik yang komprehensif, pemerintah daerah Kabupaten Sumba Barat dan pemangku kepentingan lainnya dapat merancang kebijakan yang lebih efektif dan berkelanjutan. Dengan demikian, sistem kesehatan yang kuat dan inklusif dapat terwujud, memastikan bahwa setiap individu, tanpa memandang status sosial dan ekonomi, mendapatkan layanan kesehatan yang layak.

## **2. Teori Hukum Responsif**

Hukum responsif adalah model atau teori yang digagas Nonet-Selznick di tengah kritik pedas Neo-Marxis terhadap liberal legalism. Seperti diketahui, legalisme liberal mengandaikan hukum sebagai institusi mandiri dengan sistem peraturan dan prosedur yang objektif, tidak memihak, dan benar-benar otonom.

Ikon legalisme liberal adalah otonomi hukum. Wujud paling nyata dari otonomi itu adalah rezim rule of law. Dengan karakternya yang otonom itu, diyakini bahwa hukum dapat mengendalikan represi dan menjaga integritasnya sendiri. Dilihat dari kepentingan internal sistem hukum itu sendiri, dalil integritas itu memang dapat dipahami. Tapi hukum bukanlah tujuan pada dirinya sendiri. Hukum adalah alat bagi manusia. Ia merupakan instrumen untuk melayani kebutuhan manusia. Dalam makna ini, isolasi sistem hukum dari berbagai institusi sosial di sekitarnya, justru berdampak buruk dari sisi kebutuhan manusia itu sendiri. Hukum dengan mudah berubah menjadi institusi yang melayani diri sendiri, bukan lagi melayani manusia. Hukum tidak lagi bisa diandalkan sebagai alat perubahan dan sebagai alat untuk mencapai keadilan

substantif. Tanda bahaya tentang terkikisnya otoritas tersebut dan macetnya keadilan substantif, telah menjadi fokus kritik terhadap hukum<sup>3</sup>.

Pencarian hukum responsif telah menjadi perhatian yang sangat besar yang terus menerus dari teori hukum modern, untuk membuat hukum lebih responsif terhadap kebutuhan sosial dan untuk memperhitungkan secara lebih lengkap dan lebih cerdas tentang fakta sosial yang menjadi dasar dan tujuan penerapan dan pelaksanaan hukum.

Sifat responsif dapat diartikan sebagai melayani kebutuhan dan kepentingan sosial yang dialami dan ditemukan tidak oleh pejabat melainkan oleh rakyat. Syarat untuk mengemukakannya secara otentik memerlukan upaya-upaya khusus yang akan memungkinkan hal ini dilakukan. Dengan demikian, diperlukan jalur-jalur baru untuk partisipasi. Sifat responsif mengandung arti suatu komitmen kepada hukum di dalam perspektif konsumen (vide Edmond Cahn, "Hukum dalam perspektif Konsumen"). Tetapi, di dalam konsep hukum responsif terkandung lebih dari hanya sesuatu hasrat bahwa hukum sistem hukum bisa dibuka untuk tuntutan-tuntutan kerakyatan. Keterbukaan saja akan mudah turun derajatnya menjadi oportunistik.

Nonet dan Selznick menunjukkan kepada dilema pelik di dalam institusi-institusi antara integritas dan keterbukaan. Integritas berarti suatu institusi dalam melayani kebutuhan-kebutuhan sosial tetap terikat kepada prosedur-prosedur dan cara-cara kerja yang membedakannya dari institusi-institusi lain. Mempertahankan integritas dapat mengakibatkan isolasi institusional. Institusi akan terus berbicara dalam bahasanya sendiri, menggunakan konsep-konsepnya sendiri dengan cara-cara sendiri yang khas yang mungkin sudah tidak dapat dimengerti sendiri-ahli hukum berbicara dengan ahli hukum dan kegiatan institusi akan kehilangan relevansi sosialnya. Di lain pihak keterbukaan yang sempurna akan berarti bahwa bahasa institusional menjadi sama dengan bahasa yang dipakai dalam masyarakat pada umumnya dengan bahasa yang dipakai dalam masyarakat pada umumnya, namun tak mengandung arti khusus, aksi-aksi institusional akan disesuaikan sepenuhnya dengan kekuatan-kekuatan dalam lingkungan sosial. Konsep hukum responsif melihat suatu pemecahan untuk dilema ini dan mencoba mengkombinasikan keterbukaan dengan integritas.

Konsep Hukum Responsif ini merupakan jalan keluar dari keberadaan hukum yang otonom dan hukum represif sebagai alat penguasa. Sebagai alat penguasa hukum Represif memiliki beberapa ciri yakni:

---

<sup>3</sup> Philippe Nonet & Philip Selznick. *Hukum Responsif, Pilihan di Masa Transisi*. Penerjemah Rafael Edy Bosco. (Jakarta: Ford Foundation-HuMa, 2003)

- 1) Kekuasaan politik mengatasi institusi hukum, sehingga kekuasaan negara menjadi dasar legitimasi hukum
- 2) Penyelenggaraan hukum dijalankan menurut perspektif penguasa dan pejabat (menempatkan ketertiban menjadi tujuan utama hukum serta mementingkan kemudahan administratif).
- 3) Peraturan-peraturan yang diskriminatif (bersifat keras/represif mengikat rakyat, tapi lunak terhadap penguasa).
- 4) Alasan pembuatannya bersifat ad-hoc sesuai keinginan arbitrer penguasa.
- 5) Kesempatan bertindak bersifat serba meresap sesuai kesempatan;
- 6) Pemaksaan serba mencakupi tanpa batas yang jelas.
- 7) Moralitas yang dituntut dari masyarakat adalah pengendalian diri.
- 8) Kepatuhan masyarakat harus tanpa syarat, dan ketidakpatuhan dihukum sebagai kejahatan.
- 9) Partisipasi masyarakat diijinkan lewat penundukkan diri, sedangkan kritik dipahami sebagai pembangkangan.

Sebagai alat penguasa maka hukum represif ini menjadi ciri Negara otoriter yang sangat tidak berpihak kepada masyarakat. Selanjutnya dikenal pula hukum otonom yang mengabdikan kepada diri sendiri sehingga hukum yang dihasilkan adalah hukum yang memiliki ciri sebagai berikut:

- 1) Hukum terpisah dan kekuasaan (politik) yang mengimplikasikan penolakan terhadap kekuasaan.
- 2) Tata hukum mengacu pada "model aturan".
- 3) Prosedur dipandang sebagai inti hukum, dan dengan demikian maka tujuan pertamadan kompetensi utama Tata Hukum adalah regularitas.
- 4) Loyalitas pada hukum bermakna sama dengan kepatuhan pada aturan hukum positif.
- 5) Diskresi sangat dibatasi karena dapat merongrong integritas proses hukum,
- 6) Formalisme dan legalisme menjadi landasan pertimbangan utama,
- 7) Kritik terhadap aturan hukum positif harus dilaksanakan melalui proses legislasi.

Berangkat dari dua pemikiran diatas maka lahirlah pemikiran hukum responsif yang merupakan jawaban atas permasalahan yang terjadi sebagaimana disebutkan sebagai ciri dari hukum represif dan hukum otonom. Hukum responsif tidak membuang ide tentang keadilan, melainkan memperluasnya agar mencakup keadilan substantif. Tipe hukum responsif mempunyai ciri yang menonjol, yakni pergeseran penekanan dari aturan-aturan ke prinsip-prinsip dan tujuan serta Pentingnya watak kerakyatan (populis) baik sebagai tujuan hukum maupun cara

untuk mencapainya. Ciri hukum responsif atau hukum sebagai alat untuk melayani kebutuhan masyarakat yakni sbegai berikut:

- 1) Keadilan substantif dasar legitimasi hukum,
- 2) Peraturan merupakan sub-ordnasi dari prinsip & kebijakan,
- 3) Pertimbangan hukum harus berorientasi pada tujuan & akibat bagi kemaslahatan masyarakat,
- 4) Penggunaan diskresi sangat dianjurkan dalam pengambilan keputusan hukum dengan tetap berorientasi pada tujuan,
- 5) Memupuk sistem kewajiban sebagai ganti sistem paksaan,
- 6) Moralitas kerjasama sebagai prinsip moral dalam menjalankan hukum,
- 7) Kekuasaan didayagunakan untuk mendukung vitalitas hukum dalam melayani masyarakat,
- 8) Penolakan terhadap hukum harus dilihat sebagai gugatan terhadap legitimasi hukum,
- 9) Akses patisipasi publik dibuka lebar dalam rangka integrasi advokasi hukum dan sosial

Tipe hukum responsif membedakan dirinya dari hukum otonom di dalam penekanannya pada peranan tujuan di dalam hukum. Pembuatan hukum dan penerapan hukum tidak lagi merupakan tujuan sendiri, melainkan arti pentingnya merupakan akibat dari tujuan sosial yang lebih besar yang dilayaninya. Dilihat dari sisi ini, aturan-aturan hukum kehilangan sedikit dari sifat keketatannya. Aturan-aturan ini sekarang dilihat sebagai cara-cara khusus untuk mencapai tujuan yang lebih umum, dan aturan yang banyak macamnya itu diperluas atau mungkin malahan dibuang, apabila dipandang lebih baik ditinjau dari segi tujuan yang akan dicapai.

Apa yang menjadi tujuan hukum dan apa yang harus dilayani oleh aturan hukum tidak selalu tampak, mungkin tersembunyi dan implisit sifatnya. Pokok yang penting adalah bahwa dalam pembentukan arti dari aturan-aturan, pertanyaan yang harus diajukan adalah: maksud-maksud apa yang dilayani, nilai- nilai apa dan kepentingan-kepentingan apa yang harus dipertaruhkan. Mungkin diperlukan analisis khusus untuk menemukan kepentingan-kepentingan tersebut, untuk membuat lebih jelas nilai-nilai tersebut dan untuk memperjelas tujuan-tujuan hukum.

Nonet dan Selznick menggambarkan pendekatan ini dengan contoh mengenai proses hukum yang tepat. Di bawah suatu rezim hukum otonom, konsep ini mungkin berarti tidak lebih dari pada keteraturan prosedural dari pembuatan keputusan dari aturan hukum yang sudah dibentuk. Akan tetapi, tipe hukum responsif yang dicita-

citakan menuntut suatu penafsiran yang lebih luwes yang melihat aturan hukum sebagai terikat kepada problem dan konteks khusus<sup>4</sup>.

Konsep diatas terkait dengan hukum responsif tentu merupakan konsep yang baik dan sudah dijalankan dalam Pemerintahan saat ini. Contoh konkret dari hukum responsif yakni dengan adanya permasalahan di bidang kesehatan yang menjadi maka Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan merespon permasalahan ini dengan memikirkan solusi konkrit dalam rangka menyelesaikan persoalan di bidang kesehatan ini dalam bentuk Peraturan Daerah Sistem Kesehatan yang akan mencakup berbagai sus sistem yang ada untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi- tingginya.

Dalam kaitan dengan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah maka keberadaan hukum responsif menjadi sebuah keharusan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan setinggi- tingginya bagi masyarakat Kabupaten Sumba Barat. Terkait dengan hukum responsif ini pula maka dalam menyusun Rancangan Peraturan daerah ini pula maka digunakan sebuah metode assement yakni penggalian masalah dengan pemangku kepentingan dan juga masyarakat dalam rangka mendapatkan masukan dan juga menggali permasalahan terutama terkait permasalahan yang dihadapi. Hasil assement yang dilakukan oleh tim penyusun ini kemudian diformulasikan secara baik berdasarkan kewenangan yang ada pada Pemerintah Daerah Kabupaten untuk responsif terhadap permasalahan yang dihadapi.

### **3. Teori Pembangunan Kesehatan Masyarakat**

Teori pembangunan kesehatan masyarakat adalah pendekatan yang berfokus pada peningkatan kapasitas masyarakat dalam mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan mereka sendiri. Ini berarti masyarakat tidak hanya menjadi penerima pasif layanan kesehatan, tetapi juga menjadi aktor utama dalam meningkatkan kesehatan mereka. Pendekatan ini sangat penting untuk menciptakan sistem kesehatan yang berkelanjutan dan efektif karena melibatkan masyarakat dalam setiap langkah proses perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan.

Langkah pertama dalam menerapkan teori ini adalah pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan ini dapat dilakukan melalui program pendidikan dan pelatihan kesehatan yang mengajarkan masyarakat tentang pentingnya pencegahan penyakit, gizi seimbang, dan praktik kesehatan lainnya. Dengan pengetahuan ini, masyarakat akan lebih mampu mengambil keputusan yang tepat terkait kesehatan mereka dan lebih aktif dalam menjaga kesehatan pribadi dan komunitas mereka.

---

<sup>4</sup> A. Mukthie Fadjar. Teori-Teori Hukum Kontemporer. (Malang: Setara Press, 2013), hlm. 54.

Partisipasi aktif masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan juga merupakan aspek penting dari teori ini. Ini bisa dilakukan dengan membentuk komite kesehatan masyarakat atau kelompok kerja yang melibatkan perwakilan dari berbagai segmen masyarakat. Dengan cara ini, kebijakan dan program kesehatan akan lebih responsif terhadap kebutuhan dan kondisi lokal, serta meningkatkan rasa kepemilikan masyarakat terhadap program-program tersebut.

Kolaborasi dengan lembaga lokal juga merupakan strategi kunci dalam penerapan teori pembangunan kesehatan masyarakat. Pemerintah daerah dapat bekerja sama dengan sekolah, organisasi non-pemerintah, kelompok agama, dan lembaga lainnya untuk menyebarkan informasi kesehatan dan memberikan layanan kesehatan. Kolaborasi ini akan memperluas jangkauan program kesehatan dan memastikan bahwa informasi kesehatan sampai ke seluruh lapisan masyarakat.

Pengumpulan dan analisis data kesehatan lokal sangat penting dalam memahami masalah kesehatan yang unik di setiap daerah. Data ini harus digunakan sebagai dasar dalam merancang intervensi kesehatan yang tepat sasaran. Dengan menggunakan data lokal, program kesehatan dapat lebih disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat dan lebih efektif dalam mencapai tujuan kesehatan.

Pembiayaan yang berkelanjutan adalah elemen penting lainnya dalam teori pembangunan kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan harus mencakup mekanisme pembiayaan yang stabil dan berkelanjutan untuk program-program kesehatan masyarakat. Ini bisa melalui anggaran pemerintah, donasi, atau kerjasama dengan sektor swasta. Dengan pembiayaan yang memadai, program-program kesehatan dapat berjalan dengan baik dan mencapai hasil yang diharapkan.

Penguatan layanan kesehatan primer juga merupakan bagian integral dari teori ini. Layanan kesehatan primer harus diperkuat dan diperluas untuk menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Puskesmas dan klinik-klinik kecil perlu dilengkapi dengan sumber daya yang memadai untuk memberikan layanan kesehatan dasar. Dengan layanan kesehatan primer yang kuat, masyarakat akan memiliki akses yang lebih mudah dan cepat terhadap pelayanan kesehatan.

Pemerintah daerah Kabupaten Sumba Barat dengan menerapkan teori pembangunan kesehatan masyarakat maka harus mencakup mekanisme pengawasan dan evaluasi. Pengawasan dan evaluasi ini penting untuk menilai efektivitas program-program kesehatan masyarakat dan memastikan bahwa program-program tersebut berjalan sesuai dengan tujuan. Jika diperlukan, program-program dapat disesuaikan dan diperbaiki berdasarkan hasil evaluasi. Dengan pendekatan ini, diharapkan program-program kesehatan lebih efektif, berkelanjutan, dan sesuai dengan kebutuhan lokal dan diwujudkan dalam sebuah sistem yang terpadu dan komprehensif.

## **B. Kajian Terhadap Asas/Prinsip Terkait Penyusunan Norma**

Satjipto Rahardjo menyatakan bahwa asas hukum merupakan “jantungnya” peraturan hukum<sup>5</sup>. Karena, asas hukum adalah landasan yang luas bagi lahirnya suatu peraturan hukum. Ini berarti, bahwa peraturan- peraturan hukum itu pada akhirnya bisa dikembalikan kepada asas-asas tersebut. Kecuali disebut landasan, asas hukum layak disebut sebagai alasan bagi lahirnya peraturan hukum, atau merupakan ratio legis dari peraturan hukum. Asas hukum tidak akan habis kekuatannya dengan melahirkan suatu peraturan hukum, melainkan akan tetap saja ada dan akan melahirkan peraturan-peraturan selanjutnya .

Dengan demikian maka penting untuk ditelusuri asas- asas yang menjadi dasar dalam pembentukan rancangan peraturan daerah ini yang akan meliputi beberapa Undang- Undang terkait. Asas- asas ini akan dijabarkan selanjutnya dalam pembahasan tentang asas dan prinsip terkait penyusunan norma.

Pembentukan peraturan perundang-undangan, termasuk pembentukan Perda harus berdasarkan pada asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik, sebagaimana diatur dalam Pasal 5 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, meliputi:

1. Kejelasan tujuan, bahwa setiap pembentukan peraturan perundang-undangan harus mempunyai tujuan yang jelas yang hendak dicapai;
2. Kelembagaan atau pejabat pembentuk yang tepat, bahwa setiap jenis peraturan perundang-undangan harus dibuat oleh lembaga negara atau pejabat pembuat peraturan perundang-undangan yang berwenang. Peraturan perundang-undangan yang dibuat dapat dibatalkan atau batal demi hukum, apabila dibuat oleh lembaga negara atau pejabat yang tidak berwenang;
3. Kesesuaian antara jenis, hierarki dan materi muatan, bahwa dalam pembentukan peraturan perundang-undangan harus benar-benar memperhatikan materi muatan yang tepat sesuai dengan jenis dan hierarki peraturan perundang-undangan;
4. Dapat dilaksanakan, bahwa setiap pembentukan peraturan perundang-undangan harus memperhitungkan efektivitas peraturan perundang-undangan tersebut dalam masyarakat, baik secara filosofis, yuridis, maupun sosiologis;

---

<sup>5</sup> Satjipto Rahardjo, Ilmu Hukum, Citra Aditya Bakti: Bandung, 2012, hlm. 45

5. Kedayagunaan dan kehasilgunaan, bahwa setiap pembentukan peraturan perundang-undangan dibuat karena memang benar-benar dibutuhkan dan bermanfaat dalam mengatur kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara;
6. Kejelasan rumusan, bahwa setiap peraturan perundang-undangan harus memenuhi persyaratan teknis penyusunan peraturan perundang-undangan, sistematika, pilihan kata atau istilah, serta bahasa hukum yang jelas dan mudah dimengerti sehingga tidak menimbulkan berbagai macam interpretasi dalam pelaksanaannya;
7. Keterbukaan, bahwa dalam pembentukan peraturan perundang-undangan mulai dari perencanaan, penyusunan, pembahasan, pengesahan atau penetapan, dan pengundangan bersifat transparan dan terbuka. Dengan demikian, seluruh lapisan masyarakat mempunyai kesempatan yang seluas-luasnya untuk memberikan masukan dalam pembentukan peraturan perundang-undangan.

Oleh karena itu, rancangan Perda tentang Sistem Kesehatan Daerah ini harus memenuhi amanat Pasal 5 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana dikemukakan di atas, yakni:

1. Harus mencantumkan tujuan yang hendak dicapai dari rancangan Perda tentang Sistem Kesehatan Daerah;
2. Lembaga atau organ yang tepat untuk membentuk Perda tentang Sistem Kesehatan Daerah yaitu Bupati Sumba Barat dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Sumba Barat;
3. Perda tentang Sistem Kesehatan Daerah yang akan dibentuk harus sesuai dan tidak boleh bertentangan dengan Peraturan perundang-undangan.
4. Perda tentang Sistem Kesehatan Daerah harus bersifat implementatif, karena itu perlu mempertimbangkan beberapa aspek, di antaranya sosial ekonomi dan budaya masyarakat Kabupaten Sumba Barat;
5. Perda tentang Sistem Kesehatan Daerah harus membawa kedayagunaan dan kehasilgunaan, sehingga bermanfaat bagi masyarakat Kabupaten Sumba Barat;
6. Rumusan pasal yang tercantum dalam Perda tentang Sistem Kesehatan Daerah harus memiliki kejelasan, sehingga tidak menimbulkan penafsiran ganda;
7. Perda tentang Sistem Kesehatan Daerah harus memiliki sifat keterbukaan dalam implementasi dan pertanggungjawabannya.

Selain asas tersebut, berdasarkan Pasal 6 ayat (1) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan materi muatan Perda juga harus mencerminkan asas :

1. Pengayoman;

Yang dimaksud dengan “asas pengayoman” adalah bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan harus berfungsi memberikan perlindungan untuk menciptakan ketentraman masyarakat.

2. Kemanusiaan;

Yang dimaksud dengan “asas kemanusiaan” adalah bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan harus mencerminkan perlindungan dan penghormatan hak asasi manusia serta harkat dan martabat setiap warga negara dan penduduk Indonesia secara proporsional.

3. Kebangsaan;

Yang dimaksud dengan “asas kebangsaan” adalah bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan harus mencerminkan sifat dan watak bangsa Indonesia yang majemuk dengan tetap menjaga prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia.

4. Kekeluargaan;

Yang dimaksud dengan “asas kekeluargaan” adalah bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan harus mencerminkan musyawarah untuk mencapai mufakat dalam setiap pengambilan keputusan.

5. Kenusantaraan;

Yang dimaksud dengan “asas kenusantaraan” adalah bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan senantiasa memperhatikan kepentingan seluruh wilayah Indonesia dan Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan yang dibuat di daerah merupakan bagian dari sistem hukum nasional yang berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

6. Bhineka Tunggal Ika;

Yang dimaksud dengan “asas bhinneka tunggal ika” adalah bahwa Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan harus memperhatikan keragaman penduduk, agama, suku dan golongan, kondisi khusus daerah serta budaya dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara.

7. Keadilan

Yang dimaksud dengan “asas keadilan” adalah bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan harus mencerminkan keadilan secara proporsional bagi setiap warga negara.

8. Kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan

Yang dimaksud dengan “asas kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan” adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan tidak boleh memuat hal yang membedakan berdasarkan latar belakang, antara lain, agama, suku, ras, golongan, gender, atau status sosial.

9. Ketertiban dan Kepastian Hukum

Yang dimaksud dengan “asas ketertiban dan kepastian hukum” adalah bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan harus dapat mewujudkan ketertiban dalam masyarakat melalui jaminan kepastian hukum.

10. Keseimbangan, Keserasian dan Keselarasan

Yang dimaksud dengan “asas keseimbangan, keserasian, dan keselarasan” adalah bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan harus mencerminkan keseimbangan, keserasian, dan keselarasan, antara kepentingan individu, masyarakat dan kepentingan bangsa dan negara.

Pasal 58 Undang- Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang- Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah dalam menyelenggarakan Pemerintahan Daerah berpedoman pada asas penyelenggaraan pemerintahan negara yang terdiri atas:

1. Kepastian hukum

Yang dimaksud dengan “kepastian hukum” adalah asas dalam negara hukum yang mengutamakan landasan ketentuan peraturan perundang- undangan dan keadilan dalam setiap kebijakan penyelenggara negara.

2. tertib penyelenggara negara

Yang dimaksud dengan “tertib penyelenggara negara” adalah asas yang menjadi landasan keteraturan, keserasian, dan keseimbangan dalam pengendalian penyelenggara negara.

3. kepentingan umum

Yang dimaksud dengan “asas kepentingan umum” adalah asas yang mendahulukan kesejahteraan umum dengan cara yang aspiratif, akomodatif, dan selektif.

4. keterbukaan;

Yang dimaksud dengan “asas keterbukaan” adalah asas yang membuka diri terhadap hak masyarakat untuk memperoleh informasi yang benar, jujur, dan tidak

diskriminatif tentang penyelenggaraan negara dengan tetap memperhatikan perlindungan atas hak asasi pribadi, golongan, dan rahasia negara.

5. proporsionalitas

Yang dimaksud dengan "asas proporsionalitas" adalah asas yang mengutamakan keseimbangan antara hak dan kewajiban penyelenggara negara.

6. profesionalitas

Yang dimaksud dengan "asas profesionalitas" adalah asas yang mengutamakan keahlian yang berlandaskan kode etik dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

7. akuntabilitas

Yang dimaksud dengan "asas akuntabilitas" adalah asas yang menentukan bahwa setiap kegiatan dan hasil akhir dari kegiatan penyelenggara negara harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat atau rakyat sebagai pemegang kedaulatan tertinggi negara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

8. efisiensi

Yang dimaksud dengan "asas efisiensi" adalah asas yang berorientasi pada minimalisasi penggunaan sumber daya dalam penyelenggaraan negara untuk mencapai hasil kerja yang terbaik.

9. efektivitas; dan

Yang dimaksud dengan "asas efektivitas" adalah asas yang berorientasi pada tujuan yang tepat guna dan berdaya guna.

10. keadilan

Yang dimaksud dengan "asas keadilan" adalah bahwa setiap tindakan dalam penyelenggaraan negara harus mencerminkan keadilan secara proporsional bagi setiap warga negara.

Asas- asas lain yang relevan dalam pembentukan Rancangan Perda ini yakni:

1. Asas Manfaat

Suatu Undang-Undang perlu juga memperhatikan prinsip atau asas manfaat. Asas manfaat dalam pembentukan suatu Undang- undang mengacu kepada pengertian bahwa Undang-undang tersebut memberikan atau membawa manfaat kepada orang banyak. Prinsip atau asas ini lebih dikenal dengan istilah "*greatest good for the greatest number of citizens*" yang diperkenalkan oleh Jeremy Bentham.<sup>6</sup>

Pembatasan aktifitas pada rancangan undang-undang Perangkat desa dengan mengarahkan masyarakat pada kegiatan yang merupakan kebermanfaatannya dari apa

---

<sup>6</sup> Jeremy Bentham, *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, Batoche Books: Kitchener, ON Canada, 2000, p. 14

yang akan diatur dalam Perda mengenai gerakan yang dilakukan secara bersama-sama dengan tujuan untuk mencapai keharmonisan dalam kehidupan.

## 2. Asas Kepentingan Umum

Asas kepentingan umum merupakan asas yang berdasarkan pada kewenangan negara untuk melindungi dan mengatur masyarakat lebih luas. Dalam hal ini negara dapat menentukan semua keadaan dan peristiwa yang sesuai dengan kepentingan umum.

Tujuan asas kepentingan umum adalah untuk mewujudkan ketertiban dan keamanan seluruh masyarakat. Pengaturan yang berkaitan dengan kepentingan umum tidak berkait dengan apa yang diberikan oleh negara.

Asas kepentingan umum adalah suatu asas yang mendahulukan kebutuhan masyarakat umum dibandingkan dengan kebutuhan masyarakat atau golongan tertentu.

Selanjutnya kepentingan umum juga diuraikan lebih lanjut dalam penjelasan Pasal 49 b Undang-undang Nomor 5 Tahun 1986 tentang Peradilan Tata Usaha Negara yang menyatakan bahwa kepentingan umum adalah “kepentingan bangsa dan Negara dan/atau kepentingan masyarakat bersama dan/atau kepentingan pembangunan, sesuai dengan peraturan Perundang- Undangan yang berlaku”.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pengertian kepentingan umum adalah kepentingan yang harus didahulukan dari kepentingan-kepentingan yang lain dengan tetap memperhatikan proporsi pentingnya dan tetap menghormati kepentingan- kepentingan lain.

Seyogyanya kepentingan umum dalam peraturan perundang- undangan tetap dirumuskan secara umum atau luas. Kalau dirumuskan secara rinci atau kasuistis dalam peraturan perundang-undangan penerapannya akan kaku, karena hakim lalu terikat pada rumusan Undang-undang. Rumusan umum oleh pembentuk Undang-undang akan lebih luwes/fleksibel karena penerapan atau penafsirannya oleh hakim berdasarkan kebebasannya, dapat secara kasuistis disesuaikan dengan perkembangan masyarakat dan keadaan.

## 3. Asas Hukum sebagai Alat Rekayasa Sosial

Pada asas ini dijabarkan peran hukum sebagai “sarana rekayasa sosial” atau sarana untuk menentukan arah pembangunan masyarakat yang dikehendaki agar lebih baik. Hukum sebagai sarana perubahan sosial (*law as tool of social engineering*) menuju kondisi hukum yang lebih baik ini diungkapkan oleh Roscoe Pound.

Dalam Ranperda ini, penggunaan asas hukum sebagai alat rekayasa sosial sangat penting sebab pembentukan Undang- undang Perangkat desa adalah upaya mengubah serta memperbaiki kebiasaan masyarakat dari keterbatasan menjadi

lebih fleksibel dan berkesinambungan.

Oleh karena itu, sebelum sebuah kebijakan disampaikan ke ruang publik, perlu sosialisasi yang massal agar informasi yang akurat sampai ke masyarakat dan merekonstruksi kesadaran hukum baru<sup>7</sup>. Peran hukum (peraturan perundang-undangan) sebagai sarana rekayasa sosial dalam mengubah gaya bermasyarakat dalam melakukan transaksi penting. Adanya gagasan atas perubahan sosial kearah yang lebih baik dengan cara yang benar dan lebih realistis dapat mendorong keinginan masyarakat untuk berpartisipasi dalam misi atas perubahan sosial tersebut<sup>8</sup>.

Oleh karena itu maka, agar penyelenggaraan Sistem Kesehatan Daerah dapat dilaksanakan dengan baik, maka Perda tentang Sistem Kesehatan Daerah hendaknya berpegang pada asas-asas materi muatan peraturan perundang-undangan sebagaimana dikemukakan di atas.

### **C. Kajian Terhadap Praktik Penyelenggaraan, Kondisi Yang Ada Serta Permasalahan Yang Dihadapi Dalam Upaya Penyelenggaraan Sistem Kesehatan Daerah Di Kabupaten Sumba Barat**

#### **1. Gambaran Umum Kabupaten Sumba Barat.**

##### **a. Luas dan Batas Wilayah Administrasi**

Pemerintah Kabupaten Sumba Barat merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang memiliki luas wilayah daratan seluas 737,42 km<sup>2</sup> dan luas laut seluas 441 km<sup>2</sup>. Kabupaten Sumba Barat terdiri dari 6 kecamatan dengan kecamatan terluas ialah Kecamatan Laboya Barat dengan daratan seluas 161,23 km<sup>2</sup> dan yang terkecil ialah Kecamatan Kota Waikabubak dengan daratan seluas 44,71 km<sup>2</sup>. Sementara itu, jumlah desa yang berada di Kabupaten Sumba Barat sebanyak 63 desa dan 11 kelurahan dengan jumlah desa terbanyak berada di Kecamatan Tana Righu sebanyak 18 desa dan yang terkecil berada di Kecamatan Laboya Barat sebanyak 4 desa. Adapun luas wilayah dan jumlah desa untuk masing-masing kecamatan ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel 1 Luas Wilayah dan Jumlah Desa/Kelurahan Per Kecamatan di Kabupaten Sumba Barat  
Tahun 2022

---

<sup>7</sup> Joseph Raz, *The Concept of A Legal System: An Introduction to the Theory of Legal System*, Oxford: Clarendon Press, 1997, p.165. Dalam terminologi Raz, kesadaran hukum dimulai dari sebentar pengetahuan terlebih dahulu yang menggumpal dalam memori ingatan, sebelum akhirnya mempengaruhi tindakan personal dan bersifat psikologis

<sup>8</sup> Jimly Asshiddiqie, *Konstitusi Ekonomi*, Kompas Januari 2010, Jakarta, hal 16

No	Kecamatan	Ibukota Kecamatan	Jumlah Desa	Luas (km <sup>2</sup> )	Persentase Terhadap Luas Kabupaten
1	Tana Righu	Malata	18	139,79	18,96
2	Loli	Dokakaka	14	132,36	17,95
3	Wanokaka	Pogu Katoda	14	133,68	18,13
4	Lamboya	Kabukarudi	11	125,65	17,04
5	Kota Waikabubak	Waikabubak	13	44,71	6,06
6	Laboya Barat	Hodi	4	161,23	21,86
<b>Total</b>			74	737,42	100,00

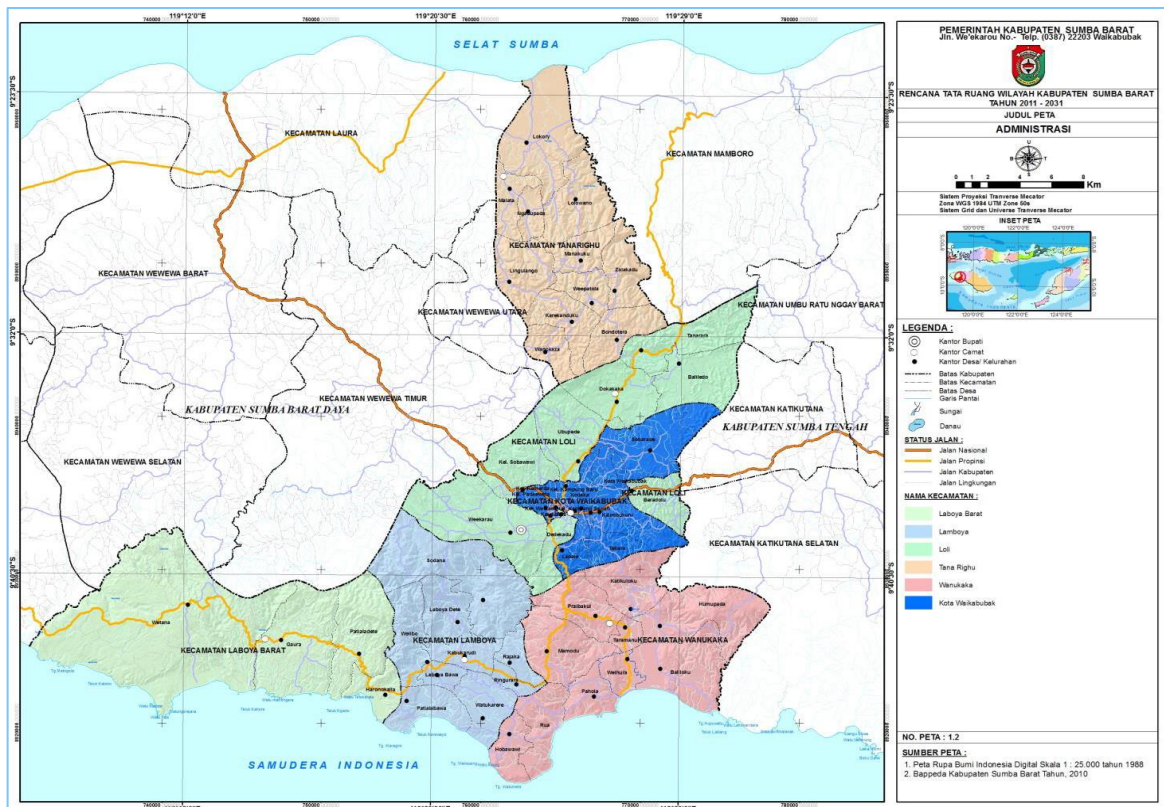
Sumber : Kabupaten Sumba Barat Dalam Angka 2023

Secara astronomis, posisi Kabupaten Sumba Barat terletak pada 9°22'–9°47' Lintang Selatan dan 119°07'–119°33' Bujur Timur dengan posisi geografis yang memiliki batas-batas wilayah sebagai berikut:

1. Sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Sumba Tengah;
2. Sebelah selatan berbatasan dengan Samudera Hindia;
3. Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Sumba Barat Daya; dan
4. Sebelah utara berbatasan dengan Selat Sumba.

Adapun peta administrasi Kabupaten Sumba Barat dapat dilihat lebih lanjut pada Gambar berikut.

Gambar 1 Peta Wilayah Administrasi Kabupaten Sumba Barat



Sumber : RTRW Kabupaten Sumba Barat Tahun 2021-2041

## b. Letak dan Kondisi Geografis

### 1) Posisi Astronomis

Kabupaten Sumba Barat merupakan salah satu kabupaten yang berada di bagian barat Pulau Sumba, dengan letak berada pada  $9^{\circ}22' - 9^{\circ}47'$  Lintang Selatan dan  $119^{\circ}07' - 119^{\circ}33'$  Bujur Timur.

### 2) Posisi Geostrategis

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 179 Tahun 2014 tentang Rencana Tata Ruang Kawasan Perbatasan Negara di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Kabupaten Sumba Barat menjadi salah satu kawasan perbatasan laut negara yaitu 3 (tiga) kecamatan meliputi Kecamatan Wanukaka, Kecamatan Lamboya, dan Kecamatan Laboya Barat. Secara strategis pengembangan, kawasan tersebut telah dilintasi jalan provinsi yang menghubungkan pesisir selatan Kabupaten Sumba Barat hingga Kabupaten Sumba Barat Daya. Pada kawasan tersebut selain sebagai kawasan perbatasan laut negara juga memiliki potensi di sektor kelautan berupa perikanan dan potensi wisata pantai serta Budaya berupa kampung – kampung tradisional dengan arsitektur Sumba yang masih terjaga serta budaya Pasola yang telah menjadi daya tarik wisatawan mancanegara.

### 3) Kondisi Wilayah

#### 3.1) Terpencil

Permasalahan yang menyebabkan suatu wilayah menjadi terisolasi (terpencil) antara lain:

- a. Pengaruh geografis yang membagi wilayah dalam berbagai keadaan/kondisi (pulau, pesisir, dataran rendah ataupun dataran tinggi) dengan pembatas alami seperti laut, sungai, gunung, dan lain-lain;
- b. Kurangnya prasarana aksesibilitas yang menghubungkan suatu wilayah dengan wilayah lain seperti jalan, jembatan, dermaga atau bandar udara; dan
- c. Gangguan akibat bencana yang menyebabkan rusaknya prasarana aksesibilitas yang telah ada.

### 3.2) Pesisir

Topografi yang berbukit di Kabupaten Sumba Barat mempengaruhi masyarakat dalam membentuk suatu komunitas. Beberapa hal yang nyata terlihat adalah terbentuknya suatu desa dengan luas yang berbeda. Untuk Wilayah Selatan, di Kecamatan Wanukaka terdapat 6 (enam) desa pesisir, dimana wilayah terluas berada di Desa Baliloku seluas 23.12 km<sup>2</sup> dengan panjang garis pantai 7,35 km, sedangkan wilayah terkecil berada di Desa Weimangoma sebesar 6 km<sup>2</sup> dengan panjang garis pantai 1 km. Kecamatan Lamboya memiliki 3 (tiga) desa pesisir yaitu Desa Patiala Bawa, Desa Watu Karere dan Desa Palamoko, Desa pesisir Patiala Bawa memiliki luasan sebesar 9.89 km<sup>2</sup> dengan panjang garis pantai 9 km, sedangkan luas Desa Watu Karere seluas 9.36 km<sup>2</sup> dengan panjang garis pantai hanya 2 km. Desa pesisir di Kecamatan Laboya Barat yang memiliki luasan paling besar adalah di Desa Wetana dengan luasan 64.12 km<sup>2</sup> dengan panjang garis pantai 13 km, sedangkan desa yang memiliki luasan terkecil adalah Harona Kalla seluas 17.06 km<sup>2</sup> dengan panjang garis pantai 2,5 km. Untuk wilayah utara, Desa Loko Ry memiliki luas desa 11,18 km<sup>2</sup> dengan panjang garis pantai 2.83 km. Pada tabel di bawah ini menjelaskan secara lebih terperinci mengenai nama desa pesisir beserta luas desa dan panjang garis pantai masing-masing desa.

Tabel 2 Nama Desa, Panjang Garis Pantai dan Luas Desa Di Wilayah Pesisir

No	Kecamatan/Desa	Panjang Garis Pantai	Luas Desa (km <sup>2</sup> )
<b>I</b>	<b>TANA RIGHU</b>	<b>2,83</b>	<b>11,18</b>
1	Lokori	2,83	11,18
<b>II</b>	<b>Wanukaka</b>	<b>17,45</b>	<b>64,58</b>
1	Hobawawi	2,00	11,00
2	Wei Mangoma	1,00	6,00
3	Rua	2,50	11,27

4	Pahola	2,00	6,92
5	Weihura	2,60	6,27
6	Bali Loku	7,35	23,12
<b>III</b>	<b>LAMBOYA</b>	<b>12,00</b>	<b>19,25</b>
1	Patiala Bawa	9,00	9,89
2	Palamoko	1,00	
3	Watu Karere	2,00	9,36
<b>IV</b>	<b>LABOYA BARAT</b>	<b>27,25</b>	<b>161,24</b>
1	Weetena	13,00	64,12
2	Gaura	9,25	61,7
3	Patiala Dete	2,50	18,36
4	Harona Kalla	2,50	17,06

Sumber : *Data masing-masing desa pesisir 2022*

### c. Topografi

Kondisi topografi Kabupaten Sumba Barat pada umumnya berbukit-bukit dengan kemiringan lahan, dan secara umum didominasi oleh dataran sampai perbukitan berlereng sedang dengan kemiringan  $0^{\circ}$  -  $8^{\circ}$  yang tersebar di sebelah selatan, barat, dan utara yaitu Kecamatan Wanukaka dan Kecamatan Tana Righu; daerah perbukitan berlereng agak terjal dengan kemiringan  $8^{\circ}$  -  $25^{\circ}$  berada di sebelah timur yaitu di Kecamatan Kota Waikabubak. Sebagian besar wilayahnya berbukit-bukit dimana 50% luas wilayahnya memiliki kemiringan  $14^{\circ}$  -  $70^{\circ}$  derajat. Topografi yang berbukit-bukit sehingga mengakibatkan tanah rentan terhadap erosi.

Letak ketinggian wilayah Kabupaten Sumba Barat dari permukaan air laut adalah kurang lebih 0 - 700 mdpl, letak ketinggian Kabupaten Sumba Barat dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

#### a. Bagian Utara dan Selatan

merupakan daerah yang bervariasi mulai 0 - 550 mdpl yang merupakan titik tertinggi. Kecamatan Tana Righu berada pada ketinggian 0 - 550 mdpl, sedangkan Kecamatan Wanukaka berada pada 0 - 450 mdpl.

#### b. Bagian Barat

Kecamatan Lamboya dan Kecamatan Laboya Barat merupakan daerah dataran dengan ketinggian 0 - 700 mdpl.

#### c. Bagian Timur

Kecamatan Kota Waikabubak, Kecamatan Loli berada pada ketinggian 200 – 600 mdpl. Hal ini dapat dilihat lebih lanjut pada Tabel berikut.

Tabel 3 Luas Wilayah Kecamatan Berdasarkan Kelerengan

No	Kecamatan	0 - 8 %	8 - 15 %	15 - 25 %	25 - 40 %	> 40 %	Total
1	Lamboya	4.922,48	2.723,38	2.589,67	393,73	4,18	<b>10.632,66</b>
2	Wanokaka	6.347,00	3.628,49	2.500,75	331,74	6,43	<b>12.820,09</b>
3	Laboya Barat	8.841,98	3.965,21	2.757,49	528,84	6,54	<b>16.091,94</b>
4	Loli	8.387,90	2.937,47	2.110,92	121,50	-	<b>13.554,17</b>
5	Kota Waikabubak	3.681,73	1.424,43	1.001,35	29,71	-	<b>6.138,34</b>
6	Tana Righu	3.993,29	2.710,50	4.681,62	1.446,14	29,26	<b>12.912,10</b>
<b>Jumlah</b>		<b>36.211,42</b>	<b>17.397,51</b>	<b>15.641,53</b>	<b>2.852,49</b>	<b>46,35</b>	<b>72.149,31</b>

Sumber : RTRW Kabupaten Sumba Barat Tahun 2022-2042

Tabel 4 Klasifikasi Ketinggian Kecamatan

No	Kecamatan	Klasifikasi Ketinggian (m)								Total
		0-100	100-200	200-300	300-400	400-500	500-600	600-700	700-800	
1	Lamboya	-	6.103	2.103	1.572	1.573	906	307	1	12.565
2	Wanukaka	4.958	5.361	1.858	818	373	-	-	-	13.368
3	Laboya Barat	4.822	6.496	3.004	1.336	461	4	-	-	16.123
4	Loli	217	217	319	2.485	5.964	3.767	208	60	13.236
5	Kota Waikabubak	-	32	165	563	1.907	1.804	-	-	4.471
6	Tana Righu	2.812	2.844	1.333	1.621	2.383	1.984	783	218	13.979
		12.809	21.054	8.783	8.394	12.662	8.464	1.297	279	73.742

Sumber : RTRW Kabupaten Sumba Barat Tahun 2022-2042

#### d. Geologi

##### 1) Geologi

Kabupaten Sumba Barat terbentuk dari 6 formasi geologi, yaitu Aluvium (Qa), Formasi Kaliangga (Qpk), Formasi Kananggar (Tm<sub>pk</sub>), Formasi Waikabubak (Tm<sub>pw</sub>), Formasi Masu (Tm<sub>pm</sub>) dan Formasi Jawila (Tm<sub>j</sub>).

##### 1. Aluvium (Qa)

Tersusun atas bahan endapan lempung lanau, pasir dan kerikil. Bahan endapan ini berumur kuartar, kala Halosen. Penyebaran aluvium ini, dapat dijumpai di beberapa desa di kabupaten Sumba Barat.

## 2. Formasi Kaliangga

Terendapkan dalam lingkungan laut dangkal. Berdasarkan kandungan fosilnya, formasi ini diperkirakan berumur kuartar, kala Plistosen atau lebih muda. Tersusun atas batu gamping terumbu yang berundak-undak, berwarna putih kekuningan dan berongga, mengandung koral dan cangkang kerang. Penyebaran formasi ini terdapat di bagian timur wilayah kabupaten, mulai dari pantai utara ke selatan, mencapai jarak antara 25–30 km, dengan ketinggian tempat mencapai 400–500 meter dpl.

## 3. Formasi Kananggar

Terendapkan dalam lingkungan laut dalam dan diperkirakan berumur tersier, kala miosen akhir. Formasi ini terdiri dari perselingan batu pasir, pasir tufaan, napal tufaan, tuf dan napal pasiran dengan sisipan batu gamping. Bagian bawahnya terutama ditempati oleh batu pasir tufaan, tuf dan sisipan batu gamping, setempat dijumpai adanya struktur sedimen yang mencirikan endapan turbidit. Formasi yang sering dijumpai pecahan batu apung berbutir halus sampai kasar, sedangkan di bagian atas, disusun oleh batu kapur plagik dan napal.

## 4. Formasi Waikabubak

Terendapkan dalam lingkungan laut dangkal, merupakan batu gamping, batu gamping lempungan, sisipan napal pasiran, dan napal tufaan. Penyebarannya mendominasi wilayah bagian tengah Kabupaten Sumba Barat.

## 5. Formasi Masu

Merupakan produk gunung api, terdiri dari lava dan breksi bersusunan andesit dan tuf, lava dan breksi bersusunan basal, lava dan breksi bersusunan anakit dan lava bersusunan rhyolit.

## 6. Formasi Jawila

Berupa batuan gunung api terdiri dari lava bersusunan andesit dan breksi gunung api di beberapa tempat ditemukan kayu mengersik.

Tabel 5 Luas Wilayah Kecamatan Berdasarkan Geologi Tahun 2021

No	Jenis Geologi	Jumlah (Ha)
1	Kaliangga	9.654,14
2	Praikajelu	4.048,86
3	Jawila	8.630,55
4	Waihekan	34.221,71
5	Alluvium and Coastal Deposits	1.760,51
6	Kananggar	2.493,08

7	Masu	6.199,33
8	Watopata	4.540,97
9	Pamalar	392,08
10	Intrusive Rocks (Granodiorit)	171,21
<b>Total</b>		<b>72.149,30</b>

Sumber : RTRW Kabupaten Sumba Barat Tahun 2022-2042

## 2) Landform

Kabupaten Sumba Barat dikelompokkan dalam 7 grup *landform*, yaitu:

### 1. Grup Aluvial (A)

Merupakan landform muda (resen) yang terbentuk dari proses fluvial (aktivitas sungai), koluvial (gravitasi) atau gabungan dari proses keduanya. Penyebaran landform aluvial umumnya di sekitar sungai, dataran aluvial, pelembahan dan lereng bawah dari perbukitan, seluas 17.159 ha (4,36%).

### 2. Grup Marin (M)

Landform muda (resen) yang terbentuk oleh proses marin, baik yang bersifat konstruktif (pengendapan) maupun destruktif (abrasi). Penyebaran landform marin umumnya di sekitar pantai, seluas 11.159 ha (2,84%).

### 3. Grup Fluvio-marin

Landform yang terbentuk oleh gabungan dari aktivitas marin dan sungai. Bahan endapan yang terbentuk merupakan perpaduan karakteristik dari bahan aluvial dari endapan sungai dan bahan marin dari endapan pantai. Penyebarannya ditemukan di pantai utara dan selatan terutama di sekitar sungai besar seluas 348 (0,09%).

### 4. Grup Karst

Terbentuk dari bahan batu gamping keras dan massif (terumbu karang) dengan bentukan topografi tidak teratur, terbentuk karena pengangkatan batu gamping, yang dilanjutkan dengan pelarutan batu gamping. Penyebaran landform karst mendominasi wilayah Kabupaten Sumba Barat terutama di bagian tengah sampai ke-arah pantai seluas 217.081 ha (55,21%).

### 5. Grup Tektonik (T)

Terbentuk akibat dari proses tektonik (orogenesis dan epirogenesis), berupa proses angkatan, lipatan dan atau patahan. Bentuk landform tersebut ditentukan oleh proses-proses di atas dan sifat litologinya (struktural). Landform tektonik di Kabupaten Sumba Barat mempunyai penyebaran di bagian timur berbatasan dengan Kabupaten Sumba Tengah terutama di bagian pantai utara dan selatan seluas 73.522 ha (18,70%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel berikut.

Tabel 6 Klasifikasi Landform Kabupaten Sumba Barat

No	Simbol	Landform	Luas (ha)	Prosentase (%)
<b>1</b>	<b>Grup Aluvial (A)</b>			
	A.13	Dataran aluvial	2.090	0,53
	A.14	Dasar lembah	2.104	0,54
	A.15	Jalur aliran	6.667	1,70
	A.221	Dataran koluvial	6.144	1,56
	A.223	Lereng koluvial	154	0,04
<b>2</b>	<b>Grup Marin (M)</b>			
	M.21	Dataran padang surut pasir	605	0,15
	M.41	Karang pinggir	10.554	2,68
<b>3</b>	<b>Grup Fluvio Marin (B)</b>			
	B.2	Dataran estuarin sepanjang muara	348	0,09
<b>4</b>	<b>Grup Karst (K)</b>			
	K.11	Permukaan karst plateau	1.268	0,32
	K.21	Dataran karst	77.728	19,77
	K.24	Poljes dataran karst	19.682	5,01
	K.31	Perbukitan karst	114.073	29,01
	K.325	Pelebahan perbukitan karst	4.330	1,10
<b>5</b>	<b>Grup Vulkan (V)</b>			
	V.111	Kepundan/kawah	87	0,02
	V.132	Aliran lava subresen	2.813	0,72
	V.31	Dataran vulkan tua	1.074	0,27
	V.32	Perbukitan vulkan tua	23.641	6,01
	V.33	Pegunungan vulkan tua	16.988	4,23
	V.41	Leher vulkan	51	0,01
	V.44	Batolit	443	0,11
<b>6</b>	<b>Grup Tektonik (T)</b>			
	T.111	Dataran tektonik datar	55	0,01
	T.112	Dataran tektonik berombak	2.268	0,58
	T.113	Dataran tektonik bergelombang	2.870	0,73
	T.121	Perbukitan tektonik	32.414	8,24
	T.122	Pegunungan tektonik	14.551	3,70
	T.3	Bute	707	0,18
	T.41	Teras angkatan datar	11.908	3,03

	T.42	Teras angkatan berombak	2.664	0,68
	T.92	Perbukitan paralel	6.085	1,55
<b>7</b>	<b>Grup Aneka (X)</b>			
	X.1	Escarpment	28.026	7,13
	X.3	Badan air ( sungai, danau, waduk)	745	0,19
	X.8	Pulau-pulau	22	0,01
<b>Jumlah</b>			393.159	100

Sumber : RTRW Kabupaten Sumba Barat Tahun 2022-2042

#### e. Hidrologi

Keadaan hidrologi mengandung 2 (dua) pengertian tempat dan asal air berada, yang pertama adalah sumber air permukaan berupa air sungai dan sumber air tanah berupa sumber mata air atau sumur. Kondisi hidrologi dan hidrogeologi wilayah Kabupaten Sumba Barat meliputi air tanah terutama berupa mata air dan air permukaan seperti sungai dan anak-anak sungainya. Sementara air permukaan yang sebagian besar terdiri atas sungai-sungai, seperti Sungai Kadengar di Kecamatan Lamboya, Sungai Loku Bakul di Kecamatan Wanukaka, Sungai Loko Kalada di Kecamatan Loli, dan Sungai Tabaka Dana di Kota Waikabubak. Berdasarkan kondisi hidrologis dan kemiringan lahan, maka arus aliran air permukaan dan air tanah di wilayah Sumba Barat mengalir dari utara ke selatan. Di wilayah Kabupaten Sumba Barat banyak dijumpai mata air, biasanya tempat pemunculan mata air ini berasal dari dasar lembah atau kaki perbukitan, sedangkan untuk air tanah atau mata air meliputi:

1. Mata Air Katibaluji di Desa Gaura Kecamatan Laboya Barat;
2. Mata Air Laboya di Desa Laboya Bawa Kecamatan Lamboya;
3. Mata Air Kabukarudi di Desa Kabukaru Kecamatan Lamboya;
4. Mata Air Weelibo di Desa Weelibo Kecamatan Lamboya;
5. Mata Air Lapopu di Desa Hupumada Kecamatan Wanukaka;
6. Mata Air Maulauky di Desa Praibakul Kecamatan Wanukaka;
7. Mata Air Lokoroda di Desa Kalibukini Kecamatan Kota Waikabubak;
8. Mata Air Wee Pakoda di Desa Kodaka Kecamatan Kota Waikabubak;
9. Mata Air Umbalingho di Desa Kareka Nduku Kecamatan Tana Righu;
10. Mata Air Wangge Desa Loko Ry Kecamatan Tana Righu;
11. Mata Air Weekabete di Desa Dokakakaka Kecamatan Loli;
12. Mata Air Tramos di Desa Baliledo Kecamatan Loli; dan
13. Mata Air Weekanuru di Desa Weekarou Kecamatan Loli.

Penjabaran debit mata Air dan karakteristik DAS sebagaimana ditunjukkan pada Tabel berikut.

Tabel 7 Debit Pengukuran Potensi Air Permukaan Kabupaten Sumba Barat

No	Kecamatan	Desa	Titik Pengukuran	Debit Pengukuran (m <sup>3</sup> /detik)
1	Laboya Barat	Wetana	Polapare	14,33
2	Lamboya	Lamboya Bawa	Loko Kadengara	0,73
3	Wanukaka	Katikuloku	B. Lahikaninu/ Lokolabarin	9,99

Sumber : RTRW Kabupaten Sumba Barat Tahun 2022-2042

Tabel 8 Karakteristik DAS (Daerah Aliran Sungai), Nama dan Panjang Sungai

No	DAS	Luas DAS (ha)	Panjang (km)
1	Loko Polapare	349,3	20,16
2	Loko Kadengara	88,2	2
3	Loko Bakul	1.163,88	7,63
4	Loko Kalada	-	29,51
5	Tabaka Dana	-	2,5

Sumber : RTRW Kabupaten Sumba Barat Tahun 2022-2042

#### f. Klimatologi

Iklim merupakan salah satu faktor determinan yang sangat menentukan tingkat kesesuaian lahan, produktivitas, jenis, dan mutu produk. Seperti halnya di tempat lain di Indonesia, di Kabupaten Sumba Barat dan Provinsi Nusa Tenggara Timur hanya terdapat 2 musim yaitu musim kemarau dan musim hujan. Pada bulan Juni sampai dengan September arus angin berasal dari Australia dan tidak banyak mengandung uap Air, sehingga mengakibatkan musim kemarau. Sebaliknya, pada bulan Desember sampai dengan April arus angin banyak mengandung uap Air yang berasal dari Asia dan Samudera Pasifik, sehingga terjadi musim hujan. Keadaan seperti ini berganti setiap setengah tahun setelah melewati masa peralihan pada bulan April-Mei dan Oktober-November. Walaupun demikian, mengingat Sumba Barat dan umumnya NTT dekat dengan Australia, arus angin yang banyak mengandung uap Air dari Asia dan Samudera Pasifik sampai di wilayah Sumba Barat kandungan uap Airnya sudah berkurang yang mengakibatkan hari hujan di Sumba Barat lebih sedikit dibandingkan dengan wilayah yang lebih dekat dengan Asia. Hal ini menjadikan Sumba Barat sebagai wilayah yang tergolong kering dimana hanya 4 bulan (Januari sampai dengan Maret, dan Desember) yang keadaannya relatif basah dan 8 bulan sisanya relatif kering.

**g. Kapasitas Daya Dukung Dan Daya Tampung Lingkungan Hidup Strategis**

**1) Daya Dukung Air Berdasarkan Sistem Grid**

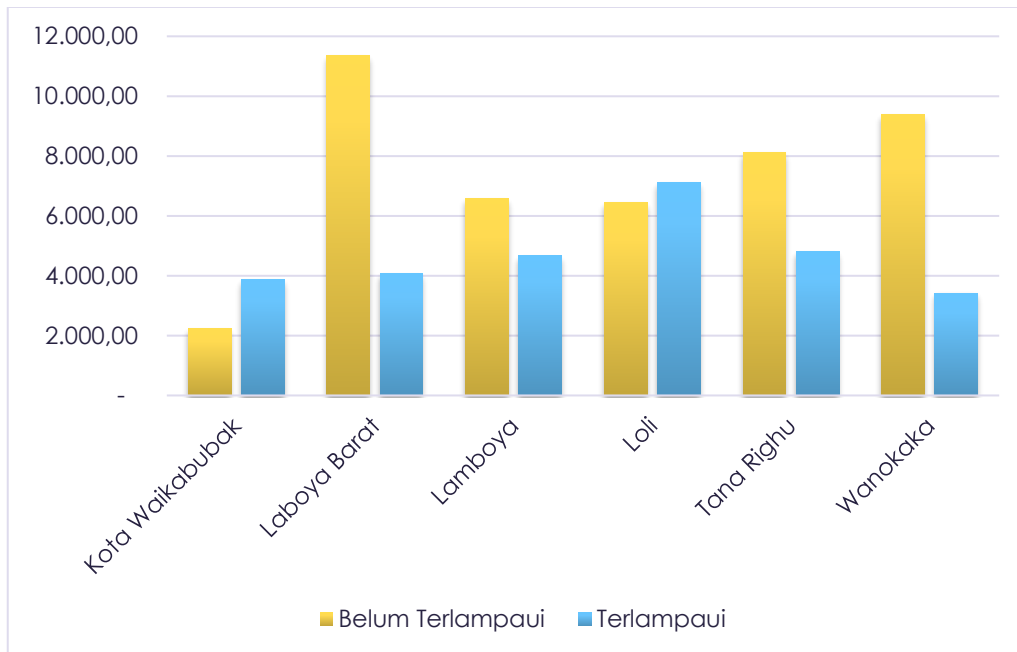
Daya Dukung dan Daya Tampung berdasarkan sistem grid di Kabupaten Sumba Barat bersumber dari Keputusan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Nomor: SK.146/MENLHK/SETJEN/KUM.1/2/2023 tentang Penetapan Daya Dukung dan Daya Tampung Air Nasional. Secara umum, ketersediaan air Kabupaten Sumba Barat saat ini masih mencukupi kebutuhan air. Adapun luas lahan yang belum terlampaui air di Kabupaten Sumba Barat seluas 44.105,53 Ha dan luas lahan yang terlampaui air di Kabupaten Sumba Barat seluas 27.946,85 Ha.

Tabel 9 Status Daya Dukung Air Berdasarkan Sistem Grid Kabupaten Sumba Barat

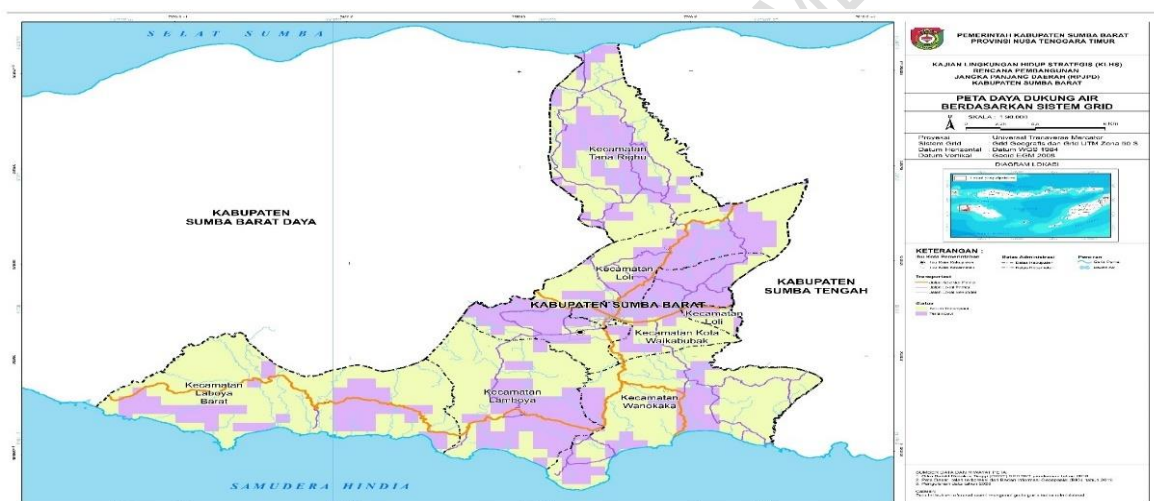
Kecamatan	Belum Terlampaui		Terlampaui		Tota	
	Ha	%	Ha	%	Ha	%
Kota Waikabubak	2.246,15	3,12	3.886,12	5,39	6.132,27	8,51
Laboya Barat	11.344,10	15,74	4.062,30	5,64	15.406,40	21,38
Lamboya	6.575,65	9,13	4.678,01	6,49	11.253,66	15,62
Loli	6.440,15	8,94	7.101,02	9,86	13.541,18	18,79
Tana Righu	8.104,38	11,25	4.798,91	6,66	12.903,29	17,91
Wanokaka	9.395,09	13,04	3.420,48	4,75	12.815,57	17,79
<b>Total</b>	<b>44.105,53</b>	<b>61,21</b>	<b>27.946,85</b>	<b>38,79</b>	<b>72.052,37</b>	<b>100,00</b>

Sumber:Keputusan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Nomor: SK. 146/ MENLHK/ SETJEN/KUM.1/2/ 2023 Tentang Penetapan Daya Dukung dan Daya Tampung Air Nasional

Gambar 2 Diagram Presentase Daya Dukung Air Berdasarkan Sistem Grid Kabupaten Sumba Barat



Gambar 3 Daya Dukung Air Berdasarkan Sistem Grid Kabupaten Sumba Barat

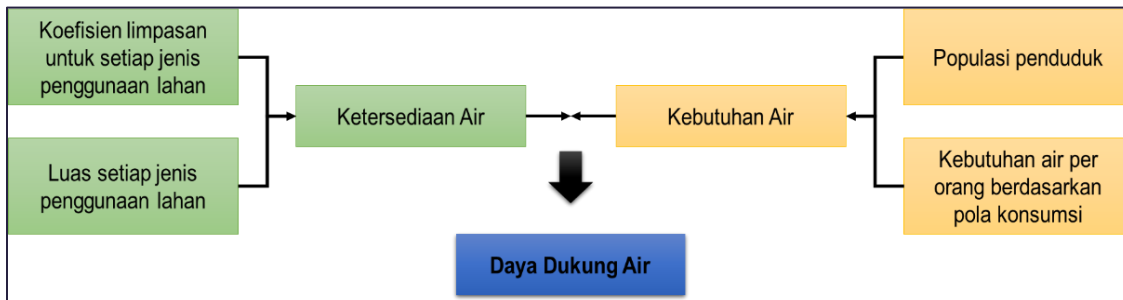


## 2) Daya Dukung Air

Perhitungan kondisi daya dukung air dilakukan dengan menggunakan metode perbandingan ketersediaan dan kebutuhan air. Metode ini menunjukkan cara perhitungan daya dukung air di suatu wilayah, dengan mempertimbangkan ketersediaan dan kebutuhan akan sumber daya air bagi penduduk yang hidup di suatu wilayah. Dengan metode ini dapat diketahui secara umum apakah sumber daya air di suatu wilayah dalam keadaan surplus atau defisit. Keadaan surplus menunjukkan bahwa ketersediaan air di suatu wilayah tercukupi, sedangkan keadaan defisit menunjukkan bahwa suatu wilayah tersebut tidak dapat memenuhi kebutuhan akan air. Untuk memenuhi kebutuhan air, fungsi lingkungan yang terkait dengan sistem tata air harus dilestarikan.

Penentuan daya dukung air dilakukan dengan membandingkan ketersediaan dan kebutuhan air seperti pada gambar di bawah ini.

Gambar 4 Penentuan Daya Dukung Air



Ketersediaan air ditentukan dengan menggunakan metode koefisien limpasan berdasarkan informasi penggunaan lahan serta data curah hujan tahunan. Sementara itu, kebutuhan air dihitung dari hasil konversi terhadap kebutuhan hidup layak. Ketersediaan (Supply) air di suatu wilayah dapat dihitung menggunakan metode koefisien limpasan yang dimodifikasi dari metode rasional berikut ini.

Rumus :

$$C = \frac{\sum(C_i \times A_i)}{\sum A_i}$$

$$R = \frac{\sum R_i}{m}$$

$$S_A = 10 \times C \times R \times A$$

Keterangan :

SA = ketersediaan air (m<sup>3</sup>/ tahun)

C = koefisien limpasan tertimbang

C<sub>i</sub> = koefisien limpasan penggunaan lahan

A<sub>i</sub> = luas penggunaan lahan (ha)

R = rata-rata aljabar curah hujan tahunan wilayah (mm/ tahunan)

R<sub>i</sub> = curah hujan tahunan pada stasiun (mm)

m = jumlah stasiun pengamatan curah hujan

A = luas wilayah (ha)

10 = faktor konversi dari mm. Ha menjadi m<sup>3</sup>

Sedangkan untuk kebutuhan (Demand) air dapat dihitung dengan persamaan sebagai berikut.

Rumus DA air minum :

$$D_A = N \times KHL_A$$

Keterangan :

DA<sub>air minum</sub> = total kebutuhan air (m<sup>3</sup>/ tahun)

N = jumlah penduduk (orang)

KHLA = kebutuhan air untuk hidup layak

Rumus DA irigasi :

$$D_A = \frac{A}{T} \times H$$

Keterangan :

DAair minum = total kebutuhan air untuk irigasi (m<sup>3</sup>/ tahun)

A = luas area (Ha)

H = ketebalan air/ tinggi genangan (m<sup>3</sup>/ hari)

T = lama pemberian air (hari)

Penentuan status daya dukung air diperoleh dari perbandingan antara ketersediaan air (SA) dan kebutuhan air (DA).

Nilai SA > DA, daya dukung air dinyatakan surplus

Nilai SA < DA, daya dukung air dinyatakan defisit atau terlampaui.

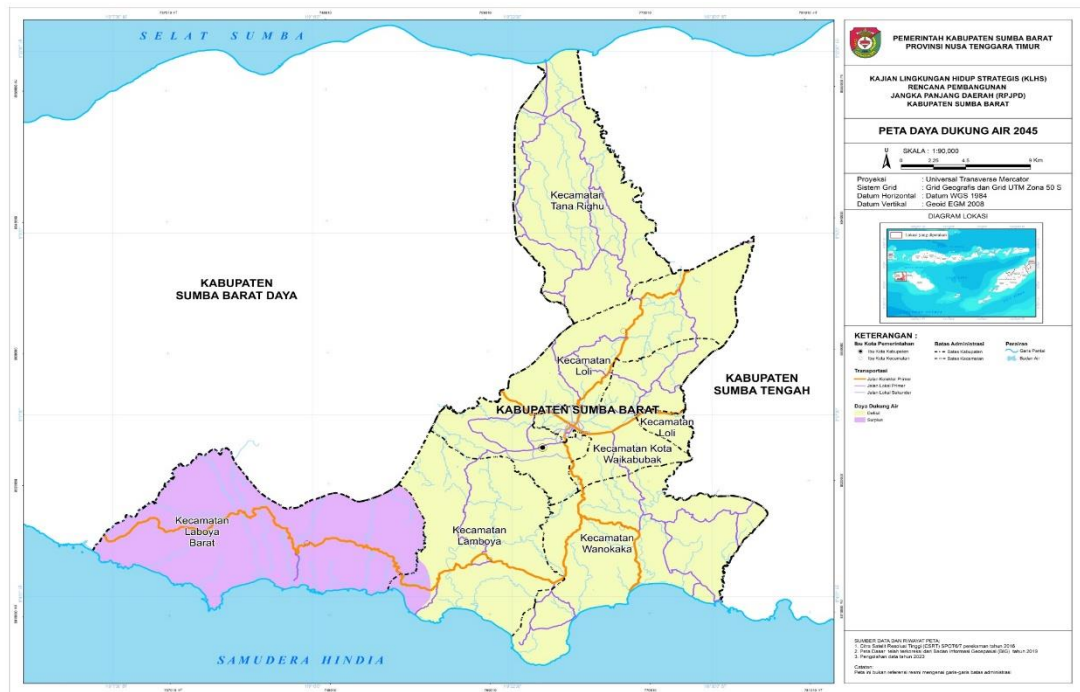
Dari perhitungan daya dukung air berdasarkan limpasan, nilai tersebut dijumlahkan dengan potensi air yang ada di keenam wilayah kecamatan sehingga didapatkan nilai daya dukung air total. Berdasarkan perhitungan tersebut hanya Kecamatan Lamboya yang memiliki daya dukung air surplus hingga tahun 2045 yang berarti masih memiliki ketersediaan air untuk memenuhi kebutuhan air di wilayah administrasi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam tabel dibawah ini.

Tabel 10 Daya Dukung Air Kabupaten Sumba Barat Tahun 2023 dan Tahun 2045

No	Kecamatan	SA = Sumber Air			DA = total kebutuhan air (m <sup>3</sup> /thn)		Status Daya Dukung Air	
		Mata Air (liter/ dtk)	Limpasan (lt/ dtk)	SA (m <sup>3</sup> /thn)	2023	2045	2023	2045
1	Kota Waikabubak	30,03	496,48	16.603.911,83	52.302.400	70.022.453,12	Terlampaui	Terlampaui
2	Laboya Barat	116,12	604,00	22.709.765,82	13.368.000	16.985.380,80	Belum Terlampaui	Belum Terlampaui
3	Lamboya	5,16	496,37	15.816.116,22	28.625.600	48.337.774,73	Terlampaui	Terlampaui
2	Loli	70,33	509,05	18.271.445,78	49.411.200	64.847.258,88	Terlampaui	Terlampaui
5	Tana Righu	41,69	415,58	14.420.428,91	31.928.000	43.939.313,60	Terlampaui	Terlampaui
6	Wanukaka	22,46	470,13	15.534.203,10	25.606.400	36.985.884,16	Terlampaui	Terlampaui

Sumber : Hasil Analisis, Tahun 2023

Gambar 5 Daya Dukung Air Kabupaten Sumba Barat



### 3) Daya Dukung Pertanian

Daya dukung pertanian merupakan ukuran kemampuan produksi tanaman pangan/padi dan atau tanaman pangan yang lain dalam memenuhi kebutuhan pangan penduduk di suatu wilayah. Tingkat daya dukung lahan pertanian dituliskan dengan simbol  $r$ , dimana:

Rumus:

$$r = \frac{Lp/Pd}{KFM/Pr}$$

Keterangan:

$r$	=	<b>Daya Dukung wilayah pertanian</b>
$Lp$	=	Luas lahan panen (ha)
$Pd$	=	Jumlah penduduk (jiwa)
$KFM$	=	Kebutuhan Fisik Minimum (kg/kapita/tahun)
$Pr$	=	Produksi lahan rata-rata per hektar (kg/ha)
$r < 1$ ,		Tidak mampu swasembada pangan
$r > 1$ ,		Mampu swasembada pangan

Dari hasil perhitungan daya dukung lahan pertanian dari tahun 2023, tahun rencana 2035 dan proyeksi rencana 2045 menunjukkan bahwa 6 (enam) wilayah kecamatan di Kabupaten Sumba Barat masih masuk dalam kategori daya dukung lahan pertanian surplus atau masih mampu swasembada pangan dan mampu memberikan kehidupan yang layak bagi penduduknya meskipun hingga akhir tahun proyeksi 2045 mengalami penurunan. Dari keenam wilayah tersebut yang memiliki daya dukung lahan tertinggi ada di Kecamatan Lamboya sebesar 9,485 di tahun 2023; 8,628 di tahun 2035; dan 7,905 di tahun 2045. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada table dan peta berikut.

Tabel 11 Perhitungan Daya Dukung Wilayah Pertanian di Kecamatan Sumba Barat

No	Kecamatan	DD Lahan Pertanian			Keterangan		
		2023	2035	2045	2022	2035	2045
1	Kota Waikabubak	1,846	1,636	1,468	DDLtani, Mampu swasembada pangan	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan
2	Lamboya	9,485	8,628	7,905	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan
3	Wanukaka	2,754	2,211	1,768	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan
4	Tana Righu	3,383	3,028	2,740	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan
5	Loli	3,800	3,322	2,951	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan
6	Laboya Barat	2,459	2,098	1,831	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan	DDLtani>1, Mampu swasembada pangan

Sumber : Hasil Analisis, Tahun 2023

Gambar 6 Daya Dukung Pertanian Kabupaten Sumba Barat



#### 4) Daya Dukung Fungsi Lindung

Hutan dengan penyebaran vegetasinya yang luas, dengan struktur dan komposisinya yang sangat beragam merupakan salah satu komponen sumber daya alam terpenting dalam ekosistem. Keberadaan hutan diharapkan mampu memberi manfaat lingkungan yang besar bagi kehidupan manusia, antara lain dalam pengendalian banjir, erosi, sedimentasi, pemeliharaan keanekaragaman hayati, pengendalian daur air dan pemeliharaan kualitas udara. Tingkat daya dukung fungsi lindung dituliskan dengan simbol DDL, dimana:

$$DDL = \frac{\sum(Lgl1.\alpha1 + Lgl2.\alpha2 + Lgl3.\alpha3 + Lglx.\alpha x)}{LW}$$

Keterangan :

DDL = Daya dukung fungsi lindung

LW = Luas Wilayah (Ha)

Lgl1 = Luas Guna Lahan Jenis 1 (Ha)

$\alpha1$  = Koefisien Lindung Untuk Guna Lahan 1

Koefisien lindung untuk tata guna lahan adalah :

- Cagar alam = 1
- Suaka margasatwa = 1
- Taman wisata = 1
- Taman buru = 0,82
- Hutan lindung = 1
- Hutan cadangan = 0,61
- Danau/ tambak = 0,98
- Permukiman = 0,18
- Hutan produksi = 0,68
- Perkebunan besar = 0,54
- Perkebunan rakyat = 0,42
- Persawahan = 0,46
- Ladang/ tegalan = 0,21
- Padang rumput = 0,28
- Tanaman kayu = 0,35
- Tanah kosong = 0,01

DDL memiliki kisaran nilai antara 0 (minimal) sampai 1 (maksimal). Oleh karena itu, semakin mendekati nilai 1, semakin baik fungsi lindung yang ada dalam wilayah tersebut.

Dari hasil perhitungan diketahui daya dukung lindung yang memiliki nilai mendekati 1 atau masuk dalam kategori daya dukung lindung baik ada di Kecamatan Laboya Barat, Kecamatan Lamboya, Kecamatan Loli, Kecamatan Tana Righu, dan Kecamatan Wanukaka. Dimana daya dukung lindung baik tertinggi adalah di Kecamatan Laboya Barat sebesar 0,83. Sedangkan untuk daya dukung lindung yang nilainya cukup baik ada di Kecamatan Kota Waikabubak menunjukkan bahwa kedua kecamatan tersebut berfungsi sebagai kawasan budidaya. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada table dan peta berikut.

Tabel 12 Daya Dukung Fungsi Lindung Kabupaten Sumba Barat

No	Kecamatan	Daya Dukung Fungsi Lindung	Keterangan
1	Kota Waikabubak	0,51	DDL cukup baik
2	Laboya Barat	0,83	DDL baik
3	Lamboya	0,71	DDL baik
4	Loli	0,68	DDL baik
5	Tana Righu	0,67	DDL baik
6	Wanukaka	0,67	DDL baik

Sumber : Hasil Analisis, Tahun 2023

Gambar 7 Daya Dukung Fungsi Lindung Kabupaten Sumba Barat



Sumber: RPJPD Kabupaten Sumba Barat 2025-2045

## 2. Praktek Penyelenggaraan dan Kondisi yang ada terkait dengan Sistem Kesehatan Daerah.

### a. Aspek Pelayanan Umum di bidang Kesehatan

Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Peningkatan sarana dan prasarana kesehatan juga menjadi prioritas dalam pembangunan kesehatan di Kabupaten Sumba Barat. Jumlah sarana kesehatan yang tersedia di Kabupaten Sumba Barat dapat dilihat pada Tabel berikut:

Tabel 13 Jumlah Sarana Kesehatan di Kabupaten Sumba Barat Tahun 2018-2022

No.	Sarana Kesehatan	Satuan	Tahun				
			2018	2019	2020	2021	2022
1.	Posyandu	Unit	252	252	256	256	263
2.	Polindes/PKD	Unit	16	16	16	16	16
3.	Puskesmas						
	- Induk	Unit	10	10	10	10	10
	- Pembantu	Unit	13	13	13	13	13
	- Keliling	Unit	10	10	10	10	10
4.	Poliklinik	Unit	2	3	3	3	3
5.	RSU Daerah						
	- Tipe C	Unit	1	1	1	1	1
	- Tipe D	Unit					
6.	RSU Swasta (Tipe D)	Unit	1	1	1	1	1
7.	Klinik/Praktek Dokter	Unit	1	1	3	4	4
8.	Laboratorium Kesehatan						
	<b>- Pemerintah</b>	<b>Unit</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat Tahun 2023

Tenaga kesehatan memiliki peran yang sangat vital dalam rangka pelayanan kesehatan. Rasio tenaga kesehatan baik dokter, dokter gigi, perawat, maupun bidan terhadap penduduk, belum mencapai target Indonesia Sehat yakni 45 orang dokter umum per 100.000 penduduk, 11 orang dokter spesialis per 100.000 penduduk, 13 orang dokter gigi per 100.000 penduduk, 180 orang perawat per 100.000 penduduk, dan 120 orang bidan per 100.000 penduduk). Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat rasio dokter umum pada tahun 2022 sebesar 16,64 per 100.000 penduduk, rasio dokter spesialis sebesar 7,57 per 100.000. Sehubungan dengan itu pemerintah daerah terus berupaya menambah jumlah dokter spesialis melalui program

beasiswa pendidikan spesialis dan pemberian insentif khusus bagi dokter spesialis kontrak. Jumlah Tenaga Kesehatan selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 14 Jumlah Tenaga Medis di Kabupaten Sumba Barat Tahun 2018-2022

No.	Tenaga	Satuan	Tahun				
			2018	2019	2020	2021	2022
1.	Dokter Umum	Orang	37	71	15	36	42
2.	Dokter Spesialis	Orang					16
3.	Dokter Gigi	Orang					7
4.	Perawat	Orang	312	284	133	186	445
5.	Bidan	Orang	46	73	59	81	163
6.	Ahli Kes. Masy.	Orang					49
7.	Ahli Penyeh.	Orang					16
8.	Apoteker	Orang					26
9.	Ahli Gizi	Orang	15	38	4	13	34
10.	Analisis Lab.	Orang					32
11.	Bidan Desa	Orang					

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat Tahun 2023

b.

Sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal dan Permendagri Nomor 100 Tahun 2018, dilaksanakan melalui petunjuk teknis Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, capaian indikator dalam SPM di Kabupaten Sumba Barat tersebut dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 15 Capaian Standard Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten Sumba Barat Tahun 2018-2022

No.	Indikator SPM Bidang Kesehatan	Satuan	Tahun				
			2018	2019	2020	2021	2022
1.	Persentase ibu hamil mendapatkan pelayanan kesehatan ibu hamil	%	100	92	100	86	<b>100</b>
2.	Persentase ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan	%	100	100	100	98	<b>99,8</b>
3.	Persentase bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan bayi baru lahir	%	100	100	100	100	<b>100</b>
4.	Cakupan Pelayanan Kesehatan Balita sesuai Standar	%	66,76	55	77	100	<b>96</b>
5.	Persentase anak usia pendidikan dasar yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	%	70,5	60	0	0	<b>66</b>

6.	Persentase orang usia 15 – 59 tahun mendapatkan <i>skrining</i> kesehatan sesuai standar	%	15	50	0	0	<b>66</b>
7.	Persentase warga negara usia 60 tahun ke atas mendapatkan <i>skrining</i> kesehatan sesuai standar	%	71,29	87	0	0	<b>85</b>
8.	Persentase penderita Hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	%	61,90	60,20	61,98	75,58	<b>71,35</b>
9.	Persentase penderita DM yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	%	90,38	76,68	96,39	95,91	<b>100</b>
10.	Persentase ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar	%	9,27	11,25	13,42	15,78	<b>16,07</b>
11.	Persentase Orang terduga TBC mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar	%	26,72	30,16	32,78	34,61	<b>39,94</b>
12.	Persentase orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar	%	60,80	65,82	70,25	90,52	<b>95,80</b>

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat Tahun 2023

Tabel 16 Capaian Kinerja Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Sumba Barat Tahun 2018-2022

No	Indikator Kesehatan	Satuan	Tahun				
			2018	2019	2020	2021	2022
1	Prevalensi kekurangan gizi(underweight) pada anak balita.	%	22,1%	18,1%	19,3%	18,2%	23%
2	Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) pada anak di bawah Lima tahun/balita (24-59 bulan)	%	32,3%	25,5%	32,4%	23,7%	23,3%
3	Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) pada anak di bawah dua ahun/ baduta (0-23 bulan)	%	32,3%	25,5%	32,4%	23,7%	23,3%
4	Prevalensi alnutrisi (beratbadan/tinggi badan) anak pada usia kurang dari 5 tahun, berdasarkan tipe	0 - 59 bulan (%)	13,1%	9,4%	9,0%	8,6%	9,1%

5	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif (0-5	%	80,5%	81,7%	84%	85%	78,5%
6	Cakupan Balita Gizi Buruk mendapat perawatan	%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 - 24 bulan	%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Prevalensi wasting (kurus dan sangat kurus) pada balita (persen)	%	13,1%	9,4%	9,0%	8,6%	9,1%
9	Cakupan Desa/kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	%	18,92	72,97	82,13	85,60	90
10	Jumlah orang yang memerlukan intervensi terhadap penyakit tropis yang terabaikan (Filariasis dan Kusta).	Filariasis(%)	25 Or 100%	25 Or 100%	25 Or 100%	25 Or 100%	25 Or 100%
		Kusta (%)	13 Or 100%	13 Or 100%	3 Or 100%	3 Or 100%	13 Or 100%
11	Cakupan Desa/ Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam	%	0	0	0	0	0
12	Non Polio AFP rate per 100.000 penduduk	%	0	0	0	0	2,3
14	Persentase pelayanan rujukan kegawat daruratan di puskesmas	%	100	100	100	100	100
15	Persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas	%	100	100	100	100	100
16	Persentase puskesmas yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar	%	100	100	100	100	100

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat Tahun 2023

#### b. Indeks Pembangunan Manusia (IPM)

Pembangunan manusia didefinisikan sebagai proses perluasan pilihan bagi penduduk (*enlarging people choice*). IPM merupakan indikator penting untuk mengukur keberhasilan

dalam upaya membangun kualitas hidup manusia (masyarakat/penduduk). IPM menjelaskan bagaimana penduduk dapat mengakses hasil pembangunan dalam memperoleh pendapatan, kesehatan, pendidikan, dan sebagainya. IPM dibentuk oleh tiga dimensi dasar, yaitu umur panjang dan hidup sehat (*a long and healthy life*), pengetahuan (*knowledge*), dan standar hidup layak (*decent standard of living*).

Umur panjang dan hidup sehat digambarkan oleh Angka Harapan Hidup saat lahir (AHH), yaitu jumlah tahun yang diharapkan dapat dicapai oleh bayi yang baru lahir untuk hidup, dengan asumsi bahwa pola angka kematian menurut umur pada saat kelahiran sama sepanjang usia bayi. Pengetahuan diukur melalui indikator Rata-rata Lama Sekolah dan Harapan Lama Sekolah. Rata-rata Lama Sekolah (RLS) adalah rata-rata lamanya (tahun) penduduk usia 25 tahun ke atas dalam menjalani pendidikan formal. Harapan Lama Sekolah (HLS) didefinisikan sebagai lamanya (tahun) sekolah formal yang diharapkan akan dirasakan oleh anak pada umur tertentu di masa mendatang. Standar hidup yang layak digambarkan oleh pengeluaran per kapita disesuaikan, yang ditentukan dari nilai pengeluaran per kapita dan prioritas daya beli (*purchasing power parity*). IPM dihitung berdasarkan rata-rata geometrik indeks kesehatan, indeks pengetahuan, dan indeks pengeluaran. Penghitungan ketiga indeks ini dilakukan dengan melakukan standardisasi dengan nilai minimum dan maksimum masing-masing komponen indeks.

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) merupakan pengukuran perbandingan dari harapan hidup, pendidikan, dan standar hidup untuk. IPM digunakan sebagai indikator untuk menilai aspek kualitas dari pembangunan, Komponen yang diukur dalam IPM adalah:

1. *Income (Pengeluaran Rill per kapita)*
2. *Expectation of life (angka harapan hidup)*
3. *Years of scholly (pendidikan)*
4. *Elitaration rate (tingkat buta huruf)*

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) merupakan indikator untuk mengetahui tiga dimensi pokok pembangunan manusia yang mencerminkan status kemampuan dasar penduduk, meliputi : Angka Usia Harapan Hidup (UHH) untuk mengukur peluang hidup; rata-rata lama sekolah dan angka melek huruf untuk mengukur status tingkat pendidikan penduduk; serta pengeluaran rill per kapita untuk mengukur akses terhadap sumber daya untuk mencapai standar hidup layak.

Indikator pembentuk IPM meliputi usia harapan hidup, rata-rata lama sekolah, harapan lama sekolah, pengeluaran per kapita yang mengalami kenaikan dalam kurun waktu 2018-2022. Indeks komponen IPM Kabupaten Sumba Barat mengalami peningkatan kecuali pada komponen indeks pengeluaran per kapita menurun karena bencana nonalam pandemi Covid-19 yang menyebabkan penurunan daya beli masyarakat, Data tersebut disajikan dalam Tabel berikut:

Tabel 17 Perkembangan Indikator Pembentuk IPM Kabupaten Sumba Barat Tahun 2018-2022

No	Kompanen IPM	Tahun				
		2018	2019	2020	2021	2022
1	Angka Harapan Hidup	66.15	66.2	66.58	66.58	67.12
2	Angka Lama Sekolah	12.64	12.87	12.88	12.88	13.11
3	Rata -Rata Lama Sekolah	6.45	6.51	6.52	6.52	6.64
4	Pengeluaran Riil Perkapita (Ribu Rp)	6.914	6.997	7.275	7.48	7.303
	<b>Indeks Pembangunan Manusia</b>	<b>62.99</b>	<b>63.56</b>	<b>63.53</b>	<b>63.83</b>	<b>64.43</b>

Dari tabel dan grafik Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kabupaten Sumba Barat di atas, dimana IPM merupakan indikator yang digunakan untuk melihat perkembangan pembangunan dalam jangka panjang. Untuk melihat kemajuan pembangunan manusia, terdapat dua aspek yang perlu diperhatikan, yaitu kecepatan dan status pencapaian. Selama kurun waktu 2018 - 2022, IPM Kabupaten Sumba Barat terus mengalami perkembangan yang positif. Sejak tahun 2018 hingga tahun 2022 angka IPM Kabupaten Sumba Barat selalu di atas 60. Seiring dengan proses pembangunan, IPM terus meningkat hingga mencapai angka 64,43 pada tahun 2022. Meningkatnya IPM ini menjelaskan bahwa upaya pembangunan SDM yang telah dilakukan selama ini menuju ke arah yang lebih baik. Indeks Pembangunan Manusia dibedakan menjadi 4 (empat) kategori, yaitu rendah (IPM < 60.00) Sedang (  $60 \leq \text{IPM} \leq 70$ ) tinggi (  $70 \leq \text{IPM} < 80$ ) status pembangunan manusia Kabupaten Sumba Barat masih dalam kategori sedang.

**c. Angka kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Permasalahan Gizi Balita**

Upaya yang dilakukan untuk menurunkan kasus AKI dan AKB yaitu peningkatan kapasitas petugas pemberi pelayanan (dokter umum, bidan, perawat) tentang pelayanan kegawatdaruratan maternal neonatal di puskesmas, optimalisasi fungsi PONED, penguatan koordinasi lintas program, penguatan pelayanan ibu dan, penguatan Audit Maternal Perinatal Surveilans Respon (AMPSR), penguatan surveilans kesehatan ibu bayi dan balita, peningkatan kapasitas kader dalam

pendampingan bayi balita beresiko, pemenuhan sarana dan prasara kesehatan guna menunjang penatalaksanaan pelayanan skrining maupun kegawatdaruratan maternal neonatal, pengembangan telemedicine guna deteksi dini resiko maternal neonatal, penguatan sistem rujukan maternal neonatal, penguatan skrining anemia pada remaja putri sebagai calon ibu hamil dan peningkatan skrining kesehatan remaja melalui posyandu remaja.

Indikator kesehatan ibu dan anak merupakan tujuan ketiga dari indikator SDGis (Sustainable Development Goals) yakni menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan penduduk seluruh usia. Indikator gizi merupakan tujuan kedua dari indikator SDGs yakni menghilangkan kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan gizi yang baik serta meningkatkan pertanian berkelanjutan.

Permasalahan gizi yang menjadi prioritas Kabupaten Sumba Barat adalah permasalahan Balita stunting yang dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan Balita. Berdasarkan hasil penimbangan serentak yang dilaksanakan dinas kesehatan dan DP5A pada Tahun 2022, jumlah kasus Balita stunting anak usia di bawah 2 tahun sebanyak 16,61% Sementara itu target capaian Nasional di Tahun 2024 sebesar 14% sesuai dengan target Presiden berdasarkan RPJMN.

Keberhasilan penurunan kasus stunting ini karena sinergisitas antarpemangku kepentingan cukup berhasil yakni melalui program rembug stunting tingkat kabupaten, kecamatan maupun desa dalam koordinasi penanggulangan stunting, peningkatan peran PKK dan kader desa dalam membantu penanggulangan stunting, serta peningkatan peran Posyandu dalam surveillance kasus Balita stunting.

Dalam penurunan stunting, Pemkab sudah membentuk Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS), upaya yang dilakukan Tim Percepatan Penurunan Stunting yaitu:

1. Posyandu Remaja bagi anak usia 12 tahun ke atas dengan pemberian Zink Sulfat pada remaja putri sebagai upaya untuk mencegah / mengatasi kekurangan (defisiensi) Zink/Seng;
2. Edukasi/sosialisasi terkait pencegahan pernikahan dini bagi remaja di sekolah;
3. Kelas ibu hamil dan menyusui setiap bulan, dan Posyandu Balita setiap bulan;
4. Pemantauan ASI eksklusif oleh bidan desa dan Tim Pendamping Keluarga.
5. Rembug stunting;
6. Penerapan kegiatan inovasi di desa/puskesmas lokus dengan sasaran ibu hamil, ibu menyusui, balita;
7. Penambahan menu kelor pada makanan protein hewani;

8. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita stunting selama minimal 90 hari dengan didampingi nutrisionis;

Permasalahan kesehatan di Kabupaten Sumba Barat selama kurun waktu 2018-2022 sebagai berikut:

Tabel 18 Permasalahan Kesehatan Kabupaten Sumba Barat Tahun 2018-2022

No.	Indikator	Satuan	Tahun				
			2018	2019	2020	2021	2022
1.	Jumlah kasus kematian bayi	Kasus	31	23	17	28	41
2.	AKB (Angka Kematian Bayi)	Per 1.000 KH	30,39	37,95	8,75	12,22	20,72
3.	Jumlah kasus kematian ibu	Kasus	2	1	0	3	3
4.	Jumlah Balita gizi buruk	Kasus	90	104	147	76	154
5.	Jumlah Balita stunting (bawah 2 tahun)	Kasus	1.162	2.089	2.213	2.087	2.611
6.	Kasus DBD	Kasus	98	70	45	5	144
7.	Kasus Penyakit Kanker	Kasus	0	0	0	0	1
8.	HIV/AIDS	Kasus	5	7	11	13	15

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat Tahun 2023

### 3. Permasalahan terkait Sistem Kesehatan Daerah yang dihadapi di Kabupaten Sumba Barat.

Berdasarkan hasil assement yang diisi oleh dengan Perangkat Daerah yang membidangi Sistem Kesehatan Daerah menunjukkan bahwa Sistem Kesehatan Daerah belum dilakukan secara maksimal. Beberapa hal yang menjadi permasalahan yang didapatkan berdasarkan instrumen assement yang disampaikan oleh perangkat daerah bidang kesehatan yakni:

#### 1. Manajemen Regulasi dan Informasi Kesehatan;

- Tidak ada sistem manajemen informasi berbasis teknologi yang dikelola oleh Dinas Kesehatan. Hal ini menyebabkan kurangnya informasi yang tersampaikan kepada masyarakat. Ada banyak program dari Dinkes yang tidak tersampaikan kepada masyarakat karena tidak ada sistem manajemen informasi yang memadai.

2. Sumber Daya Manusia Kesehatan;
  - Dalam sistem kesehatan Indonesia adalah kekurangan SDM kesehatan, terutama di daerah terpencil. Isu ini terkait dengan kurangnya insentif, kurangnya kesempatan pengembangan karir, dan kurangnya motivasi bagi tenaga kesehatan untuk bekerja di daerah terpencil.
  - Untuk saat ini SDM Kesehatan belum semuanya terpenuhi di faskes pemerintah;
  - Proses pengadaan dan pemenuhan SDM Kesehatan terkendala di ketersediaan tenaga kesehatan khususnya dokter gigi dan Apoteker yang sudah dibuka formasi tetapi tidak ada tenaga yang mengisi.
  - Peningkatan Kompetensi SDM Kesehatan terkendala pada keterbatasan anggaran yang tersedia.
  - Tidak ada pemberian reward khusus kepada SDM Kesehatan yang ada saat ini adalah berkaitan dengan jasa pelayanan yang diberikan dalam bentuk uang.
3. Sediaan farmasu, obat, makanan dan perbekalan Kesehatan.
  - Kekurangan obat pengadaan dari dinas Kesehatan karena bergantung pada e catalog dan jika emergensi pasien beli sendiri.
  - Kekurangan alat Kesehatan di ruang Tindakan.
4. Penelitian, pengembangan dan pengkajian teknologi Kesehatan;
  - Kabupaten Sumba Barat terkhusus Dinas Kesehatan belum pernah melakukan penelitian dan pengembangan teknologi Kesehatan sehingga belum pernah dilaksanakan penelitian, pengembangan dan pengkajian teknologi Kesehatan. Pemerintah Daerah Kabupaten Sumba Barat hanya pernah ikut terlibat melakukan Survey Kesehatan Indonesia yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan.
5. Pemberdayaan Masyarakat.
  - Masyarakat masih acuh terhadap informasi Kesehatan;
  - Penyuluhan Kesehatan sebagai bagian promosi Kesehatan masih sangat kurang karena keterbatasan anggaran
  - Revolusi KIA belum berjalan maksimal, masih ada ibu yang melahirkan tidak di faskes
6. Pembiayaan Kesehatan.
  - Perbedaan kemampuan ekonomi masyarakat menyebabkan kesenjangan dalam akses terhadap layanan kesehatan.

- Sumber pembiayaan Kesehatan kebanyakan dibebankan pada APBN karena keterbatasan anggaran yang ada pada APBD Kabupaten Sumba Barat;
- Untuk saat ini jika ada Masyarakat yang tidak memiliki biaya untuk Kesehatan, bisa membuat surat keterangan tidak mampu untuk diarahkan membuat kartu jaminan Kesehatan

#### 7. Upaya Kesehatan.

- Akses ke Pelayanan Kesehatan: Masyarakat mungkin kesulitan mendapatkan akses ke fasilitas kesehatan yang memadai, terutama di daerah terpencil.
- Ketersediaan Tenaga Kesehatan: Kurangnya tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, dan bidan dapat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan.
- Ketersediaan Obat dan Alat Kesehatan: Persediaan obat dan alat kesehatan yang tidak mencukupi dapat menghambat upaya pengobatan dan pencegahan penyakit.
- Penyakit Menular dan Tidak Menular: Tingginya prevalensi penyakit menular seperti TBC, malaria, dan HIV/AIDS, serta penyakit tidak menular seperti diabetes dan hipertensi.
- Gizi dan Pola Makan: Masalah gizi buruk dan kurangnya pemahaman tentang pola makan sehat dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat.
- Lingkungan dan Sanitasi: Kondisi lingkungan yang kurang sehat dan sanitasi yang buruk dapat meningkatkan risiko penyakit

Selanjutnya berdasarkan Dokumen Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Tahun 2025-2045 maka diketahui beberapa permasalahan yang dihadapi yakni sebagai berikut<sup>9</sup>:

1. Masih rendahnya daya tampung rumah sakit terhadap jumlah penduduk;
2. Masih rendahnya RS rujukan tingkat kabupaten yang terakreditasi;
3. Akses pelayanan kesehatan kepada ibu hamil belum optimal;
4. Masih rendahnya akses pelayanan kesehatan yang sesuai standar kepada balita;
5. Masih rendahnya tingkat *Universal Shild Immunization* (UCI);
6. Masih rendahnya akses pelayanan kesehatan kepada anak usia pendidikan dasar;
7. Kesadaran masyarakat untuk melaksanakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) masih kurang;

---

<sup>9</sup> RPJPD Kabupaten Sumba Barat Tahun 2025-2045

8. Akses layanan kesehatan kepada masyarakat secara umum belum optimal;
9. Masih rendahnya akses skrining kesehatan sesuai standar kepada lanjut usia; dan
10. Penanganan terhadap penyakit hipertensi masih belum optimal.

**D. Kajian Terhadap Implikasi Penerapan Sistem Baru Yang Akan Diatur Dalam Perda Terhadap Aspek Kehidupan Masyarakat Dan Dampaknya Terhadap Aspek Beban Keuangan Daerah.**

**1. Implikasi Penerapan Sistem Baru Terhadap Aspek Kehidupan Masyarakat**

Penerapan sistem baru dalam Perda tentang Sistem Kesehatan Daerah akan membawa manfaat bagi masyarakat kesehatan yang baik adalah kunci untuk meningkatkan indeks pembangunan manusia secara keseluruhan. Beberapa aspek yang akan berimplikasi dari peraturan daerah ini yakni:

a. Aspek Kultur

Aspek Kultur merupakan bagian dari kehidupan masyarakat yang akan dipengaruhi ketika tercipta sistem baru dalam Sistem Kesehatan Daerah. Berdasarkan hasil assment dan penggalian masalah yang dilakukan oleh tim penyusun kajian, Sistem Kesehatan Daerah di Kabupaten Sumba Barat perlu dilakukan sesegera mungkin untuk mendapatkan legitimasi dalam Sistem Kesehatan Daerah yang baik guna menjawab kebutuhan Daerah untuk pelayanan Kesehatan yang bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh penduduk Kabupaten Sumba Barat memiliki akses yang adil, merata, dan berkualitas terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan visi pembangunan kesehatan nasional yang menitikberatkan pada peningkatan kualitas hidup masyarakat serta pencapaian derajat kesehatan yang setinggi-tingginya menjadi sangat urgen. Keadaan dari regulasi ini perlu diperhatikan dan diintervensi dengan berbagai kebijakan dan program Pemerintah Daerah di bidang kesehatan. Kultur demikian akan direkayasa sehingga keadaan ini menjadi baik dan Pemerintah Daerah Kabupaten Sumba Barat dalam melakukan Upaya Kesehatan masyarakat mendapatkan legitimasi yang kuat. Untuk itu, dengan adanya Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah, diharapkan akan menjadi sarana rekayasa sosial untuk mengubah kultur yang selama ini terjadi tanpa pengaturan yang komprehensif dan parsial. Kultur yang dijabarkan diatas akan mendatangkan kemanfaatan bagi Pemerintah Daerah maupun masyarakat dalam upaya meningkatkan Kesehatan Masyarakat sehingga seluruh

penduduk memiliki akses yang adil, merata, dan berkualitas terhadap pelayanan kesehatan Kabupaten Sumba Barat.

b. Aspek Hukum

Keberadaan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah memiliki pengaruh positif terhadap aspek hukum dalam masyarakat. Keberadaan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah ini menjadi salah satu bagian dalam hierarki peraturan perundang-undangan yang bersifat *regheiling* (pengaturan). Hal ini akan berguna karena Sistem Kesehatan Daerah ini harus dilaksanakan dengan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten Sumba Barat, disini akan tercipta kepastian hukum dan kemanfaatan hukum bagi masyarakat dan Pemerintah Daerah Kabupaten Sumba Barat.

**2. Kajian Dampak Pengaturan Terhadap Aspek Beban Keuangan Daerah**

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah akan berdampak pada beban keuangan daerah dimana terdapat biaya yang harus disiapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sumba Barat. Biaya tersebut antara lain diperlukan untuk proses Sistem Kesehatan Daerah di Kabupaten Sumba Barat terutama mengenai pemenuhan SDM Kesehatan, Sarana Prasarana, pelayanan Kesehatan, promosi kesehatan dan pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang bertujuan untuk menunjang pemenuhan Kesehatan sebesar-besarnya di Kabupaten Sumba Barat.

Jika dilihat beban keuangan yang harus disediakan oleh pemerintah daerah cukup banyak, namun mengingat akan manfaat begitu besarnya manfaat yang akan diterima oleh daerah nantinya yaitu dengan adanya pembentukan peraturan daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah maka beban keuangan bukan merupakan kendala melainkan menjadi peluang bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Sumba Barat untuk tampil menjadi daerah dengan indeks Pembangunan manusia yang baik yang ada di Wilayah Nusa Tenggara Timur. Dengan keadaan tersebut maka Rancangan Peraturan Daerah Tentang Sistem Kesehatan Daerah ini perlu untuk segera ditetapkan.

### BAB III

## EVALUASI DAN ANALISIS TERHADAP PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT SISTEM KESEHATAN DAERAH

Dalam tataran teori kita mengenal hirarki peraturan perundang-undangan yang dicetuskan oleh Hans Kelsen seorang tokoh positiv-idealis yang mengajarkan teori *Stufenbeuthetheorie*. Teori ini bertujuan untuk menjelaskan bagaimana sesungguhnya hukum itu berasal, hingga muncul dalam peraturan hukum positif. Di dalam penjelasan lebih lanjut, Hans Kelsen mengajarkan mengenai hirarki peraturan perundang-undangan yang disusun secara berjenjang dan bertingkat-tingkat dimana antara yang satu dengan yang lain memiliki keterkaitan.

Di Indonesia menganut sistem hirarki peraturan perundang-undangan sebagaimana diatur di dalam Pasal 7 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan. Pada ayat (1) dapat dilihat dalam puncak tabulasi terdapat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 sebagai basic norm dan Perda terletak pada akhir tabulasi yang artinya tidak boleh bertentangan dengan semua peraturan perundang-undangan di atasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2) Pasal 7 bahwa kekuatan hukum peraturan perundang-undangan sesuai dengan hirarki.

Oleh karena itu penting untuk dikaji semua jenis peraturan perundang-undangan terkait Sistem Kesehatan Daerah agar rancangan Perda tidak lagi mengatur norma yang telah diatur serta tidak bertentangan di dalam peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, selain itu dengan mengkaji semua peraturan perundang-undangan terkait maka akan menjadi bahan bagi materi muatan apa yang sesuai dengan kewenangan baik atributif maupun delegasi yang diberikan di dalam Perda tentang Sistem Kesehatan Daerah ini.

Peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai Sistem Kesehatan Daerah yaitu:

#### 1. Undang-Undang Dasar RI Tahun 1945

Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menunjukkan cita-cita bangsa termasuk di dalamnya cita-cita dalam bidang kesehatan. Alinea ke-4 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menyatakan bahwa: Kemudian daripada itu untuk membentuk suatu Pemerintah Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa

Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial, maka disusunlah Kemerdekaan Kebangsaan Indonesia itu dalam suatu Undang Undang Dasar Negara Indonesia, yang terbentuk dalam suatu susunan Negara Republik Indonesia yang berkedaulatan rakyat dengan berdasarkan kepada Ketuhanan Yang Maha Esa, Kemanusiaan yang adil dan beradab, Persatuan Indonesia dan Kerakyatan yang dipimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam Permusyawaratan/Perwakilan, serta dengan mewujudkan suatu Keadilan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Semangat atau cita-cita bangsa yang tertuang dalam pembukaan Undang- Undang Dasar Negara Republik Indonesia tersebut selanjutnya diderivasi dalam batang tubuh yakni Pasal 34 ayat (3) yang mengamanatkan bahwa Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Selanjutnya ayat (4) memberikan delegasi bahwa Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pasal ini diatur dalam undang- undang.

Pasal tersebut menunjukkan adanya tanggung jawab negara atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Negara dimaksud meliputi beberapa unsur yakni pemerintahan dan masyarakat sehingga penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan adalah tanggung jawab bersama. Untuk menjalankan tanggung jawab tersebut maka diperintahkan untuk pengaturan lebih lanjut dalam undang-undang yakni Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan beserta sejumlah peraturan pelaksanaan dan peraturan kebjaksaan dibidang kesehatan.

**2. Undang- Undang Nomor 68 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Tingkat II Dalam Wilayah Daerah-Daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat Dan Nusa Tenggara Timur.**

Pasal 1 ayat (3), dibentuk sebagai daerah tingkat II, termasuk dalam wilayah daerah tingkat I Nusa Tenggara Timur dengan diberi nama Daerah tingkat II Sumba Barat. Selanjutnya Pasal 2 menyebutkan bahwa “tempat kedudukan Pemerintah Daerah-Daerah tersebut dalam Pasal 1 adalah Daerah tingkat II Sumba Barat di Waikabubak”

**3. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan**

## **Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang.**

Setiap warga negara berhak mendapatkan jaminan sosial, sebagaimana diamanatkan dalam ketentuan Pasal 28H ayat (2) dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Jaminan sosial berdasarkan ketentuan Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Sebagaimana Telah Diubah Dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 Tentang Cipta Kerja adalah “salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak”. Jaminan sosial diselenggarakan melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional, hal ini merupakan bentuk tanggungjawab negara dalam menyejahterakan warga negaranya.

Pasal 3 menyebutkan bahwa Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.

Kesehatan merupakan salah satu jenis program jaminan sosial yang diselenggarakan oleh pemerintah sebagaimana disebutkan dalam ketentuan Pasal 18 huruf a. Jaminan kesehatan merupakan salah satu bentuk komitmen pemerintah dalam memberikan kesejahteraan berupa jaminan perlindungan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia.

Pasal 19 ayat (2) Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

### Pasal 20

- (1) Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.
- (2) Anggota keluarga peserta berhak menerima manfaat jaminan kesehatan.
- (3) Setiap peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain yang menjadi tanggungannya dengan penambahan iuran.

Pasal 22 ayat (1) menyebutkan bahwa “manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan”.

### Pasal 23

- (1) Manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 diberikan pada fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- (2) Dalam keadaan darurat pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan pada fasilitas kesehatan yang tidak terjalin kerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- (3) Dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik sejumlah peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan kompensasi.
- (4) Dalam hal peserta membutuhkan rawat inap di rumah sakit, maka kelas pelayanan di rumah sakit diberikan berdasarkan kelas standar.

#### Pasal 24

- (1) Besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut.
- (2) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak permintaan pembayaran diterima.
- (3) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan Kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan Kesehatan.

#### **4. Undang-Undang No. 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan Sebagaimana Telah Diubah Dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang No. 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan.**

Undang-Undang No. 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (UU 12/2011) yang diundangkan dan mulai berlaku pada tanggal 12 agustus 2011 merupakan pengganti dari Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan. Di dalam UU 12/2011 memberi defenisi Pembentukan Peraturan Perundang-undangan adalah pembuatan Peraturan Perundang-undangan yang mencakup tahapan perencanaan, penyusunan, pembahasan, pengesahan atau penetapan, dan pengundangan (pasal 1 ayat (1)).

Di dalam UU 12/2011 mengatur tentang Peraturan Daerah Kabupaten/Kota yakni suatu peraturan perundang-undangan yang dibentuk oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten/Kota dengan persetujuan bersama Bupati/Walikota yang berisi materi muatan dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah dan tugas pembantuan serta menampung kondisi khusus daerah dan/atau penjabaran lebih lanjut Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi dan disusun melalui suatu perencanaan yang dilakukan dalam Program legislasi daerah (Prolegda) Kabupaten/Kota. Di dalam penyusunan Prolegda Kabupaten/Kota terdapat ketentuan mengenai dasar penyusunannya, yakni:

- a. perintah Peraturan Perundang-undangan lebih tinggi;
- b. rencana pembangunan daerah;
- c. penyelenggaraan otonomi daerah dan tugas pembantuan; dan
- d. aspirasi masyarakat daerah.

Selanjutnya ditentukan bahwa Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota disertai dengan penjelasan atau keterangan dan/atau Naskah Akademik. Penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota dilakukan sesuai dengan teknik penyusunan Naskah Akademik yang ada pada lampiran UU ini.

Mengacu pada ketentuan UU 12/2011 tersebut maka rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah ini dibuat. Segala ketentuan mengenai teknis dan dasar pembentukan Peraturan Daerah kabupaten/kota tersebut menjadi pedoman dalam penyusunan dan penetapan peraturan daerah Kabupaten Sumba Barat bagi Sistem Kesehatan Daerah.

**5. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa, sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang.**

Pasal 26 ayat (3) huruf c mengamanatkan bahwa dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Desa berhak: menerima penghasilan tetap setiap bulan, tunjangan, dan penerimaan lainnya yang sah, serta mendapat jaminan kesehatan. Dalam penjelasannya disebutkan bahwa Jaminan kesehatan yang diberikan kepada Kepala Desa diintegrasikan dengan jaminan pelayanan yang dilakukan oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 66 ayat (4) mengatur bahwa Selain penghasilan tetap, Kepala Desa dan perangkat Desa memperoleh jaminan kesehatan dan dapat memperoleh penerimaan lainnya yang sah. Dalam penjelasannya disebutkan bahwa jaminan kesehatan yang diberikan kepada Kepala Desa dan perangkat Desa diintegrasikan dengan jaminan pelayanan yang dilakukan oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sebelum program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menjangkau ke tingkat Desa, jaminan kesehatan dapat dilakukan melalui kerja sama Kabupaten/Kota dengan Badan Usaha Milik Negara atau dengan memberikan kartu jaminan kesehatan sesuai dengan kemampuan keuangan daerah masing-masing yang diatur dengan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota.

Pasal 74 ayat (2) mengatur bahwa kebutuhan pembangunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi, tetapi tidak terbatas pada kebutuhan primer, pelayanan dasar, lingkungan, dan kegiatan pemberdayaan masyarakat Desa. Dalam penjelasannya disebutkan bahwa yang dimaksud dengan “tidak terbatas” adalah kebutuhan pembangunan di luar pelayanan dasar yang dibutuhkan masyarakat Desa. Yang dimaksud dengan “kebutuhan primer” adalah kebutuhan pangan, sandang, dan papan. Yang dimaksud dengan “pelayanan dasar” adalah antara lain pendidikan, kesehatan, dan infrastruktur dasar.

**6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang.**

Pasal 12 ayat (1) huruf b mengatur bahwa salah satu urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar meliputi Kesehatan.

Pasal 31 ayat (2) huruf b merumuskan bahwa salah satu tujuan penataan Daerah untuk mempercepat peningkatan kesejahteraan masyarakat. dalam penjelasannya disebutkan bahwa yang dimaksud dengan “mempercepat peningkatan kesejahteraan masyarakat” adalah peningkatan indeks pembangunan manusia yang ditandai dengan peningkatan kesehatan, pendidikan, dan pendapatan masyarakat.

Pasal 36 ayat (8) huruf b merumuskan bahwa salah satu parameter kemampuan penyelenggaraan pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g meliputi aksesibilitas pelayanan dasar kesehatan.

Pasal 200 ayat (4) menyatakan bahwa: Anggota DPRD kabupaten/kota yang diberhentikan sementara tetap mendapatkan hak keuangan tertentu. Dalam penjelasannya disebutkan bahwa yang dimaksud dengan “hak keuangan tertentu” adalah hak keuangan yang meliputi uang representasi, uang paket, tunjangan keluarga dan tunjangan beras serta tunjangan pemeliharaan kesehatan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Pasal 343 ayat (1) huruf k menyatakan bahwa pengelolaan BUMD paling sedikit harus memenuhi unsur penilaian tingkat kesehatan, restrukturisasi, privatisasi. Selanjutnya dalam Angka I huruf B Lampiran tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan

Tabel 19 Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan

NO	SUB URUSAN	PEMERINTAH PUSAT	DAERAH PROVINSI	DAERAH KABUPATEN / KOTA
1.	Upaya Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pengelolaan upaya kesehatan perorangan (UKP) rujukan nasional / lintas Daerah provinsi.</li> <li>b. Pengelolaan upaya kesehatan masyarakat (UKM) nasional dan rujukan nasional / lintas Daerah provinsi.</li> <li>c. Penyelenggaraan registrasi, akreditasi, dan standarisasi fasilitas pelayanan kesehatan publik dan swasta.</li> <li>d. Penerbitan izin rumah sakit kelas A dan fasilitas pelayanan kesehatan penanaman modal asing (PMA) serta fasilitas pelayanan kesehatan tingkat Nasional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pengelolaan UKP rujukan tingkat Daerah provinsi / lintas Daerah kabupaten / kota.</li> <li>b. Pengelolaan UKM Daerah provinsi dan rujukan tingkat Daerah kabupaten / kota.</li> <li>c. Penerbitan izin rumah sakit kelas B dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat Daerah provinsi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pengelolaan UKP Daerah kabupaten / kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten / kota.</li> <li>b. Pengelolaan UKM Daerah kabupaten / kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten / kota.</li> <li>c. Penerbitan izin rumah sakit kelas C dan D dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat Daerah kabupaten / kota.</li> </ul>
2.	SDM Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penetapan standarisasi dan registrasi tenaga kesehatan Indonesia, tenaga kesehatan warga negara asing (TK-WNA), serta Penerbitan rekomendasi pengesahan rencana penggunaan tenaga kerja asing (RPTKA) dan izin mempekerjakan tenaga asing (IMTA).</li> <li>b. Penetapan penempatan dokter spesialis dan dokter gigi spesialis bagi Daerah yang tidak mampu dan tidak diminati.</li> <li>c. Penetapan standar kompetensi teknis dan sertifikasi pelaksana Urusan Pemerintahan bidang kesehatan.</li> <li>d. Penetapan standar pengembangan kapasitas</li> </ul>	Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah provinsi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penerbitan izin praktik dan izin kerja tenaga kesehatan.</li> </ul> Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah kabupaten / kota.

		SDM kesehatan. Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Nasional.		
3.	Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan Minuman	<p>a. Penyediaan obat, vaksin, alat kesehatan, dan suplemen kesehatan program nasional.</p> <p>b. Pengawasan ketersediaan Pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan.</p> <p>c. Pembinaan dan pengawasan industri, sarana produksi dan sarana distribusi sediaan farmasi, obat tradisional, alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT), bahan obat, bahan baku alam yang terkait dengan kesehatan.</p> <p>d. Pengawasan pre-market obat, obat tradisional, kosmetika, alat kesehatan, PKRT, dan makanan minuman. Pengawasan post-market obat, obat tradisional, kosmetika, alat kesehatan, PKRT, dan makanan minuman.</p>	<p>a. Penerbitan pengakuan pedagang besar farmasi (PBF) cabang dan cabang penyalur alat kesehatan PAK).</p> <p>Penerbitan izin usaha kecil obat tradisional (UKOT).</p>	<p>a. Penerbitan izin apotek, toko obat, toko alat kesehatan dan optikal.</p> <p>b. Penerbitan izin usaha mikro obat tradisional (UMOT).</p> <p>c. Penerbitan sertifikat produksi alat kesehatan kelas 1(satu)tertentu dan PKRT kelas 1(satu)tertentu perusahaan rumah tangga.</p> <p>d. Penerbitan izin produksi makanan dan minuman pada industri rumah tangga. Pengawasan post- market produk makanan-minuman industri rumah tangga.</p>
4.	Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan	Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh nasional dan internasional, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat serta dunia usaha tingkat nasional dan internasional.	Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh provinsi, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat provinsi.	Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui Tokoh kabupaten/kota, Kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat kabupaten/kota.

## 7. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

Undang-Undang ini menggantikan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, sekaligus mencabut 11 (sebelas) Undang-Undang, yakni:

1. Undang-Undang Nomor 419 Tahun 1949 tentang Ordonansi Obat Keras (Staatsblad 1949 Nomor 419);
2. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);
3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 132, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5434);
7. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5571);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
9. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
10. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 128, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 62361; dan
11. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 56, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6325).

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa Undang-Undang ini menggunakan Teknik kondifikasi. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan merubah beberapa arah pengaturan terkait Kesehatan sebagai berikut:

Pertama, perubahan fokus pemerintah dari “mengobati” menjadi “mencegah”. Bercermin pada kasus COVID-19 lalu memakan banyak korban dan berdampak pada seluruh masyarakat membuat seluruh dunia termasuk Indonesia mengupayakan perkembangan kualitas kesehatan.

Penyebaran COVID 19 yang secara tiba-tiba mengejutkan masyarakat terkhususnya dunia kesehatan. Maka, untuk tujuan yang lebih baik dan mencegah hal yang tidak diinginkan pemerintah melakukan pembaharuan terhadap penyelenggaraan upaya kesehatan dalam bentuk preventif dan kuratif melalui pelayanan kesehatan primer, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mengedepankan

hak masyarakat dan tanggung jawab pemerintah.

Kedua, akses layanan yang lebih mudah nantinya akan dapat dijumpai pada pelayanan kesehatan rujukan melalui pemenuhan infrastruktur SDM, sarana prasarana, pemanfaatan telemedicine, dan pengembangan jejaring pengampunan layanan prioritas, serta layanan unggulan nasional berstandar internasional.

Ketiga, Industri kesehatan mandiri di dalam negeri. Manufaktur alat kesehatan berdasarkan klasifikasi alatnya baru sekitar 15-20% diproduksi dalam negeri, dan untuk alat kesehatan dengan teknologi canggih baru sekitar 5% produksi dalam negeri. Sedangkan, impor alat kesehatan mencapai angka 80%. Perubahan UU Kesehatan ini akan memprioritaskan penggunaan bahan baku dan produk dalam negeri, mendorong perkembangan industri kesehatan di dalam negeri. Dengan cara penguatan ketahanan kefarmasian dan alat kesehatan melalui rantai pasok dari hulu hingga hilir, pemberian insentif kepada industri yang melakukan penelitian, pengembangan, dan produksi dalam negeri.

Keempat, sistem kesehatan yang tangguh dari bencana. Kesiagaan bidang kesehatan terhadap bencana ini dengan melakukan penguatan melalui perbaikan tata kelola kewaspadaan, penanggulangan, dan pasca-KLB dan wabah, termasuk pembagian peran dan koordinasi darurat dengan melakukan pendaftaran, pembinaan, dan mobilisasi tenaga cadangan kesehatan apabila sewaktu-waktu diperlukan saat terjadi bencana.

Kelima, pembiayaan yang transparan dan efektif. Terdapat peningkatan alokasi anggaran kesehatan yang diberikan pemerintah sebelumnya 5% dan sekarang berubah menjadi 10%. Alokasi anggaran ini tidak akan disia-siakan karena pemerintah sepakat memberikan anggaran berbasis kinerja yang akan mengacu pada program kesehatan nasional, dan dituangkan dalam rencana induk bidang kesehatan yang menjadi pedoman yang jelas bagi pemerintah dan pemerintah daerah seperti penggunaan dana pada infrastruktur, pelayanan kesehatan, dan pengembangan sumber daya manusia di bidang kesehatan.

Keenam, pemerataan tenaga kesehatan dan perizinan yang mudah dan sederhana. Ketua Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) menyebutkan bahwa pada tahun 2022 jumlah dokter di Indonesia terhitung mencapai 176.110 orang dan sudah termasuk gabungan dari dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis. Angka ini merupakan jumlah yang kecil jika dibandingkan banyaknya provinsi, kota, dan kabupaten di Indonesia. Sehingga timbullah ketidakrataan dalam pelayanan kesehatan.

Namun, dengan adanya perubahan UU Kesehatan baru ini diharapkan dapat meningkatkan jumlah dokter di Indonesia sehingga dapat dilakukannya pemerataan terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia.

Perubahan pengaturan ini menyederhanakan praktek perizinan dokter melalui penerbitan STR yang berlaku seumur hidup dengan kualitas yang terjaga, pembebasan pembayaran uang sekolah selama masa residensi rumah sakit. Hingga, memberikan peluang terhadap dokter warga negara asing baik itu lulusan luar negeri maupun dalam negeri untuk dapat berpraktek di Indonesia.

Penerimaan tenaga kesehatan dan tenaga medis warga negara asing yang terbagi menjadi tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara asing lulusan dalam negeri dan lulusan luar negeri sebagaimana diatur dalam pasal 246 dan 248 UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023. Bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara asing lulusan dalam negeri diwajibkan mempunyai mempunyai STR, dan SIP. Sedangkan, Tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri hanya diperuntukan untuk untuk Tenaga Medis spesialis dan subspecialis serta Tenaga Kesehatan tingkat kompetensi tertentu setelah mengikuti evaluasi kompetensi yang ditetapkan.

Ketujuh, sistem informasi yang terintegrasi dan terdepan. Perubahan ini mengharapakan masyarakat untuk dapat dengan mudah mengakses data kesehatan pada sistem informasi kesehatan nasional tanpa mengkhawatirkan data pribadinya. Kemudian diharapkan dapat memanfaatkan teknologi biomedis untuk pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kedokteran presisi yang bertujuan agar meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan.

Hal yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan meliputi:

1. Ketentuan Umum;
2. Hak dan Kewajiban
3. Tanggung Jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah
4. Penyelenggaraan Kesehatan
5. Upaya Kesehatan
6. Fasilitas Pelayanan Kesehatan
7. Sumber Daya Manusia Kesehatan
8. Perbekalan Kesehatan

9. Ketahanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan
10. Teknologi Kesehatan
11. Sistem Informas Kesehatan
12. Kejadian Luar Biasa dan Wabah
13. Pendanaan Kesehatan
14. Koordinasi dan sinkronisasi Penguatan Sistem Kesehatan
15. Partisipasi Masyarakat
16. Pembinaan dan Pengawasan
17. Penyidikan
18. Ketentuan Pidana
19. Ketentuan Peralihan
20. Ketentuan Penutup

Berdasarkan materi muatan tersebut, terdapat tanggung jawab Pemerintah daerah yang diatur dalam beberapa ketentuan Pasal 6 sampai dengan Pasal 15 berikut.

Pasal 6	Merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina dan mengawasi penyelenggaraan upaya Kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata dan terjangkau oleh masyarakat, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan
Pasal 7	Meningkatkan dan mengembangkan upaya Kesehatan dalam rangka meningkatkan akses dan mutu pelayanan Kesehatan berdasarkan penelitian dan pengkajian yang dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan
Pasal 8	Menyelenggarakan kegiatan kewaspadaan KLB atau wabah, penanggulangan KLB atau wabah dan pasca-KLB atau wabah
Pasal 9	Ketersediaan lingkungan yang sehat bagi masyarakat
Pasal 10	Ketersediaan sumber daya Kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat; serta dapat memberikan insentif fiscal dan/atau insentif non fiscal berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan
Pasal 11	Ketersediaan dan akses fasilitas pelayanan Kesehatan serta informasi dan edukasi Kesehatan
Pasal 12	Bertanggungjawab terhadap: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pengaturan, pembinaan, pengawasan serta peningkatan mutu dan kompetensi tenaga medis dan tenaga Kesehatan.</li> </ol>

	<p>b. Perencanaan, pengadaan serta pendayagunaan tenaga medis dan tenaga Kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat dan wilayahnya berdasarkan ketentuan peraturan perundang- undangan</p> <p>c. Kesejahteraan tenaga medis dan tenaga Kesehatan</p> <p>Pelindungan kepada pasien dan sumber daya manusia Kesehatan</p>
Pasal 13	Perencanaan, pemenuhan, pendayagunaan dan kesejahteraan tenaga pendukung atau penunjang Kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat dan wilayahnya
Pasal 14	Memberdayakan dan mendorong partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan upaya Kesehatan
Pasal 15	Dapat menetapkan kebijakan daerah dan wajib mengacu pada NSPK pembangunan Kesehatan yang ditetapkan pemerintah pusat

**8. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Sebagaimana Telah Diubah Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan**

Pasal 1 angka 3 menyebutkan definisi Bantuan iuran jaminan kesehatan yang selanjutnya disebut bantuan iuran adalah program jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu yang dibayar oleh pemerintah. Selanjutnya angka 4 menyebutkan bahwa penerima iuran jaminan kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program jaminan kesehatan.

Pasal 2 ayat (1) menyebutkan bahwa Kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu ditetapkan oleh Menteri setelah berkoordinasi dengan menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait.

Pasal 3, menyebutkan bahwa Hasil pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik diverifikasi dan divalidasi oleh Menteri untuk dijadikan data terpadu.

Pasal 5 ayat (1) Data terpadu yang ditetapkan oleh Menteri dirinci menurut provinsi dan kabupaten/kota. Ayat (2) Data terpadu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi dasar bagi penentuan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan.

Pasal 13 menyebutkan bahwa Peran serta masyarakat dapat dilakukan dengan cara memberikan data yang benar dan akurat tentang PBI Jaminan Kesehatan, baik diminta maupun tidak diminta. Selanjutnya Pasal 14 Peran serta masyarakat

sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 disampaikan melalui unit pengaduan masyarakat di setiap pemerintah daerah, yang ditunjuk oleh gubernur atau bupati/walikota sesuai dengan kewenangannya.

**9. Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 Tentang Desa Sebagaimana Telah Diubah Beberapa Kali Terakhir Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2021 Tentang Badan Usaha Milik Desa**

Pasal 12 ayat (7) huruf g merumuskan bahwa pejabat kepala desa persiapan mempunyai tugas melaksanakan pembentukan desa persiapan meliputi pendataan bidang kependudukan, potensi ekonomi, inventarisasi pertanahan serta pengembangan sarana ekonomi, pendidikan, dan kesehatan.

Pasal 34 ayat (2) huruf f merumuskan bahwa kewenangan lokal berskala desa paling sedikit terdiri atas kewenangan pembinaan kesehatan masyarakat dan pengelolaan pos pelayanan terpadu.

Pasal 150 ayat (3) huruf f menyatakan bahwa dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) lembaga kemasyarakatan desa memiliki fungsi meningkatkan kesejahteraan keluarga. Dalam penjelasannya disebutkan bahwa peningkatan kesejahteraan keluarga dapat dilakukan melalui peningkatan kesehatan, pendidikan, usaha keluarga, dan ketenagakerjaan.

**10. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan.**

Sistem Informasi Kesehatan berdasarkan Pasal 1 angka 1 adalah seperangkat tatanan yang meliputi data informasi, indikator, prosedur, perangkat, teknologi, dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan.

Pasal 4:

- (1) Data Kesehatan terdiri atas:
  - a. data rutin; dan
  - b. data nonrutin.
- (2) Data rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dikumpulkan secara teratur oleh penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, instansi Pemerintah Daerah, dan instansi Pemerintah melalui pencatatan dan pelaporan atau cara lain.

Pasal 5:

Data Kesehatan harus terbuka untuk diakses oleh unit kerja instansi Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang mengelola Sistem Informasi Kesehatan sesuai dengan kewenangan masing-masing.

Pasal 6, Data Kesehatan harus memenuhi standar, yang meliputi:

- a. data sesuai dengan Indikator Kesehatan;
- b. jenis, sifat, format, basis data, kodifikasi, dan metadata yang dapat dengan mudah diintegrasikan;
- c. akurat, jelas, dan dapat dipertanggungjawabkan; dan
- d. mampu rekam pada alat/sarana pencatatan, pengolahan, dan penyimpanan data yang andal, aman, dan mudah dioperasikan.

#### Pasal 8

- (1) Informasi Kesehatan terdiri atas: a. informasi upaya kesehatan; b. informasi penelitian dan pengembangan kesehatan; c. informasi pembiayaan kesehatan; d. informasi sumber daya manusia kesehatan; e. informasi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan; f. informasi manajemen dan regulasi kesehatan; dan g. informasi pemberdayaan masyarakat.

#### Pasal 10

- (1) Indikator Kesehatan terdiri atas: a. Indikator Kesehatan nasional; b. Indikator Kesehatan provinsi; dan c. Indikator Kesehatan kabupaten/kota.
- (2) Indikator Kesehatan kabupaten/kota ditetapkan oleh bupati/walikota dengan mengacu pada Indikator Kesehatan provinsi.
- (3) Gubernur dan bupati/walikota dapat menambahkan Indikator Kesehatan tambahan yang bersifat spesifik sesuai dengan keadaan dan kebutuhan daerah.

#### Pasal 11

- (1) Dalam merumuskan Indikator Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 harus melibatkan para ahli dan pemangku kepentingan terkait.
- (2) Perumusan indikator kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan berbasis bukti (evidence based).

#### Pasal 13

- (1) Data dan Informasi Kesehatan dalam penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan bersumber dari: a. fasilitas kesehatan, termasuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta;

dan b. masyarakat, baik perorangan maupun kelompok.

- (2) Data dan Informasi Kesehatan selain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat bersumber dari instansi Pemerintah dan Pemerintah Daerah terkait.

#### Pasal 26

- (1) Sistem Informasi Kesehatan wajib dikelola oleh: a. Pemerintah, untuk pengelolaan satu Sistem Informasi Kesehatan skala nasional dalam ruang lingkup Sistem Kesehatan Nasional; b. Pemerintah Daerah provinsi, untuk pengelolaan satu Sistem Informasi Kesehatan skala provinsi; c. Pemerintah Daerah kabupaten/kota, untuk pengelolaan satu Sistem Informasi Kesehatan skala kabupaten/kota; dan d. Fasilitas Pelayanan Kesehatan, untuk pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan skala Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (2) Sistem Informasi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikelola secara berjenjang, terkoneksi, dan terintegrasi serta didukung dengan kegiatan pemantauan, pengendalian, dan evaluasi.

Pasal 27 huruf e menyebutkan bahwa Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan pada skala kabupaten/kota adalah pengelolaan Data dan Informasi Kesehatan, meliputi kegiatan pencatatan, pengumpulan, standardisasi, pengolahan, penyimpanan, penyebarluasan, dan penggunaan

Pasal 30 menormakan bahwa: Pengelola Sistem Informasi Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 ayat (1) wajib melakukan kliring data (data clearing) sebelum penyebarluasan Data dan Informasi Kesehatan kepada pengguna Data dan Informasi Kesehatan.

Pasal 36 mengatur bahwa: Sistem Informasi Kesehatan kabupaten/kota dikelola oleh unit kerja struktural atau fungsional pada satuan kerja perangkat daerah kabupaten/kota yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 37 mengamanatkan bahwa: Unit kerja struktural atau fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 melaksanakan kegiatan pengelolaan Data dan Informasi Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 huruf e pada skala kabupaten/kota, berupa: a. permintaan Data dan Informasi Kesehatan kepada pihak yang terkait dengan pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan; b. pengumpulan dan/atau penggabungan data rutin dan nonrutin dari sumber data; c. pengolahan Data Kesehatan; d. penyimpanan, pemeliharaan, dan penyediaan cadangan Data dan Informasi Kesehatan; e. pemberian umpan balik ke sumber data; f. pelaksanaan analisis data sesuai kebutuhan; g. penyebarluasan Informasi Kesehatan dengan menggunakan media elektronik dan/atau media nonelektronik

sesuai kebutuhan; h. pengiriman Data dan Informasi Kesehatan yang dibutuhkan dalam pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan provinsi dan nasional; dan i. pelaksanaan pembinaan dan fasilitasi pengembangan Sistem Informasi Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama.

Pasal 40 ayat (1) menetapkan bahwa: Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus mengoperasikan sendiri sistem elektronik rekam medik.

#### Pasal 44

- (1) Pemerintah dan Pemerintah Daerah memfasilitasi penyediaan sumber daya Sistem Informasi Kesehatan untuk memperlancar penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan sesuai dengan kewenangan masing-masing.
- (2) (2) Sumber daya Sistem Informasi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas: a. perangkat; dan b. sumber daya manusia.

Pasal 47 ayat (3) mengatur bahwa: Bupati/walikota dan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan tingkat kedua membangun jaringan Sistem Informasi Kesehatan daerah untuk komunikasi Data dan Informasi Kesehatan skala kabupaten/kota secara elektronik.

Pasal 48 ayat (3) menormakan bahwa: Jaringan Sistem Informasi Kesehatan daerah dikelola oleh gubernur atau bupati/walikota dan diintegrasikan dengan jaringan Sistem Informasi Kesehatan nasional.

Pasal 49 menyatakan bahwa: Dalam hal keterbatasan sarana dan prasarana untuk perangkat keras elektronik dan perangkat lunak, Fasilitas Pelayanan Kesehatan di daerah terpencil, perbatasan, dan/atau kepulauan dapat mengelola Sistem Informasi Kesehatan dengan menggunakan perangkat keras nonelektronik.

#### Pasal 51

- (1) Unit pengelola Sistem Informasi Kesehatan nasional, provinsi, kabupaten/kota, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus memiliki sumber daya manusia yang mengelola Sistem Informasi Kesehatan.
- (2) Sumber daya manusia yang mengelola Sistem Informasi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memiliki kompetensi paling sedikit di bidang statistik, komputer, dan epidemiologi.

Pasal 54 mengatur bahwa: Sumber daya manusia pengelola Sistem Informasi Kesehatan pada instansi Pemerintah dan Pemerintah Daerah berstatus aparatur sipil negara.

Pasal 55 menetapkan bahwa: Dalam hal Fasilitas Pelayanan Kesehatan di daerah terpencil, perbatasan, dan/atau kepulauan yang memiliki keterbatasan

sumber daya manusia, pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan dapat dilakukan oleh dokter, dokter gigi, perawat, dan/atau bidan sampai tersedianya sumber daya manusia Sistem Informasi Kesehatan.

#### Pasal 63

- (1) Setiap orang dilarang menyebarluaskan Data dan Informasi Kesehatan kepada publik berupa:
- a. salinan kartu pengguna Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau bukti identitas lain;
  - b. riwayat kesehatan;
  - c. tagihan dan bukti pembayaran biaya penggunaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
  - d. hasil pemeriksaan diagnostik;
  - e. data dan informasi terkait kegiatan penelitian, meliputi:
    1. data identitas subyek penelitian, baik individu, kelompok individu/masyarakat;
    2. data dan informasi hasil penelitian dan/atau kajian yang apabila dibuka untuk umum akan merugikan subyek, meresahkan masyarakat dan/atau mengancam keamanan negara;
    3. secara etika atau hasil kesepakatan dengan subyek penelitian bersifat rahasia atau dirahasiakan; dan
    4. data dan informasi yang masih dalam proses penelitian, pengolahan dan/atau penyelesaian; dan
  - f. data dan informasi hasil penelitian yang masih dalam proses pengajuan hak kekayaan intelektual.
- (2) Larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku apabila:
- a. telah mendapat persetujuan tertulis dari orang yang bersangkutan atas Data dan Informasi Kesehatan dirinya;
  - b. dilakukan untuk memenuhi permintaan institusi untuk keperluan penelitian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan/atau
  - c. dilakukan untuk kepentingan penegakan hukum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Setiap orang yang melanggar larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenai sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- Pasal 65 menyatakan bahwa: Penggunaan Informasi Kesehatan oleh

Pemerintah dan Pemerintah Daerah harus berasal dari informasi yang akurat dan dilaksanakan untuk penyusunan kebijakan, perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pengawasan, pengendalian dan evaluasi pembangunan kesehatan. Pasal 66 mengamanatkan bahwa: Penggunaan Informasi Kesehatan wajib menaati ketentuan tentang: a. kerahasiaan informasi; dan b. hak atas kekayaan intelektual; sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 70

- (1) Menteri, pimpinan kementerian/lembaga pemerintah terkait, gubernur, bupati/walikota, dan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan melakukan pemantauan Data dan Informasi Kesehatan, evaluasi, dan pelaporan sesuai bidang tugas masing-masing secara teratur, terpadu, dan menyeluruh melalui instrumen dan metode yang tepat.
- (2) Pemantauan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan membandingkan antara Data dan Informasi Kesehatan saat ini dengan keadaan sebelumnya secara berkala.
- (3) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara berkala terhadap hasil pemantauan dan penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan secara keseluruhan.
- (4) Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan mengirimkan dokumen hasil pemantauan dan hasil evaluasi secara berjenjang dan secara berkala mulai dari:
  - a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama kepada satuan kerja perangkat daerah kabupaten/kota yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
  - b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat kedua kepada satuan kerja perangkat daerah provinsi yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan dan yang memberi izin operasional Fasilitas Pelayanan Kesehatan tersebut;
  - c. Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat ketiga kepada unit kerja di bidang Data dan Informasi Kesehatan pada lingkungan Kementerian;
  - d. satuan kerja perangkat daerah kabupaten/kota yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan kepada bupati/walikota;
  - e. satuan kerja perangkat daerah provinsi yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan kepada gubernur;
  - f. unit kerja yang melaksanakan kegiatan pengelolaan Data dan

- Informasi Kesehatan di lingkungan Kementerian kepada Menteri;
- g. bupati/walikota kepada gubernur; dan
  - h. gubernur kepada Menteri.

#### Pasal 71

- (1) Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan bertanggung jawab terhadap pendanaan penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan.
- (2) Setiap tahun, Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan mengalokasikan dana untuk penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan masing-masing sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan keuangannya.

Pasal 72 ayat (2) mengatur bahwa: Pendanaan penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan yang dikelola oleh Pemerintah Daerah, termasuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik Pemerintah Daerah bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dan/atau sumber lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 73

- (1) Pemerintah dan Pemerintah Daerah dalam pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan dapat melibatkan peran serta masyarakat.
- (2) Peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dalam bidang pengumpulan, pengolahan, penyimpanan, penyebarluasan, dan penggunaan Data dan Informasi Kesehatan serta pengembangan, pemantauan, evaluasi, dan pendanaan Sistem Informasi Kesehatan.

#### Pasal 75

- (1) Menteri, pimpinan kementerian/lembaga pemerintah terkait, gubernur, bupati/walikota, dan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan sesuai tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
  - a. advokasi dan sosialisasi;
  - b. pendidikan dan pelatihan; dan/atau
  - c. pemantauan dan evaluasi.

- (4) Menteri, pimpinan kementerian/lembaga pemerintah terkait, gubernur, bupati/walikota, dan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam melaksanakan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat mengikutsertakan masyarakat.

## **11. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2024 Tentang Kesehatan Reproduksi**

Peraturan ini diundngkan sebagai peraturan pelaksanaan ketentuan Pasal 74 ayat (3), Pasal 75 ayat (4), Pasal 126 ayat (4), dan Pasal 127 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Pasal 1 angka 2 mendefinisikan bahwa dalam Peraturan Pemerintah ini yang dimaksud dengan: Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi.

Pasal 2 merumuskan bahwa ruang lingkup pengaturan Kesehatan Reproduksi dalam Peraturan Pemerintah ini meliputi: a. pelayanan kesehatan ibu; b. indikasi kedaruratan medis dan perkosaan sebagai pengecualian atas larangan aborsi; dan c. Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alami.

Pasal 3 menyatakan bahwa pengaturan Kesehatan Reproduksi bertujuan untuk: a. menjamin pemenuhan hak Kesehatan Reproduksi setiap orang yang diperoleh melalui pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan; dan b. menjamin kesehatan ibu dalam usia reproduksi agar mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu.

Pasal 4 mengatur bahwa Pemerintah dan pemerintah daerah bersama-sama menjamin terwujudnya Kesehatan Reproduksi.

Pasal 7 memberikan tanggung jawab pada pemerintah daerah kabupaten/kota meliputi : a. penyelenggaraan dan fasilitasi pelayanan kesehatan reproduksi di fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan lingkup kabupaten/kota; b. penyelenggaraan manajemen Kesehatan Reproduksi yang meliputi aspek perencanaan, implementasi, serta monitoring dan evaluasi sesuai standar dalam lingkup kabupaten/kota; c. penyelenggaraan sistem rujukan, sistem informasi, dan sistem surveilans Kesehatan Reproduksi dalam lingkup kabupaten/kota termasuk fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan milik pemerintah dan swasta; d. pemetaan dan penyediaan tenaga kesehatan di rumah sakit lingkup kabupaten/kota; e. pemetaan dan penyediaan

tenaga dokter, bidan, dan perawat di seluruh Puskesmas di kabupaten/kota; f. pemetaan dan penyediaan tenaga bidan di desa bagi seluruh desa/kelurahan di kabupaten/kota, termasuk penyediaan rumah dinas atau tempat tinggal yang layak bagi bidan di desa; g. penyediaan obat esensial dan alat kesehatan sesuai kebutuhan program kesehatan reproduksi dalam lingkup kabupaten/kota; h. penyediaan sumber daya di bidang kesehatan serta pendanaan penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi dalam lingkup kabupaten/kota; dan i. penyelenggaraan audit maternal perinatal lingkup kabupaten/kota.

Pasal 8 ayat (1) menyatakan bahwa setiap perempuan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan ibu untuk mencapai hidup sehat dan mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu. Selanjutnya ayat (2) merumuskan bahwa pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sedini mungkin dimulai dari masa remaja sesuai dengan perkembangan mental dan fisik. Kemudian ayat (3) mengatur bahwa pelayanan kesehatan ibu diselenggarakan melalui: a. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja; b. Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Hamil, Persalinan, dan Sesudah Melahirkan; c. pengaturan kehamilan, pelayanan kontrasepsi dan kesehatan seksual; dan d. Pelayanan Kesehatan Sistem Reproduksi. Selanjutnya ayat (4) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan ibu dilaksanakan melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Pasal 9 ayat (1) mengatur bahwa Pelayanan kesehatan ibu yang diselenggarakan melalui pendekatan promotif dan preventif dilakukan oleh tenaga kesehatan dan/atau tenaga nonkesehatan terlatih. Selanjutnya ayat (2) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan ibu yang diselenggarakan melalui pendekatan kuratif dan rehabilitatif harus dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

Pasal 10 ayat (1) menyatakan bahwa dalam rangka menjamin kesehatan ibu, pasangan yang sah mempunyai peran untuk meningkatkan kesehatan ibu secara optimal. Kemudian ayat (2) mengatur bahwa peran pasangan yang sah meliputi: a. mendukung ibu dalam merencanakan keluarga; b. aktif dalam penggunaan kontrasepsi; c. memperhatikan kesehatan ibu hamil; d. memastikan persalinan yang aman oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan; e. membantu setelah bayi lahir; f. mengasuh dan mendidik anak secara aktif; g. tidak melakukan kekerasan dalam rumah tangga; dan h. mencegah infeksi menular seksual termasuk HIV dan AIDS.

Pasal 11 ayat (1) mengatur bahwa Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja bertujuan untuk: a. mencegah dan melindungi remaja dari perilaku seksual berisiko dan perilaku berisiko lainnya yang dapat berpengaruh terhadap Kesehatan Reproduksi; dan b. mempersiapkan remaja untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan bertanggung jawab. Selanjutnya ayat (2) mengatur bahwa Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja diberikan dengan menggunakan penerapan pelayanan kesehatan peduli remaja. Lalu ayat (3) menyatakan bahwa Pemberian Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja harus disesuaikan dengan masalah dan tahapan tumbuh kembang remaja serta memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender, mempertimbangkan moral, nilai agama, perkembangan mental, dan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 12 ayat (1) mengatur bahwa Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 dilaksanakan melalui pemberian: a. komunikasi, informasi, dan edukasi; b. konseling; dan/atau c. pelayanan klinis medis. Selanjutnya ayat (2) mengatur bahwa Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi materi: a. pendidikan keterampilan hidup sehat; b. ketahanan mental melalui ketrampilan sosial; c. sistem, fungsi, dan proses reproduksi; d. perilaku seksual yang sehat dan aman; e. perilaku seksual berisiko dan akibatnya; f. keluarga berencana; dan g. perilaku berisiko lain atau kondisi kesehatan lain yang berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi. Kemudian ayat (3) mengatur bahwa Konseling dilaksanakan dengan memperhatikan privasi dan kerahasiaan, dan dilakukan oleh tenaga kesehatan, konselor dan konselor sebaya yang memiliki kompetensi sesuai dengan kewenangannya. Ayat (4) menyatakan bahwa Pelayanan klinis medis termasuk deteksi dini penyakit/screening, pengobatan, dan rehabilitasi. Kemudian ayat (5) mengatur bahwa Pemberian materi komunikasi, informasi, dan edukasi dilaksanakan melalui proses pendidikan formal dan nonformal serta kegiatan pemberdayaan remaja sebagai pendidik sebaya atau konselor sebaya.

Pasal 13 ayat (1) merumuskan bahwa Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil bertujuan untuk mempersiapkan perempuan dalam menjalani kehamilan dan persalinan yang sehat dan selamat, serta memperoleh bayi yang sehat. Kemudian ayat (2) menyatakan bahwa Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit: a. pemeriksaan fisik; b. imunisasi; dan c. konsultasi kesehatan. Ayat (3) mengatur bahwa Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil berupa

pemeriksaan fisik dan imunisasi harus dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan. Kemudian ayat (4) merumuskan bahwa Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil berupa konsultasi kesehatan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai kompetensi dan kewenangannya dan/atau tenaga nonkesehatan terlatih.

Pasal 14 ayat (1) menyatakan bahwa Pelayanan Kesehatan Masa Hamil diberikan dalam bentuk pelayanan antenatal. Selanjutnya ayat (2) merumuskan bahwa Pelayanan antenatal bertujuan untuk menjaga kesehatan ibu hamil dan janin serta mencegah komplikasi pada masa kehamilan, persalinan, dan sesudah melahirkan. Ayat (3) menyatakan bahwa Pelayanan antenatal dilakukan sesuai standar secara berkala paling sedikit 4 (empat) kali selama masa kehamilan. Kemudian ayat (4) mengatur bahwa Pelayanan antenatal dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan.

Pasal 15 ayat (1) mengatur bahwa Pelayanan antenatal diberikan secara terpadu dengan pelayanan kesehatan lainnya untuk mendeteksi faktor risiko dan penyulit yang dapat membahayakan kesehatan dan keselamatan ibu serta janin. Ayat (2) mengatur bahwa setiap ibu hamil dengan faktor risiko dan penyulit wajib dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mempunyai kemampuan untuk mengatasi risiko dan penyulit. Selanjutnya ayat (3) menyatakan bahwa rujukan dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 16 ayat (1) mengatur bahwa setiap ibu berhak atas Persalinan yang aman dan bermutu. Selanjutnya ayat (2) menyatakan bahwa persalinan yang aman dan bermutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi: a. pencegahan infeksi; b. pemantauan dan deteksi dini adanya faktor risiko dan penyulit; c. pertolongan persalinan yang sesuai standar; d. melaksanakan inisiasi menyusui dini sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan e. merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu dan tepat waktu. Ayat (3) merumuskan bahwa Persalinan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan di fasilitas pelayanan kesehatan. Kemudian ayat (4) mengatur bahwa dalam hal fasilitas pelayanan kesehatan tidak dapat dijangkau, Persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di luar fasilitas pelayanan kesehatan.

Pasal 17 ayat (1) mengatur bahwa Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan meliputi: a. pelayanan nifas; b. pelayanan yang mendukung

pemberian Air Susu Ibu Eksklusif; dan c. pelayanan pola asuh anak dibawah 2 (dua) tahun. Ayat (2) mengatur bahwa Pelayanan nifas diberikan berupa promosi kesehatan, deteksi dini gangguan kesehatan fisik dan mental, serta pencegahan dan penanganannya oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. Selanjutnya ayat (3) menyatakan bahwa Pelayanan yang mendukung pemberian Air Susu Ibu Eksklusif dan pola asuh anak dibawah 2 (dua) tahun berupa pemberian informasi dan edukasi melalui penyuluhan, konseling, dan pendampingan. Kemudian ayat (4) mengamanatkan bahwa Pelayanan yang mendukung pemberian Air Susu Ibu Eksklusif dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 18 mendelegasikan bahwa Ketentuan lebih lanjut mengenai Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Pelayanan Kesehatan Masa Hamil, Persalinan, dan Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13, Pasal 14, Pasal 16, dan Pasal 17 ayat (1) huruf a dan huruf c diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 19 ayat (1) menyatakan bahwa Pelayanan pengaturan kehamilan dilakukan berupa pemberian: a. komunikasi, informasi, dan edukasi melalui penyuluhan; dan/atau b. konseling. Selanjutnya ayat (2) mengatur bahwa Pelayanan pengaturan kehamilan bertujuan membantu pasangan dalam mengambil keputusan tentang usia ideal untuk melahirkan, jumlah ideal anak, dan jarak ideal kelahiran anak. Ayat (3) menyatakan bahwa Pelayanan pengaturan kehamilan dilaksanakan melalui penyelenggaraan program keluarga berencana.

Pasal 20 ayat (1) menyatakan bahwa Setiap orang berhak mendapatkan komunikasi, informasi, dan edukasi tentang keluarga berencana. Selanjutnya ayat (2) mengatur bahwa Komunikasi, informasi, dan edukasi diberikan sesuai dengan kebutuhan berdasarkan siklus kehidupan manusia.

Pasal 21 ayat (1) mengatur bahwa Pelayanan kontrasepsi diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat. ayat (2) menyatakan bahwa Penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi meliputi penyediaan sumber daya manusia, logistik, pendanaan, dan alat kontrasepsi. Kemudian ayat

(3) menetapkan bahwa Ketentuan mengenai penyediaan sumber daya manusia, logistik, pendanaan, dan alat kontrasepsi dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Pasal 22 ayat (1) mengatur bahwa Setiap orang berhak memilih metode kontrasepsi untuk dirinya tanpa paksaan. Selanjutnya ayat (2) menyatakan bahwa Metode kontrasepsi sesuai pilihan pasangan suami istri dengan mempertimbangkan usia, paritas, jumlah anak, kondisi kesehatan, dan norma agama. Kemudian ayat (3) menyatakan bahwa Metode kontrasepsi yang berupa pelayanan kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), Implant, dan Metode Operasi Wanita (MOW)/Metode Operasi Pria (MOP) harus dilaksanakan difasilitas pelayanan kesehatan.

Pasal 23 ayat (1) mengatur bahwa setiap pasangan yang sah harus mendukung pilihan metode kontrasepsi. Kemudian ayat (2) menyatakan bahwa setiap pasangan yang sah harus berpartisipasi dalam penggunaan metode kontrasepsi.

Pasal 24 ayat (1) mengatur bahwa pelayanan kontrasepsi darurat diberikan pada ibu yang tidak terlindungi kontrasepsi atau korban perkosaan untuk mencegah kehamilan. Kemudian ayat (2) menyatakan bahwa pemberian kontrasepsi darurat harus dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai standar.

Pasal 25 mendelegasikan bahwa ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22, Pasal 23, dan Pasal 24 diatur dengan Peraturan Menteri.

---

Pasal 26 ayat (1) menetapkan bahwa setiap perempuan berhak menjalani kehidupan seksual yang sehat secara aman, tanpa paksaan dan diskriminasi, tanpa rasa takut, malu, dan rasa bersalah. Selanjutnya ayat (2) merumuskan bahwa kehidupan seksual yang sehat meliputi kehidupan seksual yang: a. terbebas dari infeksi menular seksual; b. terbebas dari disfungsi dan gangguan orientasi seksual; c. terbebas dari kekerasan fisik dan mental; d. mampu mengatur kehamilan; dan e. sesuai dengan etika dan moralitas.

Pasal 27 ayat (1) menyatakan bahwa Pelayanan Kesehatan Seksual diberikan melalui: a. keterampilan sosial; b. komunikasi, informasi, dan edukasi;

c. konseling; d. pengobatan; dan e. perawatan. Selanjutnya ayat (2) mengatur bahwa Pelayanan Kesehatan Seksual sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan secara terpadu oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan.

Pasal 28 mendelegasikan bahwa Ketentuan lebih lanjut mengenai Pelayanan Kesehatan Seksual sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 29 ayat (1) mengatur bahwa Korban kekerasan seksual harus ditangani secara multidisiplin dengan memperhatikan aspek hukum, keamanan dan keselamatan, serta kesehatan fisik, mental, dan seksual. Selanjutnya ayat (2) mengatur bahwa Penanganan aspek hukum, keamanan dan keselamatan meliputi: a. upaya perlindungan dan penyelamatan korban; b. upaya forensik untuk pembuktian; dan c. identifikasi pelaku. Kemudian ayat (3) merumuskan bahwa Penanganan aspek kesehatan fisik, mental, dan seksual pada korban kekerasan seksual meliputi: a. pemeriksaan fisik, mental, dan penunjang; b. pengobatan luka dan/atau cedera; c. pencegahan dan/atau penanganan penyakit menular seksual; d. pencegahan dan/atau penanganan kehamilan; e. terapi psikiatri dan psikoterapi; dan f. rehabilitasi psikososial. Ayat (4) menyatakan bahwa Ketentuan mengenai penanganan korban kekerasan seksual dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 30 ayat (1) menetapkan bahwa Setiap perempuan berhak atas Pelayanan Kesehatan Sistem Reproduksi. Selanjutnya ayat (2) mengatur bahwa Pelayanan Kesehatan Sistem Reproduksi ditujukan untuk melindungi organ dan

fungsi reproduksi agar terbebas dari gangguan, penyakit atau kecacatan pada perempuan. Kemudian ayat (3) mengatur bahwa Pelayanan Kesehatan Sistem Reproduksi dilakukan dengan memperhatikan tahapan siklus reproduksi perempuan sesuai standar.

Pasal 31 ayat (1) mengatur bahwa Tindakan aborsi hanya dapat dilakukan berdasarkan: a. indikasi kedaruratan medis; atau b. kehamilan akibat perkosaan. Kemudian ayat (2) mengatur bahwa Tindakan aborsi akibat perkosaan hanya dapat dilakukan apabila usia kehamilan paling lama berusia 40 (empat puluh) hari dihitung sejak hari pertama haid terakhir.

Pasal 32 ayat (1) mengatur bahwa Indikasi kedaruratan medis meliputi: a. kehamilan yang mengancam nyawa dan kesehatan ibu; dan/atau b. kehamilan yang mengancam nyawa dan kesehatan janin, termasuk yang menderita penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan. Selanjutnya ayat

(2) menyatakan bahwa Penanganan indikasi kedaruratan medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan standar.

Pasal 33 ayat (1) menyatakan bahwa Penentuan adanya indikasi kedaruratan medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 dilakukan oleh tim

kelayakan aborsi. Ayat (2) mengatur bahwa Tim paling sedikit terdiri dari 2 (dua) orang tenaga kesehatan yang diketuai oleh dokter yang memiliki kompetensi dan kewenangan. Kemudian ayat (3) menyatakan bahwa Dalam menentukan indikasi kedaruratan medis, tim harus melakukan pemeriksaan sesuai dengan standar. Selanjutnya ayat (4) mengatur bahwa Berdasarkan hasil pemeriksaan, tim membuat surat keterangan kelayakan aborsi.

Pasal 34 ayat (1) mengatur bahwa Kehamilan akibat perkosaan merupakan kehamilan hasil hubungan seksual tanpa adanya persetujuan dari pihak perempuan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Selanjutnya ayat (2) mengatur bahwa Kehamilan akibat perkosaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuktikan dengan: a. usia kehamilan sesuai dengan kejadian perkosaan, yang dinyatakan oleh surat keterangan dokter; dan b. keterangan penyidik, psikolog, dan/atau ahli lain mengenai adanya dugaan perkosaan.

Pasal 35 ayat (1) mengatur bahwa Aborsi berdasarkan indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan harus dilakukan dengan aman, bermutu, dan bertanggung jawab. Selanjutnya ayat (2) menyatakan bahwa Praktik aborsi yang aman, bermutu, dan bertanggung jawab meliputi: a. dilakukan oleh dokter sesuai dengan standar; b. dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memenuhi syarat yang ditetapkan oleh Menteri; c.

atas permintaan atau persetujuan perempuan hamil yang bersangkutan; d. dengan izin suami, kecuali korban perkosaan; e. tidak diskriminatif; dan f. tidak mengutamakan imbalan materi. Ayat (3) menetapkan bahwa Dalam hal perempuan hamil tidak dapat memberikan persetujuan, persetujuan aborsi dapat diberikan oleh keluarga yang bersangkutan. Kemudian ayat (4) mengatur bahwa

Dalam hal suami tidak dapat dihubungi, izin diberikan oleh keluarga yang bersangkutan.

Pasal 36 ayat (1) mengatur bahwa Dokter yang melakukan aborsi berdasarkan indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan harus mendapatkan pelatihan oleh penyelenggara pelatihan yang terakreditasi. Ayat

(2) mengatur bahwa Dokter bukan merupakan anggota tim kelayakan aborsi atau dokter yang memberikan surat keterangan usia kehamilan akibat perkosaan. Ayat (3) menyatakan bahwa Dalam hal di daerah tertentu jumlah dokter tidak mencukupi, dokter dapat berasal dari anggota tim kelayakan aborsi. Kemudian ayat (4) mendelegasikan bahwa Ketentuan lebih lanjut

mengenai pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 37 ayat (1) menyatakan bahwa Tindakan aborsi berdasarkan indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan hanya dapat dilakukan setelah melalui konseling. Ayat (2) merumuskan bahwa Konseling meliputi konseling pra tindakan dan diakhiri dengan konseling pasca tindakan yang dilakukan oleh konselor. Selanjutnya ayat (3) mengatur bahwa Konseling pra tindakan dilakukan dengan tujuan: a. menjajaki kebutuhan dari perempuan yang ingin melakukan aborsi; b. menyampaikan dan menjelaskan kepada perempuan yang ingin melakukan aborsi bahwa tindakan aborsi dapat atau tidak dapat dilakukan berdasarkan hasil pemeriksaan klinis dan pemeriksaan penunjang; c. menjelaskan tahapan tindakan aborsi yang akan dilakukan dan kemungkinan efek samping atau komplikasinya; d. membantu perempuan yang ingin melakukan aborsi untuk mengambil keputusan sendiri untuk melakukan aborsi atau membatalkan keinginan untuk melakukan aborsi setelah mendapatkan informasi mengenai aborsi; dan e. menilai kesiapan pasien untuk menjalani aborsi. Kemudian ayat (4) menentukan bahwa Konseling pasca tindakan dilakukan dengan tujuan: a. mengobservasi dan mengevaluasi kondisi

pasien setelah tindakan aborsi; b. membantu pasien memahami keadaan atau kondisi fisik setelah menjalani aborsi; c. menjelaskan perlunya kunjungan ulang untuk pemeriksaan dan konseling lanjutan atau tindakan rujukan bila diperlukan; dan d. menjelaskan pentingnya penggunaan alat kontrasepsi untuk mencegah terjadinya kehamilan.

Pasal 38 ayat (1) mengatur bahwa Dalam hal korban perkosaan memutuskan membatalkan keinginan untuk melakukan aborsi setelah mendapatkan informasi mengenai aborsi atau tidak memenuhi ketentuan untuk dilakukan tindakan aborsi, korban perkosaan dapat diberikan pendampingan oleh konselor selama masa kehamilan. Ayat (2) mengatur bahwa Anak yang dilahirkan dari ibu korban perkosaan dapat diasuh oleh keluarga. Selanjutnya ayat (3) mengatur bahwa Dalam hal keluarga menolak untuk mengasuh anak yang dilahirkan dari korban perkosaan, anak menjadi anak asuh yang pelaksanaannya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 39 ayat (1) mengatur bahwa Setiap pelaksanaan aborsi wajib dilaporkan kepada kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dengan tembusan

kepala dinas kesehatan provinsi. Selanjutnya ayat (2) mengatur bahwa Laporan dilakukan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.

Pasal 40 ayat (1) mengatur bahwa Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiyah hanya dapat dilakukan pada pasangan suami isteri yang terikat perkawinan yang sah dan mengalami ketidaksuburan atau infertilitas untuk memperoleh keturunan. Ayat (2) menyatakan bahwa Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiyah dilaksanakan dengan menggunakan hasil pembuahan sperma dan ovum yang berasal dari suami istri yang bersangkutan dan ditanamkan dalam rahim istri dari mana ovum berasal. Selanjutnya ayat (3) mengatur bahwa Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiyah dilakukan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta tidak bertentangan dengan norma agama. Kemudian ayat (4) mengatur bahwa Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiyah harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi dan kewenangan.

Pasal 41 mengatur bahwa Pasangan suami isteri yang ingin menggunakan pelayanan Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiyah harus memenuhi persyaratan meliputi: a. telah dilakukan pengelolaan infertilitas dengan tepat; b. terdapat indikasi

medis; c. memahami prosedur konsepsi buatan secara umum; d. mampu/cakap memberikan persetujuan tindakan kedokteran (informed consent); e. mampu membiayai prosedur yang dijalani; f. mampu membiayai persalinan dan

membesarkan bayinya; dan g. cakap secara mental.

Pasal 42 ayat (1) mengatur bahwa Pelayanan Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiyah harus didahului dengan konseling dan persetujuan tindakan kedokteran (informed consent). Ayat (2) menyatakan bahwa Konseling dan persetujuan tindakan kedokteran termasuk pengelolaan lebih lanjut terhadap kelebihan embrio. Ayat (3) merumuskan bahwa Konseling harus dilakukan sebelum dan sesudah mendapatkan pelayanan Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiyah. Selanjutnya ayat (4) menyatakan bahwa Konseling dilakukan oleh tenaga yang memiliki kompetensi dan kewenangan. Kemudian ayat (5) mengatur bahwa Persetujuan tindakan kedokteran (informed consent) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 43 ayat (1) mengatur bahwa Kelebihan embrio hasil pembuahan di luar tubuh manusia (ferilisasi invitro) yang tidak ditanamkan pada rahim harus disimpan sampai lahirnya bayi hasil Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiyah. Selanjutnya ayat (2) menyatakan bahwa Penyimpanan kelebihan embrio dapat diperpanjang setiap 1 (satu) tahun atas keinginan pasangan suami istri untuk kepentingan kehamilan berikutnya. Kemudian ayat (3) mengatur bahwa Kelebihan embrio dilarang ditanam pada: a. rahim ibu jika ayah embrio meninggal atau bercerai; atau b. rahim perempuan lain. Ayat (4) merumuskan bahwa Dalam hal pasangan suami istri pemiliknya tidak memperpanjang masa simpan kelebihan embrio, fasilitas pelayanan kesehatan penyelenggara Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiyah harus memusnahkan kelebihan embrio.

Pasal 44 mengatur bahwa Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiyah dilarang untuk tujuan memilih jenis kelamin anak yang akan dilahirkan kecuali dalam hal pemilihan jenis kelamin untuk anak kedua dan selanjutnya.

Pasal 45 ayat (1) menyatakan bahwa Pelayanan Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiyah harus dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memenuhi persyaratan, standar, dan memiliki izin dari Menteri. Selanjutnya ayat (2) mendelegasikan bahwa Ketentuan lebih lanjut mengenai persyaratan dan standar fasilitas pelayanan kesehatan diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 46 ayat (1) menyatakan bahwa Setiap fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiyah wajib membuat pencatatan dan pelaporan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota dengan tembusan dinas kesehatan provinsi. Selanjutnya ayat (2) mengatur bahwa Setiap pencatatan dan pelaporan dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 47 mengatur bahwa Pendanaan Kesehatan Reproduksi dapat bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dan/atau sumber lain yang sah yang tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 48 menyatakan bahwa Menteri, Gubernur, dan Bupati/Walikota melakukan pembinaan terhadap setiap penyelenggara kegiatan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan ibu, aborsi atas indikasi kedaruratan

medis dan perkosaan, dan Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alami.

Pasal 49 ayat (1) mengatur bahwa Pembinaan ditujukan untuk: a. memenuhi kebutuhan setiap orang dalam memperoleh akses pelayanan Kesehatan Reproduksi; b. menggerakkan dan melaksanakan pelayanan Kesehatan Reproduksi; c. memfasilitasi dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan; d. memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan reproduksi sesuai dengan standar dan persyaratan; dan e. melindungi masyarakat terhadap segala kemungkinan yang dapat menimbulkan bahaya dan kesehatan dalam pelayanan kesehatan reproduksi. Kemudian ayat (2) mengatur bahwa Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui: a. komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat; b. pendayagunaan tenaga kesehatan; dan c. dukungan pendanaan.

Pasal 50 ayat (1) menyatakan bahwa Menteri, Gubernur, dan Bupati/Walikota melakukan pengawasan terhadap setiap penyelenggara pelayanan kesehatan reproduksi. Selanjutnya ayat (2) mengatur bahwa Menteri, Gubernur, dan Bupati/Walikota dalam melaksanakan pengawasan dapat mengikutsertakan organisasi profesi dan asosiasi bidang kesehatan yang terkait.

Pasal 51 ayat (1) mengatur bahwa Menteri, Gubernur, dan Bupati/Walikota dapat mengambil tindakan administratif terhadap tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan yang melanggar ketentuan sebagaimana diatur dalam Pasal 31, Pasal 35, Pasal 36, Pasal 39, Pasal 40 ayat (4), Pasal 43 ayat (3) dan ayat (4), Pasal 44, dan Pasal 46 sesuai dengan kewenangan masing-masing. Selanjutnya ayat (2) menormakan bahwa Tindakan administratif dapat berupa: a. teguran tertulis; b. denda administratif; c. pencabutan izin sementara; dan/atau d. pencabutan izin tetap. Kemudian ayat (3) mendelegasikan bahwa Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara penerapan sanksi administrasi diatur dengan Peraturan Menteri.

## **12. Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional.**

Peraturan ini diundangkan sebagai pelaksanaan Ketentuan Pasal 59 ayat (3) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Pasal 1 Peraturan Pemerintah ini mengatur beberapa definisi dan singkatan sebagai berikut: angka 1 mendefinisikan bahwa Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris adalah penerapan kesehatan tradisional yang manfaat dan keamanannya terbukti secara empiris. Angka 2 mendefinisikan

bahwa Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer adalah penerapan kesehatan tradisional yang memanfaatkan ilmu biomedis dan biokultural dalam penjelasannya serta manfaat dan keamanannya terbukti secara ilmiah. Angka 3 mendefinisikan bahwa Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang mengombinasikan pelayanan kesehatan konvensional dengan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer, baik bersifat sebagai pelengkap atau pengganti. Angka 4 mendefinisikan bahwa Obat Tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan sarian (galenik), atau campuran dari bahan tersebut yang secara turun temurun telah digunakan untuk pengobatan, dan dapat diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat. angka 5 memberi singkatan bahwa Surat Terdaftar Penyehat Tradisional yang selanjutnya disingkat STPT adalah bukti tertulis yang diberikan kepada penyehat tradisional yang telah mendaftar untuk memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris. Angka 6 memberikan singkatan bahwa Surat Tanda Registrasi Tenaga Kesehatan

Tradisional yang selanjutnya disingkat STRTKT adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer. Angka 7 memberi singkatan bahwa Surat Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional, yang selanjutnya disingkat SIPTKT adalah bukti tertulis yang diberikan kepada tenaga kesehatan tradisional dalam rangka pelaksanaan pemberian Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer. Angka 8 memberikan definisi bahwa Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. angka 9 memberikan batasan pengertian bahwa Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pengobatan/perawatan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer.

Pasal 2 ayat (1) menyatakan tujuan Peraturan pemerintah yakni: 1) bangun Sistem Kesehatan tradisional yang sinergi dengan pelayanan kesehatan konvensional; 2) sinergi dan integrasi dengan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan; 3) beri perlindungan hukum masyarakat; 4) tingkatkan mutu pelayanan kesehatan tradisional; 5) beri kepastian hukum bagi pemberi dan pengguna layanan kesehatan tradisional. Selanjutnya ayat (2) menyatakan ruang lingkup peraturan pemerintah meliputi: 1) tanggungjawab dan wewenang pemerintah dan Pemda; 2) jenis pelayanan kesehatan tradisional; 3)

tata cara pelayanan kesehatan tradisional; 4) sumber daya; 5) Litbang; 6) publikasi dan periklanan; 7) pemberdayaan masyarakat; 8) pendanaan; 9) pembinaan dan pengawasan; 10 sanksi administratif.

Pasal 3 mengatur bahwa: Pemerintah, Pemda Prov dan Pemda Kab/Kota bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional.

Pasal 6 mengatur bahwa : Dalam melaksanakan tanggung jawabnya, pemerintah daerah kabupaten/kota berwenang: a. membuat kebijakan daerah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional daerah kabupaten/kota yang mengacu pada kebijakan provinsi dan kebijakan nasional; b. mengusulkan pengkajian terhadap jenis pelayanan kesehatan tradisional yang spesifik daerah (local specific) kepada Pemerintah melalui pemerintah daerah provinsi; c.melakukan pelaporan pelayanan kesehatan tradisional skala kabupaten/kota; d.memberikan perizinan bagi tenaga kesehatan tradisional di kabupaten/kota;

dan e. mendayagunakan penyehat tradisional dalam rangka pelayanan kesehatan promotif dan preventif.

Pasal 7 ayat (1) merumuskan: jenis pelayanan kesehatan tradisional meliputi pelayanan kesehatan tradisional: a. Empiris; b. Komplementer;c. Integrasi. Ayat (2) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan tradisional dilaksanakan dalam sistem kesehatan tradisional. Ayat (3) mengatur bahwa Pelayanan kesehatan tradisional harus dapat dipertanggungjawabkan keamanan dan manfaatnya, serta tidak bertentangan dengan norma agama dan kebudayaan masyarakat.

Pasal 8 ayat (1) mengatur bahwa: Pelayanan Kesehatan empiris merupakan penerapan pelayanan kesehatan tradisional yang manfaat dan keamanannya terbukti. Ayat (2) merumuskan bahwa pelayanan kesehatan empiris dapat menggunakan satu cara perawatan atau kombinasi cara perawatan dalam satu sistem pelayanan kesehatan tradisional empiris. Ayat (3) mengatur bahwa: cara perawatan dilakukan dengan menggunakan: a. Keterampilan; dan/atau b. Ramuan.

Pasal 9 memberikan delegasi bahwa: ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan tradisional empiris diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 10 ayat (1) mengatur bahwa: pelayanan kesehatan komplementer merupakan pelayanan kesehatan tradisional dengan menggunakan biokultural dan ilmu biomedis yang manfaat dan keamanannya terbukti secara ilmiah. Ayat

(2) mengatur bahwa pelayanan kesehatan tradisional komplementer dapat menggunakan satu cara atau kombinasi cara pengobatan/perawatan dalam satu kesatuan pelayanan kesehatan tradisional komplementer. Ayat (3) mengatur bahwa Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer dilaksanakan di Fasilitas Kesehatan Tradisional. Ayat (4) mengatur bahwa: pelayanan kesehatan tradisional komplementer yang memenuhi kriteria dapat diintegrasikan pada fasilitas pelayanan kesehatan. Selanjutnya ayat (5) mengatur bahwa kriteria dimaksud meliputi: a. Mengikuti kaidah-kaidah ilmiah; b. Tidak membahayakan kesehatan pasien/klien; c. Memperhatikan kepentingan terbaik pasien/klien; d. Memiliki potensi promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan meningkatkan kualitas hidup pasien/klien secara fisik, mental dan sosial; dan e. Dilakukan oleh tenaga kesehatan tradisional.

Pasal 11 mengatur bahwa: pelayanan kesehatan tradisional komplementer dilakukan dengan cara pengobatan/ perawatan dengan menggunakan: a/ keterampilan; dan/atau b. Ramuan.

Pasal 12 ayat (1) menyatakan bahwa: pelayanan kesehatan tradisional komplementer yang menggunakan keterampilan dilakukan dengan menggunakan : a. Teknik manual; b. Terapi energi; dan/atau c. Terapi olah pikir. Ayat (2) mengatur bahwa: pelayanan kesehatan tradisional komplementer yang menggunakan ramuan dilakukan dengan menggunakan ramuan yang berasal dari: a. Tanaman; b. Hewan; c. Mineral; dan/atau d. Sediaan satu atau campuran dari bahan-bahan. Selanjutnya ayat (3) merumuskan bahwa penggunaan sediaan sarian atau campuran dari bahan-bahan mengutamakan ramuan Indonesia.

Pasal 13 memberikan delegasi bahwa ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan tradisional komplementer diatur dengan peraturan menteri. Pasal 14 ayat (1) mengatur bahwa: pelayanan kesehatan tradisional integrasi merupakan pelayanan kesehatan yang menggabungkan pelayanan kesehatan konvensional dengan pelayanan kesehatan tradisional komplementer. Ayat (2) menyatakan bahwa: pelayanan kesehatan tradisional integrasi dilakukan secara bersama oleh tenaga kesehatan dan tenaga kesehatan tradisional untuk pengobatan/perawatan pasien/klien. Ayat (3) merumuskan bahwa: pelayanan kesehatan tradisional integrasi harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Selanjutnya ayat (4) mengatur bahwa: jenis pelayanan kesehatan tradisional komplementer ditetapkan oleh menteri setelah mendapat rekomendasi tim. Ayat (5) menetapkan bahwa tim

terdiri atas unsur kementerian kesehatan, organisasi profesi, praktisi dan pakar kesehatan tradisional.

Kemudian ayat (6) mengatur bahwa tim ditetapkan oleh menteri. Pasal 15 ayat (1) mengatur bahwa: kesehatan tradisional integrasi di fasilitas pelayanan kesehatan ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan. Ayat (2) menyatakan bahwa: pelayanan kesehatan tradisional integrasi yang dilakukan di rumah sakit harus dengan persetujuan pimpinan rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik. Ayat (3) merumuskan bahwa: dalam hal fasilitas pelayanan kesehatan bukan rumah sakit, persetujuan pimpinan diberikan setelah mendapat rekomendasi dari tim yang dibentuk oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota. Ayat (4) mengatur bahwa: jenis fasilitas pelayanan kesehatan di luar rumah sakit yang dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan tradisional terintegrasi ditetapkan oleh menteri.

Pasal 16 mendelegasikan bahwa: ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan tradisional integrasi daitur dengan peraturan menteri.

Pasal 17 ayat (1) mengatur bahwa pelayanan kesehatan tradisional empiris diberikan oleh penyehat tradisional dalam rangka upaya promotif dan preventif. Ayat (2) mengatur bahwa pembetian pelayanan kesehatan tradisional empiris harus sesuai dengan pendekatan bio kultural. Ayat (3) mengamanatkan bahwa penyehat tradisional hanya dapat menerima klien sesuai dengan keilmuan dan keahlian yang dimilikinya. Ayat (4) menyatakan bahwa dalam hal penyehat tradisional berhalangan, raktik dapat digantikan oleh penyehat tradisional lainnya. Kemudian ayat (5) menyatakan bahwa: penyehat tradisional yang tidak mampu memberikan pelayanan karena tidak sesuai dengan keilmuan dan keahlian yang dimilikinya wajib mengirim kliennya ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Pasal 18 ayat (1) mengatur tentang pemberian pelayanan kesehatan tradisional empiris sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 wajib dilaporkan secara berkala kepada dinas kesehatan kabupaten/kota melalui pusat kesehatan setempat. Selanjutnya Ayat (2) menyatakan bahwa : laporan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) paling sedikit memuat: a. jumlah dan jenis kelamin klien; b. jenis penyakit; c. metode; dan d. cara pelayanan.

Pasal 19 ayat (1) menyatakan bahwa : Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer diberikan oleh tenaga kesehatan tradisional dalam rangka upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Ayat (2) menegaskan bahwa : pemberian Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus sesuai dengan

standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional. Selanjutnya dalam ayat (3) ditegaskan bahwa : dalam hal tenaga kesehatan tradisional berhalangan praktik dapat digantikan dengan tenaga kesehatan tradisional lain yang memiliki kompetensi dan kewenangan yang sama dan memenuhi persyaratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

Pasal 20 ayat (1) menyatakan bahwa : tenaga kesehatan tradisional yang tidak mampu memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi dan kewenangnya wajib merujuk pasien/kliennya ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional lain. Ayat (2) ditegaskan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan tradisional dapat menerima rujukan dari fasilitas

pelayanan kesehatan dan/ atau tenaga kesehatan. Selanjutnya pada ayat (3) mendelegasikan bahwa : ketentuan lebih lanjut mengenai rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 21 ayat (1) ditegaskan bahwa : dalam pemberian Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris, penyehat tradisional wajib menaati kode etik. Ayat (2) ditegaskan bahwa : penegakan terhadap pelanggaran kode etik penyehat tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota bersama asosiasi penyehat tradisional.

Pasal 22 ayat (1) ditegaskan bahwa : dalam pemberian pelayanan kesehatan tradisional, tenaga kesehatan tradisional wajib menaati kode etik dan ketentuan disiplin professional. Ayat (2) disebutkan bahwa penegakan terhadap pelanggaran kode etik tenaga kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota bersama organisasi profesi tenaga kesehatan tradisional. Dan selanjutnya pada ayat (3) mendelegasikan bahwa penegakan disiplin profesional tenaga kesehatan tradisional dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan.

Pasal 23 ayat (1) mengatur bahwa penyehat tradisional hanya dapat menggunakan alat dan teknologi yang aman bagi kesehatan dan sesuai dengan metode/ keilmuannya. Ayat (2) ditegaskan bahwa penyehat tradisional dilarang menggunakan alat kedokteran dan penunjang diagnostik kedokteran. Dalam ayat (3) diatur tentang penggunaan alat dan teknologi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memiliki izin dari Menteri. Selanjutnya dalam ayat (4) mendelegasikan bahwa : ketentuan lebih lanjut mengenai perizinan

penggunaan alat dan teknologi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 24 ayat (1) mengatur bahwa : tenaga kesehatan tradisional dilarang menggunakan alat kedokteran dan penunjang diagnostik kedokteran. Ayat (2) mengecualikan bahwa : ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikecualikan bagi tenaga kesehatan tradisional yang menggunakan alat kedokteran dan penunjang diagnostik kedokteran sesuai dengan metode, kompetensi dan kewenangan.

Pasal 25 menegaskan bahwa : penyehat tradisional dan tenaga kesehatan tradisional dalam menggunakan Obat Tradisional harus memenuhi standar dan/atau persyaratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 26 ayat (1) menyatakan bahwa : Penyehat tradisional dan tenaga kesehatan tradisional hanya dapat memberikan klien/pasien berupa: a. Obat Tradisional yang diproduksi oleh industri/usaha Obat Tradisional yang sudah berizin serta memiliki nomor izin edar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan/atau b. Obat Tradisional racikan sendiri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ayat (2) disebutkan bahwa : Selain Obat Tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b, penyehat tradisional dan tenaga kesehatan tradisional dapat memberikan surat permintaan Obat Tradisional secara tertulis untuk klien/pasien. Dalam ayat (3) mendelegasikan bahwa : Ketentuan lebih lanjut mengenai pembuatan dan pemberian Obat Tradisional diatur dalam Peraturan Menteri.

Secara tegas dalam Pasal 27 ayat (1) disebutkan bahwa : Penyehat tradisional dilarang memberikan dan/atau menggunakan obat bebas, obat bebas terbatas, obat keras, narkotika, dan psikotropika serta bahan berbahaya, radiasi, invasif, dan menggunakan alat kesehatan, tumbuhan, hewan, dan mineral yang dilarang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ayat (2) menegaskan bahwa : Tenaga kesehatan tradisional dilarang memberikan dan/atau menggunakan obat keras, narkotika, dan psikotropika serta bahan berbahaya, radiasi, invasif, dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. Dan selanjutnya dalam ayat (3) disebutkan bahwa Penyehat tradisional dan tenaga kesehatan tradisional dilarang menjual dan/atau mengedarkan obat tradisional racikan sendiri tanpa izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 28 ayat (1) disebutkan bahwa : Penyehat tradisional dalam memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris mempunyai hak: a.

memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari klien atau keluarganya; b. menerima imbalan jasa; dan c. mengikuti pelatihan promotif bidang kesehatan. Dalam ayat (2) mengatur tentang : Penyehat tradisional dalam memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris mempunyai kewajiban: a. memberikan pelayanan yang aman dan bermanfaat bagi kesehatan, tidak membahayakan jiwa atau melanggar susila, kaidah agama, dan kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, tidak bertentangan dengan norma dan nilai yang hidup dalam masyarakat, serta tidak bertentangan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat; b. memberikan informasi yang jelas dan tepat kepada klien tentang perawatan Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris yang dilakukan; c. menggunakan alat yang aman bagi kesehatan dan sesuai dengan metode/keilmuannya; e. menyimpan rahasia kesehatan klien; f. membuat catatan status kesehatan klien; dan ... ayat (3) disebutkan bahwa : Klien dalam menerima Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris, mempunyai hak: a. mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris yang akan dilakukan; b. mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan; c. menolak tindakan Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris; dan d. mendapatkan isi catatan status kesehatan. Ayat (4) disebutkan bahwa : Klien dalam menerima Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris, mempunyai kewajiban: a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya; dan b. memberikan imbalan jasa atas Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris yang diterima.

Pasal 29 ayat (1) mengatur bahwa : Tenaga kesehatan tradisional dalam memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer mempunyai hak :

a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional; b. memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien/klien atau keluarganya; dan c. menerima imbalan jasa. Ayat (2) mengatur bahwa : Tenaga kesehatan tradisional dalam memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer mempunyai kewajiban: a. memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional, serta kebutuhan pasien/klien; b. merujuk pasien/klien dalam keadaan yang mengancam jiwa dan kegawatdaruratan atau keadaan-keadaan lain yang tidak dapat ditangani; c. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien/klien; dan d.

menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kesehatan tradisional komplementer. Ayat

(3) mengatur bahwa : Pasien/klien dalam menerima Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer mempunyai hak : a. mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang pelayanan yang akan dilakukan; b. meminta pendapat tenaga kesehatan tradisional lain; c. mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan;

d. menolak tindakan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer; dan e. mendapatkan isi catatan kesehatan. Ayat (4) mengatur bahwa : Pasien/ dalam menerima Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer mempunyai kewajiban: a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya; b. mematuhi nasihat dan petunjuk tenaga kesehatan tradisional; c. mematuhi ketentuan yang berlaku di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional; dan d. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Pasal 30 menyatakan bahwa : Ayat (1) Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris dilakukan oleh penyehat tradisional. Ayat (2) Penyehat tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tenaga yang ilmu dan keterampilannya diperoleh melalui turun-temurun atau pendidikan nonformal. Ayat (3) Dalam hal penyehat tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan tenaga kesehatan, harus melepaskan profesi sebagai tenaga kesehatan.

Pasal 31 ayat (1) mengatur bahwa : Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer dilakukan oleh tenaga kesehatan tradisional. Ayat (2) Tenaga kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tenaga kesehatan yang ilmu dan keterampilannya diperoleh melalui pendidikan tinggi di bidang kesehatan paling rendah diploma tiga.

Pasal 32 ayat (1) mengatur bahwa : Menteri menetapkan kebijakan dan menyusun perencanaan dalam rangka memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan tradisional secara nasional. Ayat (2) diatur bahwa : Perencanaan tenaga kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun secara berjenjang berdasarkan ketersediaan dan kebutuhan penyelenggaraan pembangunan di bidang kesehatan dan upaya pelayanan kesehatan tradisional. Ayat (3) menegaskan bahwa : Ketersediaan dan kebutuhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui pemetaan tenaga kesehatan tradisional. Dan pada ayat (4) disebutkan bahwa : Perencanaan tenaga

kesehatan tradisional digunakan dalam pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan.

Pasal 33 mengatur bahwa Menteri dalam menyusun perencanaan tenaga kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 harus memperhatikan factor : a. jenis, kualifikasi, jumlah, pengadaan, dan distribusi tenaga kesehatan tradisional; b. penyelenggaraan upaya kesehatan; c. ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional; d. kemampuan pembiayaan; e. kondisi geografis dan sosial budaya; dan f. kebutuhan masyarakat atas tenaga kesehatan tradisional.

Pasal 34 ayat (1) mengatur bahwa : Pengadaan tenaga kesehatan tradisional dilaksanakan sesuai dengan perencanaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan. Ayat (2) mengatur bahwa : Pengadaan tenaga kesehatan tradisional dilakukan melalui pendidikan tinggi bidang kesehatan. Ayat (3) menegaskan bahwa : Pendidikan tinggi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diselenggarakan dengan memperhatikan : a. keseimbangan antara kebutuhan penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer dan dinamika kesempatan kerja baik di dalam negeri maupun di luar negeri; b. keseimbangan antara kemampuan produksi tenaga kesehatan tradisional dan sumber daya yang tersedia; dan c. perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Ayat (4) ditegaskan bahwa Penyelenggaraan pendidikan tinggi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan oleh Pemerintah dan/atau masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 35 ayat (1) mengatur bahwa : penyelenggaraan pendidikan tinggi bidang kesehatan dilaksanakan sesuai dengan standar pendidikan yang ditetapkan oleh Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan. Ayat (2) ditegaskan bahwa : Pendidikan tinggi bidang kesehatan diselenggarakan di institusi pendidikan tinggi yang terakreditasi.

Pasal 36 ayat (1) mengatur bahwa : Dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan kompetensinya, tenaga kesehatan tradisional harus mengikuti pelatihan. Ayat (2) mempertegas bahwa : Pelatihan tenaga kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh lembaga pendidikan nonformal yang terakreditasi. Ayat (3) mendelegasikan bahwa : Ketentuan lebih lanjut mengenai pelatihan tenaga kesehatan tradisional diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 37 mengatur bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah dapat mendayagunakan tenaga kesehatan tradisional dan penyehat tradisional dalam pelayanan kesehatan.

Pasal 38 menyatakan bahwa : Perencanaan, pengadaan, dan pendayagunaan tenaga kesehatan tradisional dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 39 ayat (1) menyatakan bahwa : Setiap penyehat tradisional yang memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris wajib memiliki STPT. Ayat (2) mengatur bahwa : STPT sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikeluarkan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota tanpa dipungut biaya. Ayat (3) mengatur bahwa : Untuk memperoleh STPT sebagaimana dimaksud pada ayat (1), penyehat tradisional mengajukan permohonan kepada pemerintah daerah kabupaten/kota. Ayat (4) mengatur bahwa : STPT sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya diberikan kepada penyehat tradisional yang tidak melakukan intervensi tubuh yang bersifat invasif. Ayat (5) Setiap penyehat tradisional hanya dapat memiliki 1 (satu) STPT dan hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik. Ayat (6) STPT sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berlaku untuk jangka waktu 2 (dua) tahun dan dapat diperbaharui kembali selama memenuhi persyaratan. Ayat (7) Pembaharuan STPT sebagaimana dimaksud pada ayat (6) harus melampirkan STPT yang telah habis masa berlakunya. Ayat (8) mendelegasikan bahwa : Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara dan persyaratan untuk memperoleh STPT diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 40 menegaskan bahwa : STPT sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 digunakan dalam rangka pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional oleh pemerintah daerah kabupaten/kota.

Pasal 41 mengatur bahwa : STPT dinyatakan tidak berlaku apabila: a. dicabut berdasarkan ketentuan peraturan perundangundangan; b. masa berlakunya habis dan tidak diperpanjang; c. tenaga yang bersangkutan pindah tempat praktik; d. tenaga yang bersangkutan meninggal dunia; atau e. atas permintaan penyehat tradisional.

Pasal 42 ayat (1) menyatakan bahwa : Setiap tenaga kesehatan tradisional harus memiliki kompetensi yang dibuktikan dengan sertifikat kompetensi. Ayat (2) dipertegas bahwa : Untuk memperoleh sertifikat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), setiap tenaga kesehatan tradisional harus mengikuti uji kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 43 mengatur bahwa : setiap tenaga kesehatan tradisional yang menjalankan praktik wajib memiliki STRTKT dan SIPTKT.

Pasal 44 ayat (1) menyatakan bahwa STRTKT sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 diberikan oleh konsil setelah memenuhi persyaratan. Selanjutnya dalam ayat (2) disebutkan bahwa : Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi : a. memiliki ijazah pendidikan di bidang kesehatan tradisional; b. memiliki sertifikat kompetensi; c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental; d. mempunyai surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji profesi; dan e. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi. Ayat (3) mengatur bahwa : STRTKT berlaku selama 5 (lima).

tahun dan dapat diregistrasi ulang setelah memenuhi persyaratan. Ayat (4) menyebutkan bahwa : Persyaratan untuk registrasi ulang sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi: a. memiliki STRTKT lama; b. memiliki sertifikat kompetensi; c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental; dan d. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi. Ayat (5) menegaskan bahwa : Tata cara registrasi dan registrasi ulang tenaga kesehatan tradisional dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan.

Pasal 45 ayat (1) mengatur bahwa : SIPTKT sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota atas rekomendasi pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat tenaga kesehatan tradisional melakukan praktik. Ayat (2) ditegaskan bahwa : Untuk mendapatkan SIPTKT sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tenaga kesehatan tradisional harus memiliki: a. STRTKT yang masih berlaku; dan b. surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional. Ayat (3) menegaskan bahwa : SIPTKT masih berlaku sepanjang : a. STRTKT masih berlaku; dan b. tempat praktik masih sesuai dengan yang tercantum dalam SIPTKT.

Pasal 46 ayat (1) mengatur bahwa : Tenaga kesehatan tradisional hanya dapat memiliki paling banyak 2 (dua) SIPTKT. Ayat (2) SIPTKT sebagaimana dimaksud pada ayat (1) masing-masing hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat. Ayat (3) Bagi tenaga kesehatan tradisional dengan pendidikan dibawah sarjana, diploma empat, atau sarjana terapan bidang kesehatan tradisional komplementer, hanya dapat memiliki 1 (satu) SIPTKT.

Pasal 47 mengatur bahwa : Pembaharuan SIPTKT dilaksanakan dengan melampirkan STRTKT yang masih berlaku sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 48 ditegaskan bahwa SIPTKT dinyatakan tidak berlaku apabila:

- dicabut berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- masa berlakunya habis dan tidak diperpanjang;
- tenaga yang bersangkutan pindah tempat praktik/kerja;
- tenaga yang bersangkutan meninggal dunia; atau
- atas permintaan tenaga kesehatan tradisional.

Pasal 49 mendelegasikan bahwa Ketentuan lebih lanjut mengenai perizinan tenaga kesehatan tradisional diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 50 mengatur bahwa Penyehat tradisional warga negara asing dilarang melakukan praktik/bekerja atau alih teknologi dalam rangka memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris di Indonesia termasuk dalam rangka kerja sosial.

Pasal 51 ayat (1) mengatur bahwa : Tenaga kesehatan tradisional warga negara Indonesia lulusan luar negeri yang akan melaksanakan praktik di Indonesia harus mengikuti proses evaluasi kompetensi. Ayat (2) ditegaskan bahwa Proses evaluasi kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:

- penilaian kelengkapan administratif; dan
- penilaian kemampuan untuk melakukan praktik.

Dan dipertegas lagi dalam ayat (3) yang menyatakan bahwa Kelengkapan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a paling sedikit terdiri atas:

- penilaian keabsahan ijazah oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan;
- surat keterangan sehat fisik dan mental; dan
- surat pernyataan untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

Ayat (4) menyatakan bahwa Penilaian kemampuan untuk melakukan praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan melalui uji kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ayat (5) mengatur bahwa Tenaga kesehatan tradisional warga negara Indonesia lulusan luar negeri yang telah lulus uji kompetensi dan yang akan melakukan praktik di Indonesia memperoleh STRTKT. Ayat (6) menyatakan bahwa Tenaga Kesehatan Tradisional warga negara Indonesia lulusan luar negeri yang akan melakukan praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (5) wajib memiliki SIPTKT sesuai dengan ketentuan Peraturan Pemerintah ini. Ayat (7) mengatur bahwa STRTKT sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diberikan oleh konsil sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ayat (8) mendelegasikan bahwa Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara proses evaluasi kompetensi bagi tenaga kesehatan tradisional warga negara Indonesia lulusan luar negeri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 52 ayat (1) menyatakan bahwa Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional dapat mendayagunakan tenaga kesehatan tradisional warga negara asing sesuai dengan persyaratan. Ayat (2) mengatur bahwa Pendayagunaan tenaga kesehatan tradisional warga negara asing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan : a. alih teknologi dan ilmu pengetahuan; dan b. ketersediaan tenaga kesehatan setempat. Ayat (3) mengatur bahwa Tenaga kesehatan tradisional warga negara asing yang akan menjalankan praktik di Indonesia harus mengikuti evaluasi kompetensi. Ayat (4) mengatur bahwa Evaluasi kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan melalui: a. penilaian kelengkapan administratif; dan b. penilaian kemampuan untuk melakukan praktik. Ayat (5) mengatur tentang Kelengkapan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a paling sedikit terdiri atas : a. penilaian keabsahan ijazah oleh menteri yang bertanggung jawab di bidang pendidikan; b. surat keterangan sehat fisik dan mental; dan c. surat pernyataan untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi. Ayat (6) mengatur bahwa Penilaian kemampuan untuk melakukan praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b dinyatakan dengan surat keterangan yang menyatakan telah mengikuti program evaluasi kompetensi dan sertifikat kompetensi. Ayat (7) menegaskan bahwa Selain ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), tenaga kesehatan tradisional warga negara asing harus memenuhi persyaratan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 53 ayat (1) mengatur bahwa Tenaga kesehatan tradisional warga negara asing yang telah mengikuti proses evaluasi kompetensi dan yang akan melakukan praktik di Indonesia harus memiliki STRTKT sementara dan SIPTKT. Ayat (2) mengatur bahwa STRTKT sementara bagi tenaga kesehatan tradisional warga negara asing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang hanya untuk 1 (satu) tahun berikutnya. Ayat (3) menegaskan bahwa Tenaga kesehatan tradisional warga negara asing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melakukan praktik di Indonesia berdasarkan atas permintaan pengguna tenaga kesehatan tradisional warga negara asing. Ayat (4) mengatur bahwa SIPTKT bagi tenaga kesehatan tradisional warga negara asing berlaku selama 1(satu) tahun dan dapat diperpanjang hanya untuk 1 (satu) tahun berikutnya. Ayat (5) mengatur bahwa Pengguna tenaga kesehatan tradisional warga negara asing sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus memenuhi: a. mempekerjakan minimal 2 (dua) orang tenaga kesehatan tradisional yang telah memiliki STRTKT dan SIPTKT;

b. memiliki izin Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional; c. memiliki fasilitas, prasarana, dan alat yang memenuhi syarat yang telah ditetapkan; d. adanya tenaga dengan kompetensi tenaga kesehatan tradisional yang akan menerima alih teknologi; e. teknologi dalam bidang kesehatan tradisional yang akan dialihkan adalah teknologi yang akan dikembangkan di Indonesia sesuai kebutuhan; f. tenaga kesehatan tradisional warga negara asing harus teregistrasi di negara asal; dan g. tenaga kesehatan tradisional warga negara asing harus memiliki keahlian dan teknologi yang dibutuhkan.

Pasal 54 ayat (1) mengatur bahwa Pengguna yang mempekerjakan tenaga kesehatan tradisional warga negara asing harus memberikan laporan kegiatan kepada Menteri dengan tembusan kepada pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, dan perangkat daerah setempat. Ayat (2) ditegaskan bahwa Laporan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan pada awal kegiatan dan pada akhir masa kerjanya.

Pasal 55 mendelegasikan bahwa Ketentuan lebih lanjut mengenai tenaga kesehatan tradisional warga negara asing diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 56 ayat (1) Mengatur bahwa penyehat tradisional dapat memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris secara perseorangan dan berkelompok. Ayat (2) ditegaskan bahwa Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris secara berkelompok sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan di Panti Sehat. Ayat (3) menegaskan bahwa Pimpinan panti Sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus seorang penyehat tradisional.

Pasal 57 ayat (1) menjelaskan bahwa Panti sehat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 paling sedikit terdiri atas: a. ruang pendaftaran/ruang tunggu; b. ruang konsultasi; c. ruang administrasi; d. ruang pengobatan; e. ruang mandi/wc; dan f. ruangan lainnya sesuai kebutuhan pelayanan. Ayat (2) mendelegasikan bahwa Ketentuan lebih lanjut mengenai Panti Sehat diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 58 ayat (1) mengatur bahwa Praktik Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer oleh tenaga kesehatan tradisional dapat dilakukan baik secara mandiri maupun pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional. Ayat (2) menegaskan bahwa Pemerintah daerah kabupaten/kota mengatur persebaran Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional sebagaimana dimaksud

pada ayat (1) yang diselenggarakan masyarakat di wilayahnya dengan memperhatikan kebutuhan pelayanan.

Pasal 59 mengatur bahwa Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional harus memenuhi persyaratan; a. lokasi; b. bangunan dan ruangan; c. prasarana; d. peralatan; dan e. ketenagaan.

Pasal 60 disebutkan bahwa Persyaratan lokasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 huruf a sesuai dengan tata ruang yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.

Pasal 61 ayat (1) mengatur bahwa Persyaratan bangunan dan ruangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 huruf b meliputi : a. bersifat permanen dan tidak bergabung fisik dengan tempat tinggal atau unit kerja lainnya; b. memenuhi persyaratan administratif dan persyaratan teknis bangunan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; c. memenuhi persyaratan lingkungan sehat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan; d. harus memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan, dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk orang berkebutuhan khusus, anak-anak, dan orang lanjut usia. Ayat

(2) menegaskan bahwa Bangunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri atas: a. ruang pendaftaran/ruang tunggu; b. ruang konsultasi; c. ruang administrasi; d. ruang pengobatan tradisional; e. ruang mandi/wc; dan f. ruangan lainnya sesuai kebutuhan pelayanan.

Pasal 62 ayat (1) menyatakan bahwa Prasarana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 huruf c terdiri atas: a. instalasi air; b. instalasi listrik; c. instalasi sirkulasi udara; d. sarana pengelolaan limbah; e. pencegahan dan penanggulangan kebakaran; dan f. sarana lainnya sesuai kebutuhan. Ayat (2) menegaskan bahwa Prasarana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dalam keadaan terpelihara dan berfungsi dengan baik.

Pasal 63 menyatakan bahwa Persyaratan peralatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 huruf d meliputi: a. memenuhi standar mutu, keamanan, dan keselamatan; b. untuk alat tertentu harus memiliki izin edar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan c. harus diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh institusi penguji dan pengkalibrasi yang berwenang.

Pasal 64 ayat (1) mengatur bahwa Ketenagaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 huruf e terdiri atas tenaga kesehatan tradisional dan tenaga lain. Ayat (2) menegaskan bahwa Jenis dan jumlah tenaga kesehatan tradisional dan tenaga lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jenis

Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer. Ayat (3) menyebutkan bahwa Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional merupakan seorang tenaga kesehatan tradisional.

Pasal 65 mendelegasikan bahwa Ketentuan lebih lanjut mengenai Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 66 ayat (1) menyatakan bahwa Penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan tradisional dilakukan dengan berbasis pelayanan kesehatan dan/atau tidak berbasis pelayanan. Ayat (2) mengatur bahwa Penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan keamanan, manfaat, dan kualitas pelayanan. Ayat (3) menegaskan bahwa Penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan oleh tenaga kesehatan, lembaga penelitian, lembaga pendidikan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional. Ayat (4) mendelegasikan Ketentuan lebih lanjut mengenai penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan tradisional diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 67 ayat (1) mengatur bahwa Penyehat tradisional yang memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris wajib memasang papan nama praktik yang memuat nama tata cara pelayanan, waktu pelayanan, dan STPT. Ayat (2) menegaskan bahwa Penyehat tradisional dan Panti Sehat dilarang mempublikasikan dan mengiklankan Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris yang diberikan.

Pasal 68 ayat (1) menyatakan bahwa Tenaga kesehatan tradisional yang memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer wajib memasang papan nama praktik yang memuat informasi mengenai jenis pelayanan, tempat pelayanan, jam pelayanan, dan gelar keahlian sesuai yang diperoleh dari institusi pendidikan. Ayat (2) mengatur bahwa Papan nama praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat nama, jenis pelayanan yang diberikan, waktu praktik, dan SIPTKT.

Pasal 69 ayat (1) mengatur bahwa Tenaga kesehatan tradisional dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional dapat melakukan iklandan publikasi Pelayanan Kesehatan tradisional Komplementer. Ayat (2) mengatur bahwa Iklan dan publikasi pelayanan kesehatan tradisional dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 70 ayat (1) menyatakan bahwa Pemerintah bertanggung jawab memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam upaya

pengembangan kesehatan tradisional. Ayat (2) mengatur bahwa Pemberdayaan

masyarakat sebagaimana dimaksud ada ayat (1) diarahkan agar masyarakat dapat melakukan perawatan kesehatan secara mandiri (asuhan mandiri) dan benar. Ayat (3) disebutkan bahwa Perawatan kesehatan secara mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilaksanakan dengan pemanfaatan tanaman obat keluarga dan keterampilan.

Pasal 71 ayat (1) menyatakan bahwa Masyarakat secara perorangan maupun terorganisasi dapat berperan aktif dalam upaya pengembangan kesehatan tradisional. Ayat (2) menegaskan bahwa Peran aktif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui: a. dukungan sumber daya; b. pemberian sumbangan pemikiran terkait dengan penentuan kebijakan dan/atau pelaksanaan pelayanan kesehatan tradisional; dan c. penyebarluasan informasi kepada masyarakat luas terkait dengan pelayanan kesehatan tradisional yang dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya.

Pasal 72 ayat (1) menyatakan bahwa Pelayanan kesehatan tradisional asli Indonesia mendapatkan perlindungan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ayat (2) menegaskan bahwa Perlindungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab Pemerintah. Selanjutnya ayat (3) mendelegasikan bahwa Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara mendapatkan perlindungan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 73 menyatakan bahwa Metode pelayanan kesehatan tradisional yang telah ditetapkan Menteri yang dapat diintegrasikan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat didukung dengan jaminan pembiayaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 74 mengatur bahwa Pembiayaan pelayanan kesehatan tradisional dapat bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara, anggaran pendapatan dan belanja daerah, atau sumber lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 75 ayat (1) mengatur bahwa Pelayanan kesehatan tradisional dibina dan diawasi oleh Pemerintah agar dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma agama. Ayat (2) menegaskan bahwa Pembinaan dan pengawasan oleh Pemerintah sebagaimana dimaksud ayat (1) dilaksanakan oleh Menteri.

Pasal 76 ayat (1) menegaskan bahwa Menteri melakukan pembinaan terhadap masyarakat dan setiap penyelenggara kegiatan yang berhubungan

dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional. Ayat (2) mengatur bahwa Dalam melakukan pembinaan terhadap masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri dapat melimpahkan wewenang kepada gubernur, dan/atau bupati/walikota.

Pasal 77 ayat (1) mengatur bahwa Pembinaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76 diarahkan untuk: a. memenuhi kebutuhan setiap orang dalam memperoleh akses atas pelayanan kesehatan tradisional; b. menggerakkan dan melaksanakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional; c. memfasilitasi dan menyelenggarakan fasilitas pelayanan kesehatan tradisional; dan d. melindungi masyarakat terhadap segala kemungkinan yang dapat menimbulkan bahaya bagi kesehatan. Ayat (2) mengatur bahwa Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui: a. komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat; b. pendayagunaan tenaga kesehatan tradisional; dan c. pembiayaan.

Pasal 78 ayat (1) menyatakan bahwa Menteri melakukan pengawasan terhadap setiap penyelenggara kegiatan yang berhubungan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional. Ayat (2) menegaskan bahwa Menteri dalam melaksanakan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melimpahkan wewenang kepada kepala dinas provinsi dan kepala dinas kabupaten/kota yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kesehatan.

Pasal 79 ayat (1) menjelaskan bahwa Menteri atau kepala dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 dalam melaksanakan tugasnya dapat mengangkat tenaga pengawas yang mempunyai tugas untuk melakukan pengawasan terhadap segala sesuatu yang berhubungan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional. Ayat (2) mendelegasikan bahwa Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengangkatan tenaga pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 80 mengatur bahwa dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 79 tenaga pengawas mempunyai fungsi: a. memasuki setiap tempat yang diduga digunakan dalam kegiatan yang berhubungan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional; dan b. memeriksa legalitas yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional.

Pasal 81 mengatur bahwa setiap orang yang bertanggung jawab atas tempat dilaksanakannya pemeriksaan oleh tenaga pengawas, mempunyai hak

untuk menolak pemeriksaan apabila tenaga pengawas yang bersangkutan tidak dilengkapi dengan tanda pengenal dan surat perintah pemeriksaan. Pasal 82 ayat (1) mengatur bahwa apabila hasil pemeriksaan menunjukkan adanya dugaan atau patut diduga adanya pelanggaran hukum, tenaga pengawas wajib melaporkan kepada penyidik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ayat (2) mengatur bahwa dalam hal adanya dugaan pelanggaran etik, tenaga pengawas melaporkan kepada organisasi profesi.

Pasal 83 mengatur bahwa (1) Setiap penyehat tradisional yang tidak memiliki, tidak melaksanakan dan/atau melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (3), Pasal 18 ayat (1), Pasal 21 ayat (1), Pasal 23 ayat (1), ayat (2), dan ayat (3), Pasal 26 ayat (1), Pasal 27 ayat (1) dan ayat (3), Pasal 28 ayat (2), Pasal 39 ayat (1), dan Pasal 67 dikenai sanksi administratif oleh pejabat yang berwenang berupa: a. teguran lisan; b. teguran tertulis; dan/atau c. pembatalan STPT. Ayat (2) menyatakan bahwa setiap tenaga kesehatan tradisional atau tenaga kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri yang tidak memiliki, tidak melaksanakan dan/atau melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (1), Pasal 24, Pasal 26 ayat (1),

Pasal 27 ayat (2) dan ayat (3), Pasal 29 ayat (2), Pasal 43, Pasal 51, dan Pasal 68 ayat (1) dikenai sanksi administratif oleh pejabat yang berwenang berupa: a. teguran lisan; b. teguran tertulis; dan/atau c. pencabutan izin. Ayat (3) menegaskan bahwa setiap penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional yang tidak melaksanakan dan/atau melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 sampai dengan Pasal 64 dikenai sanksi administratif oleh pejabat yang berwenang berupa: a. teguran lisan; b. teguran tertulis; dan/atau c. pencabutan izin. Ayat (4) mengatur bahwa setiap tenaga kesehatan warga negara asing yang tidak memiliki, tidak melaksanakan dan/atau melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 dikenai sanksi administratif oleh pejabat yang berwenang berupa: a. teguran lisan; b. teguran tertulis; dan/atau c. pencabutan izin. Ayat (5) mengatur bahwa setiap pengguna yang tidak memiliki, tidak melaksanakan dan/atau melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 dan Pasal 54 dikenai sanksi administratif oleh pejabat yang berwenang berupa: a. teguran lisan; b. teguran tertulis; dan/ atau c. pencabutan izin. Ayat (6) mendelegasikan bahwa ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (5) diatur dalam Peraturan Menteri. Pasal 84 menegaskan bahwa Penyehat tradisional tenaga

kesehatan tradisional, Panti Sehat, Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris, Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer, dan Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi harus menyesuaikan dengan Peraturan Pemerintah ini paling lama 2 (dua) tahun sejak Peraturan Pemerintah ini diundangkan.

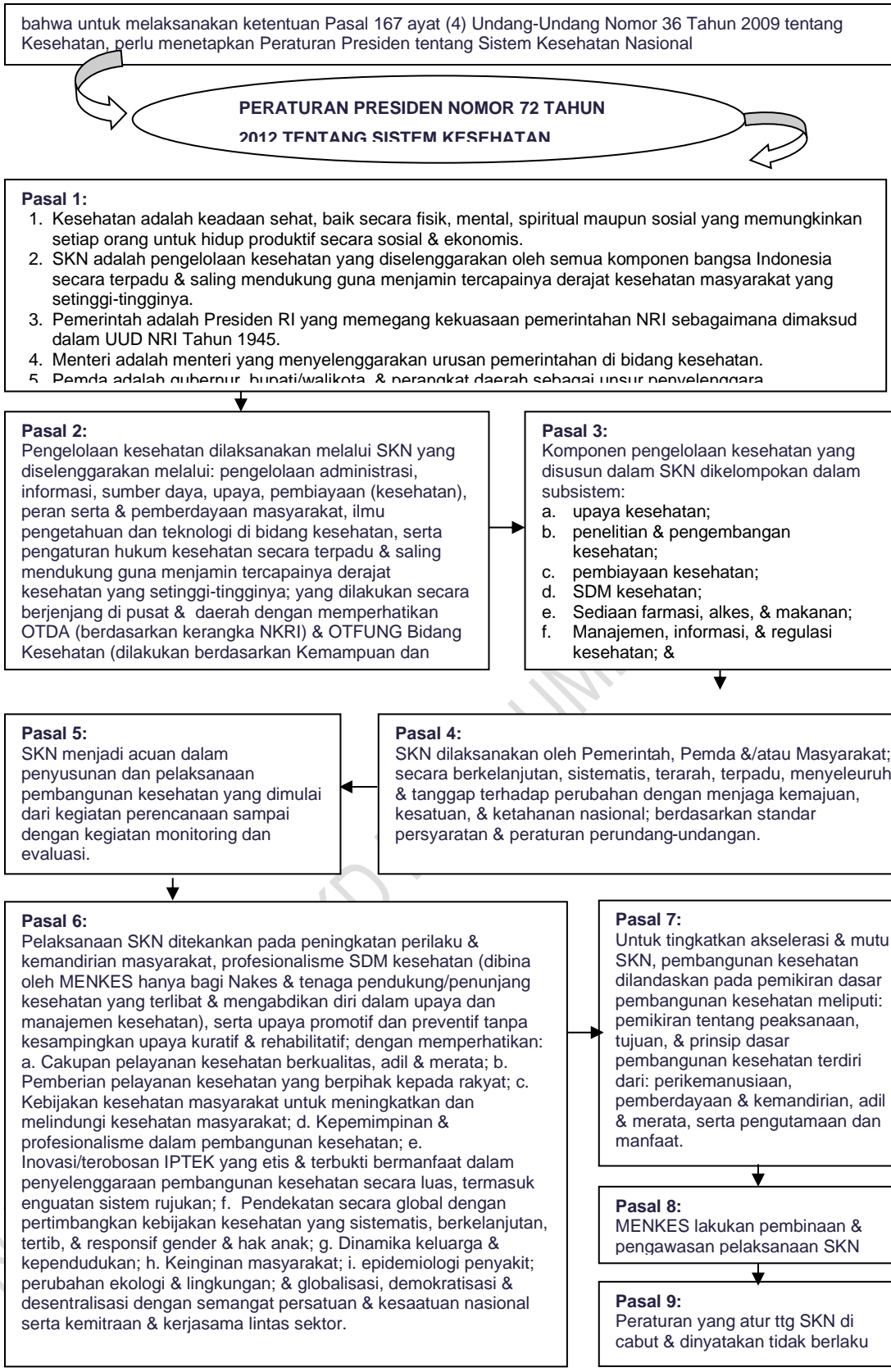
Pasal 85 ayat (1) mengatur bahwa Tenaga kesehatan yang memiliki keahlian kesehatan tradisional tetap dapat memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempatnya bekerja paling lama 7 (tujuh) tahun sejak Peraturan Pemerintah ini diundangkan. Ayat (2) menyatakan bahwa Tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikecualikan bagi tenaga kesehatan tradisional.

### **13. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional**

Peraturan ini mengatur secara komprehensif mengenai sistem kesehatan nasional yang harus dilaksanakan dalam penyelenggaraan kesehatan secara komprehensif integratis antara pemerintah, pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/ kota. Pengaturan Peraturan Presiden ini mencakup tujuh sub sistem kesehatan meliputi: a) Sub sistem manajemen, informasi dan regulasi; b) Sub sistem sumber daya manusia kesehatan; c) Sub sistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan; d) Sub sistem penelitian dan pengembangan kesehatan; e) Sub sistem pemberdayaan masyarakat; f) Sub sistem pembiayaan kesehatan; dan g) Sub sistem upaya kesehatan.

Secara abstrak, pengaturan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional diragakan sebagai berikut:

#### **Gambar 19: Pengaturan Sistem Kesehatan Daerah dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012**



Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional juga mencantumkan Lampiran yang memuat tentang tujuh sub sistem kesehatan nasional. Secara abstrak lampiran Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional mengatur sebagai berikut:

**BAB I PENDAHULUAN**

Bab ini mengatur tentang latar belakang, pengertian, maksud dan tujuan, dan landasan SKN. Latar belakang mendeskripsikan tentang keberadaan SKN sebagai upaya mencapai cita-cita bangsa Indonesia yang tertuang dalam pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yakni melindungi segenap Bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial. Untuk mencapai cita-cita tersebut maka pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Selain itu juga memuat kondisi pembangunan kesehatan yang masih mengalami berbagai masalah dan belum dapat teratasi. Hal tersebut mendorong perlu adanya pemantapan dan percepatan pembangunan kesehatan melalui SKN. SKN tahun 2012 menggantikan SKN tahun 2009 yang pada hakekatnya merupakan pengelolaan kesehatan agar dapat mengantisipasi berbagai tantangan perubahan pembangunan kesehatan dewasa ini dan di masa depan, sehingga perlu mengacu pada visi, misi, strategi, dan upaya pokok pembangunan kesehatan.

Pengertian SKN mengatur beberapa hal yakni pengertian SKN, Pengelolaan Kesehatan, Pembangunan Kesehatan, perlunya SKN dalam konteks pembangunan kesehatan, penyusunan SKN dengan memperhatikan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar, memperhatikan inovasi atau terobosan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, dan pendekatan pelayanan kesehatan dasar.

Maksud dan kegunaan SKN meliputi: 1) menyesuaikan SKN 2009 dengan berbagai perubahan dan tantangan eksternal dan internal, agar dapat dipergunakan sebagai pedoman dalam pengelolaan kesehatan baik oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, dan lembaga swasta; 2) mempertegas makna pembangunan kesehatan dalam rangka pemenuhan hak asasi manusia, memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misi Rencana Pembangunan Jangka Panjang

Bidang Kesehatan Tahun 2005-2025 (RPJP-K), memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan nasional; 3) dokumen kebijakan

pengelolaan kesehatan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

SKN juga memiliki Pancasila sebagai landasan idil, Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 sebagai landasan konstitusional, dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan sebagai landasan operasional.

## BAB II PERKEMBANGAN DAN TANTANGAN SKN

Bab ini mendeskripsikan mengenai perkembangan dan masalah SKN berdasarkan masing-masing sub sistem yakni : Sub sistem upaya kesehatan; sub sistem penelitian dan pengembangan SKN; Sub sistem pembiayaan kesehatan; Sub sistem sumber daya manusia kesehatan; Sub sistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan; Sub sistem manajemen, informasi dan regulasi kesehatan; dan Sub sistem pemberdayaan masyarakat.

Selain itu bab ini juga mendeskripsikan perubahan lingkungan strategis terdiri dari: tingkat global dan regional; tingkat nasional dan lokal.

## BAB III ASAS SKN

Bab ini mengatur tentang dasar pembangunan kesehatan yakni : asas perikemanusiaan; pemberdayaan dan kemandirian; adil dan merata; pengutamaan dan manfaat. Selanjutnya dasar-dasar atau asas-asas SKN meliputi: perikemanusiaan; keseimbangan; manfaat; perlindungan; keadilan; penghormatan HAM; sinergisme dan kemitraan yang dinamis; komitmen dan tata pemerintahan yang baik; legalitas; antisipatif dan proaktif; gender dan non diskriminasi; kearifan lokal.

## BAB IV BENTUK SKN

Bab ini mengatur: 1) Tujuan SKN; 2) kedudukan SKN meliputi: a) suprasistem SKN; b) kedudukan SKN dalam sistem nasional lainnya; c) Kedudukan SKN terhadap Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan di Daerah; d) Kedudukan SKN terhadap berbagai Sistem Kemasyarakatan, termasuk Swasta; 3) Sub sistem SKN terdiri dari: a) sub sistem upaya kesehatan; b) sub sistem penelitian dan pengembangan kesehatan; c) sub sistem pembiayaan kesehatan; d) sub sistem sumber daya manusia kesehatan; e) sub sistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan; f) sub sistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; g) sub

sistem pemberdayaan masyarakat; 4) tata hubungan antara sub sistem dan lingkungannya.

## BAB V CARA PENYELENGGARAAN SKN

Bab ini mengatur tentang tata cara penyelenggaraan SKN yang membahas berdasarkan setiap sub sistem meliputi: 1) sub sistem upaya kesehatan terdiri dari: a) pengertian; b) tujuan; c) unsur-unsur (upaya kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, sumber daya upaya kesehatan, dan pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan); d) prinsip (terpadu, kesinambungan, dan paripurna, bermutu, aman dan sesuai kebutuhan, adil dan merata, nondiskriminasi, terjangkau, teknologi tepat guna, bekerja secara tim secara cepat dan tepat); e) penyelenggaraan meliputi: upaya kesehatan, terdiri dari upaya kesehatan primer yakni: “pelayanan kesehatan perorangan primer, dan pelayanan kesehatan masyarakat primer; upaya kesehatan sekunder terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan sekunder, dan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder”; upaya kesehatan tersier yakni: pelayanan kesehatan perorangan tersier dan pelayanan kesehatan masyarakat tersier); pembinaan dan pengawasan meliputi: pembinaan upaya kesehatan; dan pengawasan upaya kesehatan. 2) Sub sistem penelitian dan pengembangan kesehatan meliputi: a) pengertian, b) tujuan, c) unsur-unsur, prinsip-prinsip; d) penyelenggaraan; 3) sub sistem pembiayaan kesehatan meliputi: a) pengertian; b) tujuan; c) unsur-unsur; d) prinsip. 4) sub sistem sumber daya manusia kesehatan meliputi: a) pengertian; b) tujuan; c) unsur-unsur; d) prinsip; e) penyelenggaraan; 5) sub sistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan meliputi: a) pengertian; b) tujuan; c) unsur-unsur; d) prinsip; e) penyelenggaraan; 6) Sub Sistem Manajemen, Informasi dan Regulasi Kesehatan meliputi: a) pengertian; b) tujuan; c) unsur-unsur; d) prinsip; e) penyelenggaraan; 7) Sub sistem Pemberdayaan Masyarakat terdiri dari: a) pengertian; b) tujuan; c) unsur-unsur; d) prinsip; e) penyelenggaraan.

#### BAB VI DUKUNGAN PENYELENGGARAAN SKN

Bab ini mengatur tentang: 1) proses penyelenggaraan SKN meliputi: a) penetapan SKN; b) sosialisasi dan advokasi SKN; c) fasilitasi pengembangan kebijakan kesehatan di daerah; 2) tata penyelenggaraan; 3) penyelenggaraan SKN; 4) sumber daya penyelenggaraan SKN; 5) Kerja Sama Internasional

BAB VII RINGKASAN SKN. Bab ini menggambarkan secara ringkas keseluruhan SKN.

## BAB IV

### LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGI DAN YURIDIS

#### A. Landasan Filosofis

Dalam Lampiran II Angka 19 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Perundang-undangan dikemukakan bahwa pokok pikiran pada konsiderans Undang-Undang, Peraturan Daerah Provinsi, atau Peraturan Daerah Kabupaten/Kota memuat unsur filosofis, sosiologis, dan yuridis yang menjadi pertimbangan dan alasan pembentukannya yang penulisannya ditempatkan secara berurutan dari filosofis, sosiologis, dan yuridis.

Unsur filosofis menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk mempertimbangkan pandangan hidup, kesadaran, dan cita hukum yang meliputi suasana kebatinan serta falsafah bangsa Indonesia yang bersumber dari Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Unsur sosiologis menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam berbagai aspek.

Unsur yuridis menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk untuk mengatasi permasalahan hukum atau mengisi kekosongan hukum dengan mempertimbangkan aturan yang telah ada, yang akan diubah, atau yang akan dicabut guna menjamin kepastian hukum dan rasa keadilan masyarakat.

Dengan demikian landasan filosofis merupakan landasan yang pertamanya perlu mendapatkan kajian. Latar belakang filosofi dari pembuatan Ranperda ini adalah filosofi otonomi daerah dalam rangka Negara Kesatuan Republik Indonesia. Filosofi otonomi daerah merupakan filosofi bahwa Daerah sebagai daerah otonom memiliki hak, wewenang, dan kewajiban untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan; sedangkan otonomi daerah ini dimaksudkan untuk dapat lebih memajukan kesejahteraan masyarakat. Otonomi daerah akan dapat memajukan kesejahteraan masyarakat antara lain jika Sistem Kesehatan Daerah dilakukan secara efisien dan efektif.

Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia Tahun 1945 menyebutkan bahwa tujuan bernegara adalah “melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial”. Oleh karena itu, perlindungan segenap bangsa dan peningkatan

kesejahteraan umum adalah tanggung jawab penting bernegara. Apalagi menyangkut tentang perlindungan masyarakat dari pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Hal ini Karena keberadaan pengaturan Peraturan Daerah tentang sistem kesehatan daerah di satu sisi memberikan kepastian hukum kepada masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan, dan di sisi lain juga mendatangkan kemanfaatan bagi masyarakat melalui investasi generasi penerus bangsa sebagai upaya mencapai cita-cita luhur bangsa Indonesia sebagaimana tertuang dalam alinea ke 2 dan alinea ke 4 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Berdasarkan uraian tersebut maka landasan filosofis dari Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah adalah: bahwa mewujudkan derajat Kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya merupakan cita-cita kehidupan berbangsa dan bernegara sebagai bagian dari hak asasi manusia yang perlu dipenuhi secara adil dan beradab demi tercapainya kemanusiaan dan kesejahteraan masyarakat.

#### **B. Landasan Sosiologis**

Hal ini Karena keberadaan pengaturan Peraturan Daerah tentang sistem kesehatan daerah di satu sisi memberikan kepastian hukum kepada masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan, dan di sisi lain juga mendatangkan kemanfaatan bagi masyarakat melalui investasi generasi penerus bangsa sebagai upaya mencapai cita-cita luhur bangsa Indonesia sebagaimana tertuang dalam alinea ke 2 dan alinea ke 4 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Berdasarkan uraian tersebut maka landasan filosofis dari Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah adalah: bahwa mewujudkan derajat Kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya merupakan cita-cita kehidupan berbangsa dan bernegara sebagai bagian dari hak asasi manusia yang perlu dipenuhi secara adil dan beradab demi tercapainya kemanusiaan dan kesejahteraan masyarakat.

#### **C. Landasan Yuridis**

Keberadaan Pemerintah Kabupaten Sumba Barat sebagai salah satu Daerah otonomi tentunya memiliki kewenangan untuk membentuk Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah. Berdasarkan penelusuran yang dilakukan, di Kabupaten Sumba Barat belum ada Peraturan Daerah yang

mengatur secara spesifik terkait Sistem Kesehatan Daerah yang didalamnya mengatur semua sub sistem dalam sistem kesehatan yang saling terkait dan jika dilaksanakan dengan baik maka akan memberikan dampak meningkatnya derajat kesehatan masyarakat. Pengaturan terkait Sistem Kesehatan Daerah harus diberikan legitimasi melalui Peraturan Daerah yang akan mengatur berbagai kegiatan yang harus dilakukan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sumba Barat dalam rangka melaksanakan Sistem Kesehatan Daerah untuk memenuhi derajat kesehatan setinggi-tingginya bagi masyarakat.

Sesuai dengan penyelenggaraan pemerintahan daerah, kewenangan-kewenangan daerah khususnya kewenangan Sistem Kesehatan Daerah tentunya didasarkan pada kewenangan secara atributisi ataupun kewenangan delegasi yang semuanya didasarkan pada peraturan perundang-undangan. Peraturan perundang-undangan yang menjadi peraturan terkait dalam pembentukan rancangan peraturan daerah tentang penyelenggaraan Sistem Kesehatan Daerah ini adalah:

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 68 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Tingkat II dalam Wilayah Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur;
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah Sebagaimana Telah Diubah Beberapa Kali Terakhir Dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang.

Selain itu, berdasarkan hasil evaluasi peraturan perundang-undangan terdapat beberapa peraturan perundang-undangan yang memberikan atribusi kewenangan kepada pemerintah daerah untuk menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang serta materi muatannya berkaitan dengan Peraturan perundang-undangan tersebut meliputi:

1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang.
2. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan

- Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang.
3. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang.
  4. Peraturan Pemerintah Nomor 101 tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Sebagaimana Telah Diubah Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
  5. Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa Sebagaimana Telah Diubah Beberapa Kali Terakhir Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2019 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa
  6. Peraturan pemerintah nomor 46 tahun 2014 tentang sistem informasi kesehatan
  7. Peraturan pemerintah nomor 60 tahun 2014 tentang dana desa yang bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara sebagaimana telah diubah dengan peraturan pemerintah nomor 22 tahun 2015 tentang perubahan atas peraturan pemerintah nomor 60 tahun 2014 tentang dana desa yang bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara
  8. Peraturan pemerintah nomor 61 tahun 2014 tentang kesehatan reproduksi
  9. Peraturan pemerintah nomor 103 tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan tradisional
  10. Peraturan presiden nomor 72 tahun 2012 tentang sistem kesehatan nasional
  11. Peraturan presiden nomor 109 tahun 2013 tentang penahapan kepesertaan program jaminan sosial
  12. Peraturan presiden nomor 32 tahun 2014 tentang pengeloan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah
  13. Peraturan presiden nomor 82 tahun 2018 tentang jaminan kesehatan sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan peraturan presiden

nomor 64 tahun 2020 tentang perubahan kedua atas peraturan presiden nomor 82 tahun 2018 tentang jaminan kesehatan

14. Peraturan presiden nomor 32 tahun 2014 tentang pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah sebagaimana diubah dengan peraturan presiden nomor 46 tahun 2021 tentang perubahan atas peraturan presiden Nomor 32 tahun 2014

Selain itu juga terdapat peraturan yang diakui sebagai peraturan perundang-undangan dengan materi muatan yang mengatur tentang kesehatan sebagai berikut:

- a. Peraturan menteri kesehatan nomor 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional;
- b. Peraturan menteri kesehatan nomor 33 tahun 2015 tentang pedoman penyusunan perencanaan kebutuhan sumber daya kesehatan;
- c. Peraturan menteri kesehatan nomor 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
- d. Peraturan menteri kesehatan nomor 43 tahun 2019 tentang pusat kesehatan masyarakat;
- e. Peraturan kepala badan penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan nomor 1 tahun 2014 tentang penyelenggaraan jaminan Kesehatan; dan
- f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.

Selain Peraturan Perundang-undangan dan Peraturan yang diakui sebagai peraturan perundang-undangan, juga terdapat beberapa peraturan kebijaksanaan berupa keputusan yang menetapkan berkaitan dengan kesehatan yakni Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/59/2015 Tahun 2014 tentang Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Berdasarkan sejumlah peraturan perundang-undangan tersebut maka, pengaturan mengenai sistem kesehatan daerah dalam peraturan daerah merupakan suatu keharusan karena secara yuridis memiliki urgensi yang tinggi. Di sisi lain, pengaturan mengenai sistem kesehatan daerah dalam peraturan daerah juga memberikan kepastian hukum dan perlakuan yang sama terhadap masyarakat Sumba Barat dalam upaya memperoleh derajat kesehatan yang setinggi tingginya.

Berdasarkan uraian tersebut maka landasan yuridis dari Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah adalah: bahwa untuk menjamin kepastian hukum dalam pemenuhan hak atas derajat kesehatan yang setinggi tingginya secara adil dan beradab, serta dalam rangka implementasi Peraturan

Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, perlu adanya Peraturan Daerah yang mengatur tentang Sistem Kesehatan Daerah

NA RAPERDA SKD KAB SUMBA BARAT

**BAB V**  
**JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI**  
**MUATAN PERATURAN DAERAH**

**A. Jangkauan**

Jangkauan Pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah dilakukan dengan tujuan demi terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua komponen baik Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, dan lembaga swasta secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di Kabupaten Sumba Barat.

Lampiran Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang memberikan kewenangan pada pemerintah daerah untuk menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sebagai urusan konkuren. Selain itu, untuk melaksanakan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional secara berjenjang di Kabupaten Sumba Barat maka perlu adanya pengaturan tentang sistem kesehatan daerah. Pengaturan tentang Sistem Kesehatan Daerah dalam Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat harus menjangkau Tujuh Sub Sistem Kesehatan Nasional sebagaimana tercantum dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, dengan berdasarkan pada karakteristik daerah Kabupaten Sumba Barat. Selain itu, Jangkauan materi muatan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten Sumba Barat juga harus menjadi pengaturan lanjutan dengan menormakan Tujuh Sub Sistem Kesehatan Nasional menjadi implementatif di daerah sesuai karakteristik daerah Kabupaten Sumba Barat.

Lingkup atau Jangkauan pengaturan, dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah, mencakup hal-hal sebagai berikut:

1. Ketentuan Umum
2. Sistem Kesehatan Daerah
3. Sub Sistem Manajemen Regulasi dan Informasi Kesehatan
4. Sub Sistem Sumber Daya Kesehatan
5. Sub Sistem Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan
6. Sub Sistem Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

7. Sub Sistem Pemberdayaan Masyarakat.
8. Sus Sistem Pembiayaan Kesehatan.
9. Sub Sistem Upaya Kesehatan.
10. Ketentuan Penyidikan.
11. Ketentuan Pidana.
12. Ketentuan Peralihan.
13. Ketentuan Penutup

## **B. Arah Pengaturan**

Arah pengaturan dari Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah harus mengarah pada kondisi eksisting terutama permasalahan pelayanan kesehatan, SDM Kesehatan dan promosi kesehatan yang memadai bagi seluruh lapisan masyarakat dan sejumlah peraturan perundang-undangan dan peraturan yang diakui sebagai peraturan perundang-undangan. Arah pengaturan tersebut kemudian disinergikan dengan kondisi yang dihadapi oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sumba Barat.

Pengaturan materi muatan dalam Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah harus mengarah pada kebijakan kesehatan nasional dan provinsi yang diatur dalam sejumlah peraturan perundang-undangan, peraturan yang diakui sebagai peraturan perundang-undangan, dan peraturan kebijaksanaan; khususnya yang berkaitan dengan Sistem Kesehatan Nasional dan Sistem Kesehatan Provinsi. Arah pengaturan tersebut kemudian disinergikan dengan karakteristik lokal dalam bidang kesehatan di Kabupaten Sumba Barat.

Arah pengaturan tersebut tentunya dilakukan melalui pendekatan sistem, bukan melalui pendekatan intervensi program secara parsial. Melalui pendekatan sistem maka arah pengaturan tersebut harus secara komprehensif, holistik, dan integratif yang menjamin kesinambungan antara satu sub sistem dengan sub sistem lainnya secara berkelanjutan. Arah pengaturan materi muatan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah yang demikian akan mengarahkan penyelenggaraan kesehatan di Kabupaten Sumba Barat ke arah yang positif sehingga semakin mendekatkan upaya masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

## **C. Ruang Lingkup Materi Muatan Perda tentang Sistem Kesehatan Daerah**

Ruang lingkup materi muatan dari Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah sebagai berikut:

## **BAB I KETENTUAN UMUM**

Bagian ini harus diatur mengenai:

- a. Batasan pengertian atau definisi;
- b. singkatan atau akronim yang dituangkan dalam batasan pengertian atau definisi; dan /atau
- c. hal-hal lain yang bersifat umum yang berlaku bagi pasal atau beberapa pasal berikutnya antara lain ketentuan yang mencerminkan asas, maksud, dan tujuan tanpa dirumuskan tersendiri dalam pasal atau bab.

Definisi, Batasan Pengertian, Singkatan dan Akronim yang dapat diatur sebagai berikut:

1. Sistem Kesehatan Daerah yang selanjutnya disingkat SKD adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen daerah secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
2. Subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan adalah pengelolaan yang menghimpun berbagai upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, pengaturan hukum kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan yang mendukung subsistem lainnya dari SKD guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya
3. Subsistem sumber daya manusia kesehatan adalah pengelolaan upaya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan, yang meliputi: upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
4. Sumber daya manusia kesehatan adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan.
5. Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah pengelolaan berbagai upaya yang menjamin keamanan, khasiat/manfaat, mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.
6. Sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional, dan kosmetika.
7. Subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan adalah pengelolaan penelitian dan pengembangan, pemanfaatan dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang diselenggarakan dan dikoordinasikan

guna memberikan data kesehatan yang berbasis bukti untuk menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

8. Subsistem pemberdayaan masyarakat adalah pengelolaan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok, maupun masyarakat secara terencana, terpadu, dan berkesinambungan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
9. Subsistem pembiayaan kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
10. Subsistem upaya kesehatan adalah pengelolaan upaya kesehatan yang terpadu, berkesinambungan, paripurna, dan berkualitas, meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, yang diselenggarakan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

## **BAB II SISTEM KESEHATAN DAERAH**

### **Bagian Kesatu Umum**

Materi yang dapat diatur:

1. Penyelenggaraan SKD memerlukan keterkaitan antar unsur-unsur SKD sebagai suatu tata hubungan yang efektif. Keterkaitan tersebut meliputi:
  - a. Subsistem upaya kesehatan diselenggarakan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
  - b. Dalam Penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan diperlukan berbagai upaya dengan menghimpun seluruh potensi Kabupaten Sumba Barat.
  - c. Upaya kesehatan tersebut dilaksanakan melalui berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan.
  - d. Berbagai upaya tersebut perlu didukung sub sistem lainnya meliputi:
    - 1) penelitian dan pengembangan kesehatan;
      - a) Subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan diselenggarakan untuk memberikan data dan informasi di bidang kesehatan yang berbasis bukti.
      - b) Tersedianya data dan informasi di bidang kesehatan yang berdasarkan hasil penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan akan dijadikan dasar

perumusan strategi, kebijakan, dan program upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, ketersediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat.

- 2) pembiayaan;
  - a) Subsistem pembiayaan kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan ketersediaan pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk terselenggaranya upaya kesehatan secara merata, terjangkau, dan bermutu bagi seluruh masyarakat.
  - b) Tersedianya pembiayaan yang memadai juga akan menunjang terselenggaranya subsistem upaya kesehatan, subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan, subsistem sumber daya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan, serta subsistem pemberdayaan masyarakat.
- 3) Sumber daya manusia kesehatan;
  - a) Subsistem sumber daya manusia kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan tenaga kesehatan yang bermutu dalam jumlah dan jenis yang mencukupi, terdistribusi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna serta dikembangkan, sehingga upaya kesehatan dapat diselenggarakan sesuai dengan kebutuhan seluruh lapisan masyarakat.
  - b) Tersedianya tenaga kesehatan yang mencukupi dan berkualitas juga akan menunjang terselenggaranya subsistem upaya kesehatan, subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan, serta subsistem pemberdayaan masyarakat.
- 4) ketersediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;
  - a) Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan diselenggarakan guna menjamin keamanan, khasiat, manfaat, dan mutu semua produk sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar; menjamin ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial, perlindungan

masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat, dan penggunaan obat yang rasional, dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

- b) Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan saling terkait dengan subsistem upaya kesehatan, subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumber daya manusia kesehatan, subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan, serta subsistem pemberdayaan masyarakat, sehingga pengelolaan kesehatan dapat diselenggarakan dengan berhasil guna dan berdaya guna.
- 5) manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan
- a) Subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan diselenggarakan guna menghasilkan fungsi-fungsi kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, informasi kesehatan, dan hukum kesehatan yang memadai dan mampu menunjang penyelenggaraan upaya kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna.
  - b) Dengan manajemen kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna dapat diselenggarakan subsistem upaya kesehatan, subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumber daya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, serta subsistem pemberdayaan masyarakat, sebagai suatu kesatuan yang terpadu dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
- 6) pemberdayaan masyarakat.
- a) Subsistem pemberdayaan masyarakat diselenggarakan guna menghasilkan individu, kelompok, dan masyarakat umum yang mampu berperan aktif dalam penyelenggaraan upaya kesehatan.
  - b) Masyarakat yang berdaya akan berperan aktif dalam penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan, subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumber daya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, serta subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan.
2. Masing-masing subsistem tersebut perlu membuat pencatatan dan pelaporan serta diupayakan agar saling bersinergi, sehingga secara keseluruhan subsistem-

subsistem tersebut saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Dalam kaitan ini, hubungan SKD dengan lingkungan strategisnya sangat penting artinya, mengingat pembangunan kesehatan tidak dapat mencapai tujuannya tanpa memperhatikan dengan seksama interaksi dengan lingkungan strategis tersebut, yang meliputi ideologi, politik, ekonomi, sosial budaya, dan pertahanan keamanan. Lingkungan tersebut terdapat di tingkat lokal, nasional, regional, maupun global. Selain itu, lingkungan dimaksud dapat sebagai peluang maupun kendala.

### **Bagian Kedua Cara Penyelenggaraan**

Materi yang dapat diatur:

1. Pengelolaan kesehatan meliputi kegiatan:
  - a. Perencanaan;
  - b. Pengaturan;
  - c. Pembinaan dan pengawasan serta evaluasi penyelenggaraan upaya kesehatan dan sumber dayanya secara serasi dan seimbang dengan melibatkan masyarakat.
2. Penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat.
3. Adanya sumber daya dalam penyelenggaraan upaya kesehatan ditujukan untuk keberhasilan penyelenggaraan upaya kesehatan.
4. Sumber daya dalam penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi terutama:
  - a. tenaga kesehatan;
  - b. fasilitas kesehatan;
  - c. perbekalan kesehatan; dan
  - d. teknologi serta produk teknologi.
3. Pengelolaan dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan dilakukan dengan memperhatikan nilai-nilai:
  - a. prorakyat;
  - b. inklusif;
  - c. responsif;
  - d. efektif;
  - e. bersih.
4. Penyelenggaraan SKD dilaksanakan di tingkat daerah Kabupaten Sumba Barat sesuai kebijakan yang ditetapkan Pemerintah dan Pemerintah Provinsi.

5. Penyelenggaraan SKD mempertimbangkan komitmen global dan komponennya yang relevan dan berpengaruh secara mendasar dan bermakna terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

#### **Bagian Keempat Dukungan Penyelenggaraan**

Materi yang dapat diatur:

Penyelenggaraan SKD dilakukan secara lintas sektor sehingga perlu diatur mengenai dukungan setiap sektor dalam penyelenggaraan SKD. Sektor dimaksud meliputi:

- a. Perangkat daerah Sesuai Peraturan Daerah tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah;
- b. perangkat masyarakat terdiri dari: Tokoh Adat, Tokoh Agama, Tokoh Masyarakat, Perangkat Pemerintahan Desa.
- c. pelaku usaha.

#### **Bagian Kelima Pelaku SKD**

Materi yang dapat diatur:

Pelaku SKD meliputi semua komponen dalam penyelenggaraan SKD baik itu kelembagaan maupun pemegang peran.

### **BAB III SUB SISTEM MANAJEMEN REGULASI DAN INFORMASI KESEHATAN**

#### **Bagian Kesatu Umum**

Materi yang dapat diatur: meliputi kebijakan daerah berkaitan dengan kesehatan, administrasi kesehatan, dukungan dalam implementasi hukum kesehatan, dan informasi kesehatan.

- a. Kebijakan daerah dimaksud meliputi:
  - Perencanaan Kebijakan melalui **Musrembangdes** Musrembangdes, Musrembangcam, Musrembang Kabupaten, penyusunan RPJMD, Penyusunan RKPD, Penyusunan Renstras SKPD.
  - Pelaksanaan Kebijakan meliputi proses pelaksanaan dan substansi kebijakan pembinaan dan pengawasan serta sanksi administrasi. **Metode pelaksanaan dan substansi pelaksanaan serta sanksi.**
  - Perencanaan dan Pelaksanaan kebijakan dilakukan oleh lintas sektor.
- b. Administrasi Kesehatan Meliputi:

Pendataan Administrasi SDM Kesehatan, Standar Operasional Prosedur Pelayanan Kesehatan UKP dan UKM, Tata Naskah Dinas Kesehatan.
- c. Informasi Kesehatan Meliputi:
  - Pengadaan data, informasi, dan teknologi komunikasi melalui hubungan antara sub sistem SKD secara terintegrasi, Holistik dan berkesinambungan

khususnya informasi UKP dan UKM, Pengembangan SDM, kegiatan lainnya.

- pengelolaan sistem informasi oleh perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang informasi dan komunikasi, fasilitas kesehatan pemerintah daerah dan swasta, serta lintas sektor;
- pelaksanaan sistem informasi oleh perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang informasi dan komunikasi, fasilitas kesehatan pemerintah daerah dan swasta, serta lintas sektor;
- dukungan sumber daya meliputi perencanaan sumberdaya, penyediaan sumberdaya, dan pendayagunaan; dan
- pengembangan dan peningkatan sistem informasi kesehatan melalui pembinaan dan pengawasan, **Koordinasi**, evaluasi dan pelaporan, serta pembaharuan sistem informasi kesehatan.

d. Sumber daya manajemen Kesehatan.

### **Bagian Kedua Tujuan**

Materi yang dapat diatur: Tujuan subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan adalah terwujudnya kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, berbasis bukti dan operasional, terselenggaranya fungsi-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.

### **Bagian Ketiga Unsur**

Materi yang dapat diatur:

1. Unsur-unsur subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan terdiri dari:
  - a. kebijakan kesehatan;
  - b. administrasi kesehatan;
  - c. hukum kesehatan;
  - d. informasi kesehatan; dan
  - e. sumber daya manajemen kesehatan.
2. Kebijakan kesehatan **merupakan Produk Hukum yang dijadikan sebagai** pedoman yang menjadi acuan bagi semua pelaku pembangunan kesehatan, baik Pemerintah Daerah Kabupaten Sumba Barat, swasta, dan masyarakat dalam

penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan memperhatikan kerangka desentralisasi dan otonomi daerah.

3. Kebijakan kesehatan pada hakekatnya adalah serangkaian aturan yang dapat berupa **Peraturan daerah** kebijakan yang ditetapkan pemerintah daerah secara harmonis dengan peraturan perundang-undangan yang dibentuk oleh pemerintah daerah provinsi dan peraturan perundang-undangan yang dibentuk oleh pemerintah sebagai pedoman penyelenggaraan urusan kesehatan.
4. Penyusunan kebijakan kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan tentang pembentukan peraturan perundang-undangan.
5. Administrasi kesehatan merupakan kegiatan perencanaan, pengaturan, dan pembinaan serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan. **Pelaksanaan, evaluasi.**
6. Dukungan dalam implementasi Hukum kesehatan merupakan peran pemerintah daerah, masyarakat dan swasta dalam implementasi keseluruhan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan **dalam** segala upaya penyebarluasan, penerapan, dan penegakan aturan tersebut dalam rangka memberikan perlindungan hukum, terutama kepada individu dan masyarakat, dan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan.
7. Informasi kesehatan merupakan hasil pengumpulan dan pengolahan data sebagai masukan bagi pengambilan keputusan di bidang kesehatan.
8. Sumber daya manajemen kesehatan meliputi sumber daya manusia, dana, sarana, prasarana, standar, dan kelembagaan yang digunakan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam upaya mendukung terselenggaranya pembangunan kesehatan.

#### **Bagian Keempat Prinsip**

Materi yang dapat diatur:

1. Prinsip-prinsip subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan terdiri dari:
  - a. inovasi **dan** atau kreativitas;  
Penyelenggaraan manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan harus mampu menciptakan daya tahan dan kesinambungan kinerja sistem melalui inovasi/kreatifitas dalam menghadapi perubahan dan tantangan pembangunan kesehatan dengan lebih baik.
  - b. kepemimpinan yang visioner bidang kesehatan;  
Kepemimpinan yang visioner bidang kesehatan adalah kepemimpinan yang mempunyai visi, keteladanan, dan bertekad dalam pembangunan kesehatan.
  - c. sinergisme yang dinamis; dan

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.

- d. kesesuaian dengan sistem pemerintahan.

Perencanaan kebijakan, program, dan anggaran perlu disusun secara terpadu. Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan menjadi pendukung utama dalam pelaksanaan desentralisasi dengan mempertimbangkan komitmen global dalam pembangunan kesehatan.

## **Bagian Kelima Penyelenggaraan**

### **Paragraf 1 Umum**

Materi yang dapat diatur:

1. Dalam rangka mencapai tujuan daerah, pembangunan kesehatan menjadi salah satu **aspek** dari arus utama pembangunan daerah. Untuk itu, subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan diselenggarakan dengan mensinergikan unsur kebijakan, administrasi, hukum, dan informasi kesehatan.
2. Penyelenggaraan subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan terdiri dari:
  - a. kebijakan kesehatan;
  - b. administrasi kesehatan;
  - c. hukum kesehatan; dan
  - d. informasi kesehatan

### **Paragraf 2 Kebijakan Kesehatan**

Materi yang dapat diatur:

1. Penyelenggaraan proses kebijakan kesehatan dilakukan secara optimal dengan mengacu kepada kebijakan pembangunan kesehatan nasional, penetapan skala prioritas berbasis bukti dari berbagai sumber yang tersedia melalui proses pengkajian dan perumusan kebijakan yang melibatkan masyarakat dan berbagai stakeholders terkait yang berorientasi pada kepentingan masyarakat serta didukung dengan sumber daya manusia yang kompeten untuk dilaksanakan secara bersama oleh seluruh pelaku pembangunan kesehatan secara sinergi dan dinamis.
2. Salah satu kegiatan pengelolaan kesehatan adalah pengaturan penyelenggaraan upaya kesehatan dan sumber dayanya.
3. Pengelolaan kesehatan perlu dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah dengan pengaturan: pemerintah daerah kabupaten menyelenggarakan bimbingan dan pengendalian operasionalisasi urusan kesehatan.

### **Paragraf 3 Administrasi Kesehatan**

Materi yang dapat diatur:

Penyelenggaraan administrasi kesehatan meliputi:

- a. Perencanaan; **Pelaksanaan**;
- b. pengaturan dan pembinaan;
- c. pengawasan dan **Monitoring** pertanggungjawaban.
- d. **Evaluasi dan pelaporan**

Penyelenggaraan administrasi kesehatan didasarkan atas urusan wajib bidang kesehatan yang dilaksanakan secara:

- a. berdaya guna dan berhasil guna;
- b. terpadu berlandaskan pada arah kebijakan pembangunan nasional dengan memperhatikan kebijakan dan prioritas pembangunan kesehatan;
- c. berorientasi pada kepentingan masyarakat;
- d. responsif gender;
- e. memanfaatkan teknologi informasi;
- f. didukung sumber daya manusia yang kompeten;
- g. pembiayaan yang mencukupi;
- h. sinergi yang dinamis antara sektor kesehatan dengan sektor lain, pusat dan daerah dengan mempertimbangkan desentralisasi dan memperhatikan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- i. dilaksanakan dengan menjunjung tinggi penyelenggaraan tata pemerintahan yang baik (good governance).

### **Paragraf 4 Hukum Kesehatan**

Materi yang dapat diatur:

1. Penyelenggaraan hukum kesehatan meliputi:
  - a. penyusunan peraturan perundang-undangan;
  - b. dokumentasi dan informasi hukum;
  - c. sinkronisasi dan harmonisasi di tingkat pusat dan daerah;
  - d. pemberian pertimbangan dan bantuan hukum;
  - e. fasilitasi penegakan hukum termasuk upaya penyidikan oleh penyidik pegawai negeri sipil bidang kesehatan;
  - f. peningkatan kesadaran hukum bagi aparatur kesehatan dan masyarakat; dan
  - g. pembinaan dan pengawasan.
2. Penyelenggaraan hukum kesehatan dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
  - a. perlindungan bagi masyarakat dan pemberi pelayanan kesehatan;
  - b. keadilan;
  - c. kesetaraan; dan

- d. sesuai dengan kebutuhan.
- 3. Peraturan, sosialisasi, penerapan, dan penegakan hukum perlu dilengkapi dan ditata dengan memperhatikan perkembangan dan perubahan lingkungan internal dan eksternal, termasuk regulasi kesehatan internasional.

#### **Paragraf 5 Informasi Kesehatan**

Materi yang dapat diatur:

1. Tujuan penyelenggaraan sistem informasi kesehatan adalah untuk menyediakan data dan informasi terkini, akurat, valid, cepat, transparan serta berhasil guna dan berdaya guna.
2. Data dan informasi ini digunakan sebagai bahan pengambilan keputusan kesehatan dengan mempertimbangkan faktor:
  - a. Desentralisasi;
  - b. kecukupan data termasuk data terpilih yang responsif gender; dan
  - c. aspek kerahasiaan yang berlaku dibidang kesehatan.
3. Penyelenggaraan sistem informasi kesehatan, antara lain meliputi:
  - a. pengelolaan sistem informasi kesehatan meliputi:
    - 1) landasan hukum;
    - 2) perencanaan kebijakan dan program;
    - 3) pengorganisasian;
    - 4) kerjasama dan koordinasi;
    - 5) monitoring dan evaluasi; dna
    - 6) pembinaan dan pengawasan.
  4. pelaksanaan sistem informasi kesehatan meliputi:
    - a. data dan informasi;
    - b. indikator;
    - c. sumber data;
    - d. pengumpulan;
    - e. pengolahan;
    - f. penyajian dan analisa data serta informasi kesehatan.
  5. sumber daya sistem informasi kesehatan meliputi:
    - a. sumber daya manusia;
    - b. pembiayaan;
    - c. ilmu dan teknologi; dan
    - d. sarana dan prasarana seperti sumber daya data, sumber daya jaringan, perangkat lunak dan perangkat keras;
  6. pengembangan dan peningkatan sistem informasi kesehatan meliputi:
    - a. pengembangan indikator;

- b. pengembangan metode dalam sistem informasi kesehatan;
- c. penelitian dan pengembangan sistem informasi kesehatan;
- d. peningkatan produk dan diseminasi informasi kesehatan.

## **BAB IV SUB SISTEM SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**

### **Bagian Kesatu Umum**

Materi yang dapat diatur:

1. Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis, dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan.
2. Sumber daya manusia kesehatan yang termasuk kelompok tenaga kesehatan, sesuai dengan keahlian dan kualifikasi yang dimiliki terdiri dari:
  - a. tenaga medis; **dirinci sesuai dengan kelompok jabatan fungsional.**
  - b. tenaga kefarmasian;
  - c. tenaga keperawatan dan kebidanan;
  - d. tenaga kesehatan masyarakat;
  - e. tenaga kesehatan lingkungan;
  - f. tenaga gizi; tenaga keterampilan fisik; tenaga keteknisian medis; dan
  - g. tenaga kesehatan lainnya, diantaranya termasuk peneliti kesehatan.
3. SKD memberikan fokus penting pada pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan guna menjamin ketersediaan, pendistribusian, dan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan.
4. Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan meliputi:
  - a. perencanaan kebutuhan dan program sumber daya manusia yang diperlukan;
  - b. pengadaan yang meliputi:
    - 1) **sdm kesehatan termasuk tenaga kesehatan asing.**
    - 2) pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan;
    - 3) pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan, termasuk peningkatan kesejahteraannya; dan
    - 4) pembinaan serta pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.

### **Bagian Kedua Tujuan**

Materi yang dapat diatur:

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

### **Bagian Ketiga Unsur**

Materi yang dapat diatur:

1. Unsur-unsur subsistem sumber daya manusia kesehatan terdiri dari:
  - a. sumber daya manusia kesehatan;
  - b. sumber daya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan; dan
  - c. penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan.
2. Sumber daya manusia kesehatan baik tenaga kesehatan maupun tenaga pendukung/penunjang kesehatan, mempunyai hak untuk memenuhi kebutuhan dasarnya (hak asasi) sebagai makhluk sosial.
3. Sumber daya manusia kesehatan wajib memiliki kompetensi, kewenangan untuk mengabdikan dirinya di bidang kesehatan, mempunyai etika, berakhlak luhur, dan berdedikasi tinggi dalam melakukan tugasnya.
4. Sumber daya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan adalah sumber daya pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan, yang meliputi:
  - a. berbagai standar kompetensi;
  - b. modul dan kurikulum serta metode pendidikan dan latihan;
  - c. sumber daya manusia pendidikan dan pelatihan; dan
  - d. institusi/fasilitas pendidikan dan pelatihan yang menyediakan sarana dan prasarana pendidikan dan pelatihan.
  - e. Dalam sumber daya ini juga termasuk:
    - 1) sumber daya manusia;
    - 2) dana;
    - 3) cara atau metode; dan
    - 4) peralatan dan perlengkapan untuk melakukan perencanaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.
5. Penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan meliputi upaya:
  - a. perencanaan;  
Perencanaan sumber daya manusia kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah, kualifikasi, dan distribusi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.
  - b. pengadaan;

Pengadaan sumber daya manusia kesehatan adalah upaya yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pembangunan kesehatan.

- c. pendayagunaan; dan

Pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan adalah upaya pemerataan dan pemanfaatan serta pengembangan sumber daya manusia kesehatan.

- d. pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.

Pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan adalah upaya untuk mengarahkan, memberikan dukungan, serta mengawasi pengembangan dan pemberdayaan mutu sumber daya manusia kesehatan.

### **Bagian Keempat Prinsip**

Materi yang dapat diatur:

1. Prinsip subsistem sumber daya manusia kesehatan terdiri dari:
  - a. adil dan merata serta demokratis;
  - b. kompeten dan berintegritas;
  - c. objektif dan transparan; dan
  - d. hierarki dalam sumber daya manusia kesehatan.
2. Pemenuhan ketersediaan sumber daya manusia kesehatan harus berdasarkan:
  - a. pemerataan dan keadilan sesuai dengan potensi dan kebutuhan pembangunan kesehatan serta dilaksanakan secara demokratis;
  - b. tidak diskriminatif dengan menjunjung tinggi hak asasi manusia, nilai keagamaan, nilai budaya, dan kemajemukan bangsa.
3. Pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan dilaksanakan sesuai standar pelayanan dan standar kompetensi sehingga menghasilkan sumber daya manusia kesehatan yang menguasai Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), profesional, beriman, bertaqwa, mandiri, bertanggung jawab, dan berdaya saing tinggi.
4. Pembinaan dan pengawasan serta pendayagunaan termasuk pengembangan karir sumber daya manusia kesehatan dilakukan secara objektif dan transparan berdasarkan prestasi kerja dan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.
5. Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan dalam mendukung pembangunan kesehatan perlu memperhatikan adanya susunan hierarki sumber daya manusia kesehatan yang ditetapkan berdasarkan jenis dan tingkat tanggung jawab dan wewenang, kompetensi, serta keterampilan masing-masing sumber daya manusia kesehatan.

### **Bagian Kelima Penyelenggaraan**

### **Paragraf 1 Umum**

Materi yang dapat diatur:

Penyelenggaraan subsistem sumber daya manusia kesehatan terdiri dari:

- a. perencanaan sumber daya manusia kesehatan;
- b. pengadaan sumber daya manusia kesehatan;
- c. pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan; dan
- d. pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan

### **Paragraf 2 Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan**

Materi yang dapat diatur:

1. Penyusunan rencana kebutuhan sumber daya manusia kesehatan dilakukan dengan memperhatikan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan yang diutamakan, baik dalam upaya kesehatan primer maupun upaya kesehatan sekunder serta tersier.
2. Perencanaan sumber daya manusia kesehatan yang meliputi jenis, jumlah, dan kualifikasinya dilakukan dengan meningkatkan dan memantapkan keterkaitannya dengan unsur lainnya dalam manajemen pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan dengan memperhatikan tujuan pembangunan kesehatan dan kecenderungan permasalahan kesehatan di masa depan.
3. Perencanaan sumber daya manusia kesehatan dilakukan dengan mendasarkan pada fakta (berbasis bukti) melalui peningkatan sistem informasi sumber daya manusia kesehatan.

### **Paragraf 3 Pengadaan Sumber Daya Manusia Kesehatan**

Materi yang dapat diatur:

1. Standar pendidikan tenaga kesehatan mengacu kepada standar kompetensi dan standar pelayanan serta perlu didukung oleh etika profesi.
2. Pemerintah daerah **fasilitasi dan** bertanggung jawab memberi masukan kepada pemerintah dalam mengatur pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program pendidikan tenaga kesehatan yang dibutuhkan dalam pembangunan kesehatan.
3. Pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program pendidikan ditekankan untuk menghasilkan lulusan tenaga kesehatan yang bermutu dan dapat bersaing secara global dengan memperhatikan keseimbangan antara:
  - a. Kebutuhan;
  - b. dinamika pasar baik di dalam maupun di luar negeri; dan
  - c. kemampuan pengadaan tenaga kesehatan dengan yang sudah ada.

4. Kompetensi tenaga kesehatan harus setara dengan kompetensi tenaga kesehatan di dunia internasional, sehingga registrasi tenaga kesehatan lulusan dalam negeri dapat diakui di dunia internasional.
5. Penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan harus memenuhi akreditasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
6. Institusi/fasilitas pelayanan kesehatan yang terakreditasi wajib mendukung penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan.
7. Penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan harus responsif gender yang berorientasi kepada kepentingan peserta didik (student centered).

#### **Paragraf 4 Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan**

Materi yang dapat diatur:

1. Pemerintah Daerah berwenang melakukan penempatan tenaga kesehatan.
2. Pemerintah daerah dapat bekerjasama dengan pemerintah dan pemerintah provinsi dalam melakukan upaya penempatan tenaga kesehatan yang ditujukan untuk mencapai pemerataan yang berkeadilan dalam pembangunan kesehatan.
3. Dalam rangka penempatan tenaga kesehatan untuk kepentingan pelayanan publik dan pemerataan, Pemerintah Daerah melakukan berbagai pengaturan untuk memberikan imbalan material atau non material kepada tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan di daerah yang tidak diminati, seperti: daerah terpencil, daerah sangat terpencil, daerah ertinggal, daerah perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta daerah bencana dan rawan konflik.
4. Pemerintah Daerah, dan swasta melakukan rekrutmen dan penempatan tenaga kesehatan dan tenaga pendukung kesehatan yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan dan/atau menjalankan tugas serta fungsi institusinya.
5. Pemerintah Daerah bersama unit pelaksana teknisnya (UPT) dan masyarakat melakukan rekrutmen dan penempatan tenaga penunjang (tenaga masyarakat) yang diperlukan untuk mendukung Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.
6. Pemerintah Daerah, dan swasta mengembangkan dan menerapkan pola karir tenaga kesehatan yang dilakukan secara:
  - a. Transparan;
  - b. Terbuka; dan
  - c. lintas institusi melalui jenjang jabatan struktural dan jabatan fungsional.
7. Pemerintah Daerah, bersama organisasi profesi dan swasta mengupayakan penyelenggaraan pendidikan berkelanjutan dalam rangka peningkatan karir dan profesionalisme tenaga kesehatan.

8. Pendayagunaan tenaga kesehatan warga negara asing hanya dilakukan pada tingkat konsultan pada bidang tertentu, dalam rangka alih teknologi dan ditetapkan melalui persyaratan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
9. Dalam rangka mengantisipasi globalisasi perlu dilakukan pengaturan agar masuknya sumber daya manusia kesehatan warga negara asing dengan teknologi, modal, dan pengalaman yang mereka miliki tidak merugikan sumber daya manusia kesehatan Indonesia.
10. Tenaga kesehatan warga negara Indonesia lulusan institusi pendidikan luar negeri yang telah memenuhi persyaratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, mempunyai hak dan kewajiban yang sama dengan tenaga kesehatan lulusan dalam negeri.
11. Dalam rangka pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan yang sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan, perlu dilakukan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan secara terus menerus (pra-jabatan/"pre-service" dan "in-service"), diantaranya melalui pelatihan yang terakreditasi dan dilaksanakan oleh institusi penyelenggara pelatihan yang terakreditasi.
12. Dalam rangka pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai standar kompetensi yang telah disahkan oleh Pemerintah, perlu dikembangkan dan melaksanakan program pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan yang dibiayai oleh Pemerintah Daerah, dan/atau swasta.
13. **Dalam rangka peningkatan tenaga kesehatan pemerintah melibatkan organisasi profesi.**

#### **Paragraf 5 Pembinaan dan Pengawasan Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan**

Materi yang dapat diatur:

1. Pembinaan, penyelenggaraan, pengembangan, dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan diberbagai tingkatan dan/atau organisasi memerlukan komitmen yang kuat dari Pemerintah Daerah serta dukungan peraturan perundang-undangan mengenai pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan tersebut.
2. Pembinaan dan pengawasan praktik profesi bagi tenaga kesehatan dilakukan melalui:
  - a. uji kompetensi;
  - b. sertifikasi;Sertifikasi tenaga kesehatan dalam bentuk ijazah diberikan oleh institusi pendidikan yang terakreditasi dan dalam bentuk sertifikat kompetensi diberikan setelah melalui uji kompetensi yang dilaksanakan oleh kolegium

atau lembaga uji sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dengan mengikutsertakan organisasi profesi terkait.

- c. registrasi; dan
- d. pemberian izin praktik/izin kerja bagi tenaga kesehatan yang memenuhi syarat.

Pemberian izin praktik/izin kerja bagi tenaga kesehatan dilakukan oleh instansi yang menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah kabupaten/kota di bidang kesehatan setelah mendapatkan rekomendasi dari organisasi profesi terkait sebagai bentuk pemberian kewenangan melakukan praktik profesi pada tempat tertentu dalam rangka memperoleh penghasilan secara mandiri dari profesinya dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

3. Pembinaan dan pengawasan sumber daya manusia kesehatan dilakukan melalui:
  - a. sistem karier;
  - b. penggajian; dan
  - c. insentif untuk hidup layak sesuai dengan tata nilai di masyarakat dan beban tugasnya agar dapat bekerja secara profesional.
4. Pengawasan sumber daya manusia kesehatan dilakukan untuk mencegah terjadinya pelanggaran etik/disiplin/hukum yang dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang bekerja dalam bidang kesehatan.
5. Pelanggaran etik dapat dikenakan sanksi etik oleh organisasi profesi yang bersangkutan. Pelanggaran disiplin dapat dikenakan sanksi disiplin sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Apabila pelanggaran tersebut menyebabkan kerugian kepada pihak lain, maka dalam rangka melindungi masyarakat, yang bersangkutan dapat dikenakan sanksi hukum sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## **BAB V SUB SISTEM FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN MAKANAN**

### **Bagian Kesatu Umum**

Materi yang dapat diatur:

Subsistem ini meliputi berbagai kegiatan untuk menjamin:

- a. aspek keamanan;
- b. khasiat/kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar;
- c. ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial;
- d. perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat;
- e. penggunaan obat yang rasional; dan

- f. upaya kemandirian di bidang kefarmasian melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri.

### **Bagian Kedua Tujuan**

Materi yang dapat diatur:

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.

### **Bagian Ketiga Unsur**

#### **Paragraf 1 Umum**

Materi yang dapat diatur:

Unsur-unsur subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan terdiri dari:

- a. komoditi;
- b. sumber daya;
- c. pelayanan kefarmasian;
- d. pengawasan; dan
- e. pemberdayaan masyarakat.

#### **Paragraf 2 Komoditi**

Materi yang dapat diatur:

1. Sediaan farmasi dan alat kesehatan adalah komo diti untuk penyelenggaraan upaya kesehatan.
2. Makanan adalah komoditi yang mempengaruhi kesehatan masyarakat.
3. Sediaan farmasi harus tersedia dalam jenis, bentuk, dosis, jumlah, dan khasiat yang tepat.
4. Alat kesehatan harus tersedia dalam jenis, bentuk, jumlah, dan fungsinya.
5. Makanan harus tersedia dalam jenis dan manfaat.

#### **Paragraf 3 Sumber Daya**

Materi yang dapat diatur:

1. Sumber daya manusia yang mengerti dan terampil dalam bidang sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan harus dengan jumlah yang cukup serta mempunyai standar kompetensi yang sesuai dengan etika profesi.
2. Fasilitas sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah peralatan atau tempat yang harus memenuhi kebijakan yang telah ditetapkan, baik di fasilitas produksi, distribusi maupun fasilitas pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier.

3. Pembiayaan yang cukup dari Pemerintah dan Pemerintah Daerah diperlukan untuk menjamin ketersediaan dan keterjangkauan obat, terutama obat dan alat kesehatan esensial bagi masyarakat miskin
4. Sumber daya fisik (sarana) dalam rangka menjaga mutu sediaan farmasi, alkes dan bahan makanan. Misalnya standar ruangan.
5. Sop tentang sistem distribusi sediaan farmasi, alkes dan bahan makanan.

#### **Paragraf 4 Pelayanan Kefarmasian**

Materi yang dapat diatur:

Pelayanan kefarmasian ditujukan untuk dapat menjamin penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan, secara rasional, aman, dan bermutu di semua fasilitas pelayanan kesehatan dengan mengikuti kebijakan yang ditetapkan. **Dirinci misalnya tentang biaya.**

#### **Paragraf 5 Pengawasan**

Materi yang dapat diatur:

1. Pengawasan komprehensif meliputi:
  - a. Standarisasi;
  - b. evaluasi produk sebelum beredar;
  - c. sertifikasi;
  - d. pengawasan produk sebelum beredar; dan
  - e. pengujian produk dengan melaksanakan regulasi yang baik (*good regulatory practices*).
2. Pengawasan komprehensif ditujukan untuk menjamin:
  - a. setiap sediaan farmasi;
  - b. alat kesehatan; dan
  - c. makanan yang beredar memenuhi standar dan persyaratan keamanan;
  - d. khasiat/manfaat; dan
  - e. mutu produk yang ditetapkan dengan didukung oleh laboratorium pengujian yang handal.
3. 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.
4. Penyediaan unit pelayanan publik bidang kesehatan dibentuk untuk menangani berbagai masalah yang mudah diakses oleh masyarakat dan menerima keluhan atau pertanyaan terkait dengan sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan.

**Di rinci.**

#### **Bagian Keempat Prinsip**

Materi yang dapat diatur:

1. Prinsip-prinsip subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan terdiri dari:
  - a. aman, berkhasiat, bermanfaat, dan bermutu;
  - b. tersedia, merata, dan terjangkau;
  - c. rasional;
  - d. transparan dan bertanggung jawab; dan
  - e. kemandirian.
2. Pemerintah daerah membantu pemerintah dalam menjamin keamanan, khasiat, manfaat, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan melalui pembinaan, pengawasan, dan pengendalian secara profesional, bertanggung jawab, independen, transparan, dan berbasis bukti ilmiah.
3. Pelaku usaha bertanggung jawab atas keamanan, khasiat/manfaat, dan mutu produk sesuai dengan fungsi usahanya dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. Obat merupakan kebutuhan dasar manusia yang tidak tergantikan dalam pelayanan kesehatan, sehingga obat tidak boleh diperlakukan sebagai komoditas ekonomi semata.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Pemerintah daerah memfasilitasi pengelolaan potensi sumber daya bahan baku obat tradisional.

## **Bagian Kelima Penyelenggaraan**

### **Paragraf 1 Umum**

Materi yang dapat diatur:

Penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan terdiri dari:

- a. upaya ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan;
- b. upaya pengawasan untuk menjamin persyaratan keamanan, khasiat/manfaat, mutu produk sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan serta perlindungan

masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat dan alat kesehatan;

- c. upaya penyelenggaraan pelayanan kefarmasian;
- d. upaya penggunaan obat yang rasional; dan
- e. upaya kemandirian sediaan farmasi melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri.

### **Paragraf 2 Upaya Ketersediaan, Pemerataan, dan Keterjangkauan Obat dan Alat Kesehatan**

Materi yang dapat diatur:

1. Penyediaan dan pelayanan obat berpedoman pada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan.
2. Pemerintah Daerah dengan pengaturan khusus menjamin tersedianya obat bagi masyarakat di daerah terpencil, daerah tertinggal dan perbatasan, serta daerah bencana, daerah rawan konflik dan obat yang tidak mempunyai nilai ekonomis (orphan drug).
3. Pemerintah Daerah membantu Pemerintah dalam melakukan pengendalian dan pengawasan terhadap pengadaan dan penyaluran untuk menjamin ketersediaan dan pemerataan obat dan alat kesehatan.
4. Pemerintah daerah membantu Pemerintah dalam mengawasi harga obat dan alat kesehatan yang sesuai dengan pengaturan pemerintah

### **Paragraf 3 upaya pengawasan untuk menjamin persyaratan keamanan, khasiat/manfaat, mutu produk sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan serta perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat dan alat kesehatan**

Materi yang dapat diatur:

1. Upaya pengawasan untuk menjamin:
  - a. persyaratan keamanan;
  - b. khasiat/manfaat;
  - c. mutu produk sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.
2. Upaya pengawasan merupakan tugas bersama yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan, meliputi: Pemerintah Daerah, pelaku usaha, dan masyarakat secara terpadu dan bertanggung jawab.
3. Pelaksanaan regulasi yang baik (*good regulatory practices*) didukung oleh sumber daya yang memadai secara kuantitas maupun kualitas, sistem manajemen mutu, akses terhadap ahli dan referensi ilmiah, kerjasama internasional, laboratorium pengujian mutu yang kompeten, independen, dan transparan.

4. Pengembangan dan penyempurnaan kebijakan mengenai produk dan fasilitas produksi dan distribusi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan sesuai dengan perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) dan standar internasional.
5. Pembinaan, pengawasan, dan pengendalian impor, ekspor, produksi dan distribusi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan merupakan suatu kesatuan yang utuh, dilakukan melalui penilaian keamanan, khasiat/manfaat, dan mutu produk melalui proses pendaftaran dan evaluasi, inspeksi fasilitas produksi dan distribusi, pengambilan dan pengujian sampel, survailans dan ujian setelah pemasaran, serta pemantauan label atau penandaan, iklan dan promosi.
6. Dalam rangka menghindarkan dampak buruk dari penggunaan alat kesehatan, maka upaya jaminan perlindungan keamanan diberikan kepada pengguna dan operator alat kesehatan, masyarakat, serta lingkungannya.
7. Pemerintah daerah berwenang mendukung penegakan hukum yang konsisten dengan efek jera yang tinggi untuk setiap pelanggaran, termasuk pemberantasan produk palsu dan ilegal.
8. Peningkatan kesadaran/kemandirian masyarakat melalui penyediaan dan penyebaran informasi terpercaya termasuk informasi harga obat, sehingga masyarakat memperoleh informasi yang benar, menyeluruh, transparan, dan tidak menyesatkan mengenai penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.
9. Perlindungan masyarakat dari penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif (NAPZA) harus merupakan upaya yang terpadu antara upaya represif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
10. Perlindungan masyarakat terhadap pencemaran sediaan farmasi dari bahan-bahan yang dilarang atau penggunaan bahan tambahan makanan yang tidak sesuai persyaratan.
11. Mendorong masyarakat rentan terutama anak dan ibu hamil, serta manusia usia lanjut untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi tinggi dan memenuhi persyaratan keamanan, mutu dan gizi.

#### **Paragraf 4 upaya penyelenggaraan pelayanan kefarmasian**

Materi yang dapat diatur:

Penyelenggaraan pelayanan kefarmasian di semua fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan dengan:

- a. mengutamakan kesejahteraan pasien dalam segala situasi dan kondisi;

- b. melaksanakan kegiatan inti farmasi yang meliputi pengelolaan obat dan produk kesehatan lainnya, menjamin mutu, memberikan informasi dan saran serta memonitor penggunaan obat oleh pasien;
- c. memberikan kontribusi dalam peningkatan persepsian yang rasional dan ekonomis serta penggunaan yang tepat; dan
- d. memberikan pelayanan kefarmasian yang sesuai untuk setiap individu.

#### **Paragraf 5 upaya penggunaan obat yang rasional**

Materi yang dapat diatur:

1. Penggunaan obat yang rasional merupakan salah satu langkah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan mengefisienkan biaya pengobatan.
2. Penyelenggaraan upaya penggunaan obat yang rasional dilakukan antara lain melalui kegiatan berikut:
  - a. penerapan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) dalam upaya pelayanan kesehatan tingkat primer, sekunder, dan tersier, melalui pemanfaatan pedoman terapi dan formularium berbasis bukti ilmiah terbaik;
  - b. audit dan umpan balik dalam penggunaan obat rasional;
  - c. pengembangan mekanisme pemantauan ketersediaan obat esensial dan langkah-langkah perbaikan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan;
  - d. pemberdayaan Komite Farmasi dan Terapi (KFT) untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian melalui penggunaan obat secara rasional;
  - e. penerapan pendekatan farmako ekonomi melalui analisis biaya efektif dan biaya manfaat pada seleksi obat yang digunakan di semua tingkat pelayanan kesehatan;
  - f. penyediaan informasi obat yang benar, objektif, dan lengkap melalui penyusunan Informasi Obat Nasional Indonesia (IONI) akan sangat mendukung para profesi kesehatan seperti: dokter, apoteker, perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat sehingga dapat meningkatkan kemanfaatan dan keamanan penggunaan obat termasuk penggunaan obat yang rasional;
  - g. pemberdayaan masyarakat melalui Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE). Informasi kepada masyarakat, antara lain promosi penggunaan obat generik dan pengelolaan berbagai penyakit secara tepat, seperti penyakit diare, dan lain-lain; serta
  - h. pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan dalam melaksanakan penggunaan obat rasional di semua fasilitas pelayanan kesehatan.

## **Paragraf 6 upaya kemandirian sediaan farmasi melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri**

Materi yang dapat diatur:

1. Pengembangan dan pemanfaatan sumber daya alam perlu didorong secara berkelanjutan untuk digunakan sebagai obat tradisional demi peningkatan pelayanan kesehatan dan ekonomi. Langkah-langkah yang perlu diselenggarakan meliputi:
  - a. pemilihan produk yang tepat untuk pengembangan produksi dalam negeri dengan mempertimbangkan potensi sumber daya dalam negeri;
  - b. Pemerintah Daerah membantu Pemerintah dalam menciptakan iklim yang kondusif bagi investasi di bidang farmasi melalui persaingan usaha yang adil, pemberian insentif kebijakan perpajakan dan perbankan, serta kepastian proses perijinan;
  - c. pembinaan industri farmasi dalam negeri agar mampu melakukan produksi sesuai dengan Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB) dan dapat melakukan usahanya dengan efektif dan efisien sehingga mempunyai daya saing yang tinggi;
  - d. komitmen semua pemangku kepentingan, seperti kemauan industri farmasi domestik untuk memprioritaskan penggunaan bahan baku produksi dalam negeri, penerimaan fasilitas pelayanan kesehatan, para pemberi pelayanan kesehatan dan konsumen;
  - e. peningkatan penelitian dan pengembangan bahan baku obat, obat, dan obat tradisional untuk menunjang pembangunan kesehatan;
  - f. pengembangan pemanfaatan obat tradisional yang aman, memiliki khasiat nyata yang teruji secara ilmiah, bermutu tinggi, dan dimanfaatkan secara luas baik untuk pengobatan sendiri oleh masyarakat maupun digunakan dalam pelayanan kesehatan formal.
2. Penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan harus melibatkan seluruh pelaku baik secara perorangan maupun bersama dan terpadu antara Pemerintah, Pemerintah Daerah swasta/dunia usaha, dan masyarakat.

## **BAB VI SUB SISTEM PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**

### **Bagian Kesatu Umum**

Materi yang dapat diatur:

1. Untuk mendapatkan dan mengisi kekosongan data kesehatan dasar dan/atau data kesehatan yang berbasis bukti perlu diselenggarakan kegiatan penelitian dan pengembangan kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi dan sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat Sumba Barat.

2. Pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan terbagi atas:
  - a. penelitian dan pengembangan biomedis dan teknologi dasar kesehatan;
  - b. teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik;
  - c. teknologi intervensi kesehatan masyarakat dan humaniora **pemberdayaan masyarakat;**
  - d. kebijakan kesehatan; dan
  - e. **Pembiayaan kesehatan;**
3. Penelitian dan pengembangan kesehatan dikoordinasikan penyelenggaraannya oleh Pemerintah dan dibantu oleh Pemerintah Daerah.

### **Bagian Kedua Tujuan**

Materi yang dapat diatur:

Tujuan dari penyelenggaraan subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan adalah terselenggaranya kegiatan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan, yang ditujukan untuk menghasilkan informasi kesehatan, teknologi, produk teknologi, dan teknologi informasi (TI) kesehatan untuk mendukung pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

### **Bagian Ketiga Unsur**

Materi yang dapat diatur:

1. Unsur subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan terdiri dari unsur-unsur area penelitian, pengembangan, dan penapisan:
  - a. biomedis dan teknologi dasar kesehatan;
  - b. teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik;
  - c. teknologi intervensi kesehatan masyarakat; dan
  - d. humaniora, kebijakan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat.

**e. Pembiayaan kesehatan;**
2. Penelitian, pengembangan, dan penapisan biomedis dan teknologi dasar kesehatan meliputi kegiatan riset untuk memecahkan permasalahan ditinjau dari aspek host, agent, dan lingkungan dengan pendekatan biologi molekular, bioteknologi, dan kedokteran guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.
3. Penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik meliputi kegiatan riset untuk menilai faktor risiko penyakit, penyebab penyakit, prognosa penyakit, dan risiko penerapan teknologi dan produk teknologi kesehatan, termasuk obat bahan alam, terhadap manusia guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.

4. Penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi intervensi kesehatan masyarakat meliputi kegiatan riset untuk menilai besaran masalah kesehatan masyarakat, mengembangkan teknologi intervensi, serta menilai reaksi lingkungan terhadap penerapan teknologi dan produk teknologi guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.
5. Penelitian, pengembangan, dan penapisan humaniora, kebijakan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat meliputi kegiatan riset untuk menganalisis bidang sosial, ekonomi, budaya, etika, hukum, psikologi, formulasi-implementasi, dan evaluasi kebijakan, perilaku, peran serta, dan pemberdayaan masyarakat **serta pembiayaan kesehatan** terkait dengan perkembangan teknologi dan produk teknologi kesehatan guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.

#### **Bagian Keempat Prinsip**

Materi yang dapat diatur:

1. Prinsip-prinsip subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan terdiri dari:
  - a. terpadu, berkesinambungan, dan paripurna;
  - b. akurat dan akuntabel;
  - c. persetujuan setelah penjelasan;
  - d. bekerja dalam tim secara cepat dan tepat;
  - e. norma agama;
  - f. kebenaran ilmiah; dan
  - g. perlindungan terhadap subjek penelitian dan etik
  - h. **Norma lokal masyarakat.**
2. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan diselenggarakan secara terpadu, berkesinambungan, dan paripurna meliputi riset yang dilakukan berkala dan sebagai kelanjutan hasil riset sebelumnya serta dilakukan menyeluruh di seluruh wilayah Kabupaten Sumba Barat.
3. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan harus dilakukan secara teliti dan berbasis bukti yang dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat.
4. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan harus dilakukan atas dasar persetujuan dari Pemerintah dan apabila melibatkan manusia harus atas dasar persetujuan yang bersangkutan setelah diberikan penjelasan terlebih dahulu.
5. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan harus dilakukan dengan melibatkan semua pihak yang terkait dan kompeten, bekerja sama, dan dilakukan secara cepat dengan ketepatan yang tinggi, termasuk

dalam rangka peningkatan kapasitas dan kompetensi tenaga peneliti kesehatan serta pemanfaatan fasilitas penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi kesehatan sebagai wahana pendidikan tenaga peneliti mencapai jenjang keahlian tertinggi.

6. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang dilakukan tidak boleh bertentangan dengan norma agama, **budaya lokal** dan yang dapat menurunkan harkat dan martabat manusia.
7. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang dilakukan harus didasarkan pada kebenaran ilmiah, yakni kebenaran yang didapatkan melalui tahap-tahap (proses, prosedur) metode ilmiah.
8. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang dilakukan harus menjamin perlindungan terhadap subjek penelitian. Apabila subjek penelitian tersebut adalah manusia maka harus dilakukan sesuai dengan prinsip etik umum, yaitu:
  - a. menghormati harkat dan martabat manusia (respect for person) yang bertujuan menghormati otonomi dan melindungi manusia yang otonominya terganggu/kurang;
  - b. berbuat baik (beneficence);
  - c. tidak merugikan (non-maleficence); dan
  - d. keadilan (justice).
9. Selain itu kerahasiaan identitas dan data kesehatan subjek penelitian harus dijaga.
10. Penelitian dan pengembangan kesehatan terhadap manusia hanya dapat dilakukan atas dasar persetujuan tertulis dari manusia yang menjadi subjek penelitian.
11. Penelitian yang menggunakan hewan sebagai subjek penelitian perlu memperhatikan prinsip reduction, refinement, dan replacement. Prinsip ini untuk menghilangkan segi-segi yang tidak manusiawi (inhumane) pada penggunaan hewan percobaan. Langkah pertama adalah memilih hewan yang kurang rasa atau tidak rasa (sentient, non-sentient) sebagai tindakan replacement. Melengkapi tindakan replacement harus diupayakan tindakan refinement untuk mengurangi atau menghilangkan sejauh mungkin rasa nyeri, ketidaknyamanan, dan kesusahan (distress) yang diderita hewan percobaan. Selain itu perlu dilakukan reduction yaitu upaya mengurangi jumlah hewan yang digunakan sesedikit mungkin. Penggunaan hewan dalam jumlah besar tidak dapat diterima lagi. Penelitian dan pengembangan yang menggunakan manusia dan hewan percobaan harus mendapatkan persetujuan etik (ethical clearance).

#### **Bagian Kelima Penyelenggaraan**

Materi yang dapat diatur:

1. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi, produk teknologi, teknologi informasi, dan informasi kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Hak atas Kekayaan Intelektual (HKI) dan dimanfaatkan bagi kesehatan masyarakat.
2. Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan diselenggarakan untuk:
  - a. mencegah terjadinya penyakit;
  - b. mendeteksi adanya penyakit;
  - c. meringankan penderitaan akibat penyakit;
  - d. menyembuhkan;
  - e. memperkecil komplikasi; dan
  - f. memulihkan kesehatan setelah sakit.
  - g. menganalisis dan memformulasikan **berbagai permasalahan yang terjadi kebijakan kesehatan, humaniora dan ...** dalam pengelolaan kesehatan.
3. Penelitian, pengembangan, penapisan, pemanfaatan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) yang memadai ditujukan untuk meningkatkan mutu pengelolaan upaya kesehatan. Sesuai dengan perkembangan dan keperluannya, pengembangan dan pemanfaatan IPTEK perlu diperluas untuk mendukung pembangunan kesehatan secara keseluruhan.
4. Pengembangan dan pemanfaatan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), meliputi:
  - a. IPTEK kesehatan dihasilkan dari penelitian dan pengembangan kesehatan yang diselenggarakan oleh pusat-pusat penelitian dan pengembangan milik masyarakat, swasta, dan Pemerintah dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Daerah melaksanakan penelitian data dasar kesehatan seperti Riset Kesehatan Dasar (Risikesdas), dan riset lainnya secara berkala, penelitian dan pengembangan upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan.
  - b. Pemanfaatan dan penyebarluasan IPTEK kesehatan diatur oleh Pemerintah dengan dukungan organisasi profesi, dilakukan dengan membentuk pusat-pusat penelitian dan pengembangan unggulan, jaringan informasi, dan dokumentasi IPTEK kesehatan.
  - c. Peneliti yang berkompotensi. Untuk riset perlu kompetensi, untuk peneliti dalam rangka study tanpa syarat kompetensi.
5. Penelitian kesehatan yang dilaksanakan oleh badan asing dan/atau individu warga negara asing (WNA), serta penelitian yang berisiko tinggi dan berbahaya bagi kesehatan harus atas izin dan diawasi oleh Pemerintah dibantu oleh Pemerintah Daerah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

6. Penyelenggaraan penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang memerlukan uji coba terhadap manusia dilakukan dengan jaminan tidak merugikan manusia yang dijadikan uji coba.
7. Penyelenggaraan penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang dilakukan terhadap hewan dan makhluk hidup lainnya harus dijamin untuk melindungi kelestarian hewan dan makhluk hidup lainnya tersebut.
8. Untuk penelitian penyakit infeksi yang muncul baru atau berulang (*new emerging atature-emerging diseases*) yang dapat menyebabkan kepedulian kesehatan dan kedaruratan kesehatan masyarakat (*public health emergency of international concern/PHEIC*) harus dipertimbangkan kemanfaatan (*benefit sharing*) dan penelusuran ulang asal muasalnya (*tracking system*) demi untuk kepentingan nasional.
9. Penyelenggaraan penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang membawa risiko buruk terhadap kesehatan masyarakat tidak diizinkan dan dilarang untuk dilakukan.
10. Pembiayaan penelitian 3%

## **BAB VII SUB SISTEM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

### **Bagian Kesatu Umum**

Materi yang dapat diatur:

1. SKD akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai sasaran pembangunan kesehatan, melainkan juga sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan. Oleh karenanya pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan.
2. Dalam pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat meliputi pula upaya peningkatan lingkungan sehat oleh masyarakat sendiri dan upaya peningkatan kepedulian sosial dan lingkungan sekitar.
3. Upaya pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat akan berhasil pada hakekatnya apa bila kebutuhan dasar masyarakat sudah terpenuhi. Pemberdayaan masyarakat dan upaya kesehatan pada hakekatnya merupakan fokus dari pembangunan kesehatan.

### **Bagian Kedua Tujuan**

Materi yang dapat diatur:

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.

### **Bagian Ketiga Unsur**

Materi yang dapat diatur:

1. Unsur-unsur subsistem pemberdayaan masyarakat terdiri dari:
  - a. penggerak pemberdayaan;
  - b. sasaran pemberdayaan;
  - c. kegiatan hidup sehat; dan
  - d. sumber daya.
2. Pemerintah, masyarakat, dan swasta menjadi inisiator, motivator, dan fasilitator yang mempunyai kompetensi memadai dan dapat membangun komitmen dengan dukungan para pemimpin, baik formal maupun nonformal.
3. Perorangan (tokoh masyarakat, tokoh agama, politisi, figur masyarakat, dan sebagainya), kelompok (organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, kelompok masyarakat), dan masyarakat luas serta Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang berperan sebagai agen perubahan untuk penerapan perilaku hidup sehat (subyek pembangunan kesehatan).
4. 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.
5. Potensi yang dimiliki oleh masyarakat, swasta, dan Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang meliputi: dana, sarana dan prasarana, budaya, metode, pedoman, dan media untuk terselenggaranya proses pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

### **Bagian Keempat Prinsip**

Materi yang diatur:

1. Prinsip-prinsip subsistem pemberdayaan masyarakat terdiri dari:
  - a. berbasis masyarakat;
  - b. edukatif dan kemandirian;
  - c. kesempatan mengemukakan pendapat dan memilih pelayanan kesehatan; dan
  - d. kemitraan dan gotongroyong.
2. Pembangunan kesehatan berbasis pada tata nilai perorangan, keluarga, dan masyarakat sesuai dengan keragaman sosial budaya, kebutuhan, permasalahan, serta potensi masyarakat (modal sosial).
3. Pelaku usaha memberikan bantuan nyata dalam pembangunan kesehatan masyarakat sebagai *corporate social responsibility*.

4. Pemberdayaan masyarakat dilakukan atas dasar untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan, serta menjadi penggerak dalam pembangunan kesehatan.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Tumbuhnya rasa kepedulian, tenggang rasa, solidaritas, empati, dan kepekaan masyarakat dalam menghadapi potensi dan masalah kesehatan yang akhirnya bermuara dalam semangat gotong royong sesuai dengan nilai luhur bangsa. Kesemuanya itu dapat dilaksanakan bila kebutuhan masyarakat telah dipenuhi secara wajar.

### **Bagian Kelima Penyelenggaraan**

#### **Paragraf 1 Umum**

Materi yang dapat diatur:

Penyelenggaraan subsistem pemberdayaan masyarakat terdiri dari:

- a. penggerakan masyarakat;
- b. pengorganisasian dalam pemberdayaan;
- c. advokasi;
- d. kemitraan; dan
- e. peningkatan sumber daya

#### **Paragraf 2 Penggerakan Masyarakat**

Materi yang dapat diatur:

1. Pembangunan kesehatan perlu digerakkan oleh masyarakat dan masyarakat mempunyai peluang yang penting dan luas dalam pembangunan kesehatan.
2. Dalam kaitan ini keterlibatan aktif masyarakat dalam proses pembangunan kesehatan dilakukan mulai dari:
  - a. penelaahan situasi masalah kesehatan;
  - b. penyusunan rencana termasuk dalam penentuan prioritas kesehatan;
  - c. pelaksanaan;

- d. pemantauan; dan
  - e. evaluasi upaya kesehatan.
3. Keterlibatan aktif masyarakat untuk mewujudkan kemandirian dan kesinambungan pembangunan kesehatan. Pada hakekatnya pembangunan kesehatan diselenggarakan oleh, dari, dan untuk masyarakat.
  4. Pemberdayaan masyarakat ditujukan guna terwujudnya penguatan upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan, maupun pemulihan secara tersendiri atau terpadu.
  5. Perencanaan pemberdayaan masyarakat didasarkan pada fakta dan masalah kesehatan yang menjadi perhatian masyarakat setempat maupun masyarakat luas serta dengan mempertimbangkan potensi sumber daya dan nilai-nilai sosial budaya masyarakat.
  6. Pemberdayaan masyarakat, termasuk penggerakan masyarakat, merupakan hal yang penting dalam pembangunan kesehatan, hal ini mengingat penekanan atau fokus pembangunan kesehatan diberikan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif.

### **Paragraf 3 Pengorganisasian dalam Pemberdayaan**

Materi yang dapat diatur:

1. Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan melalui perorangan, kelompok, dan masyarakat luas sesuai dengan kepentingannya dan yang berhasil guna serta berdaya guna.
2. Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan pula melalui pendekatan ketatanan, seperti: rumah tangga, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum, dan fasilitas kesehatan agar terwujud pemberdayaan masyarakat yang berhasil guna dan berdaya guna serta terjamin kesinambungannya.
3. Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan memperhatikan karakteristik dan kekhususan masyarakat, seperti masyarakat di desa, kota, daerah pesisir, daerah pegunungan, dan aliran sungai. Seperti: Atoin amaf,
4. Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan metoda yang tepat, memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berkembang, serta dengan memperhatikan nilai-nilai agama dan sosial budaya yang berlaku.
5. Upaya untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam berperilaku sehat dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung melalui berbagai saluran media dan teknik promosi kesehatan.
6. Peranan pemerintah membuka akses informasi dan dialog, menyiapkan regulasi, menyiapkan masyarakat dengan membekali pengetahuan dan keterampilan bagi masyarakat, dukungan sumber daya untuk membangun kemandirian dalam upaya

kesehatan dan mendorong terbentuknya Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), seperti: Poskestren, Musholla Sehat, Desa Siaga, Pemuda Siaga Peduli Bencana (Dasipena), dan kemandirian dalam upaya kesehatan.

7. Peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan dapat dengan cara mendirikan fasilitas pelayanan kesehatan maupun memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) kepada masyarakat. Dalam kaitan ini termasuk pengembangan Desa Siaga atau bentuk-bentuk lain pada masyarakat desa/kelurahan.

#### **Paragraf 4 Advokasi**

Materi yang dapat diatur:

1. Masyarakat dapat berperan dalam melakukan advokasi kepada pemerintah dan lembaga pemerintahan lainnya, seperti legislatif untuk memperoleh dukungan kebijakan dan sumber daya bagi terwujudnya pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Pelaksanaan advokasi dilakukan dengan dukungan informasi yang memadai serta metode yang berhasil guna dan berdaya guna.
3. Masyarakat juga dapat berpartisipasi dengan memberikan kritik yang membangun bagi kepentingan seluruh masyarakat.

#### **Paragraf 5 Kemitraan**

Materi yang dapat diatur:

1. Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan kemitraan berbagai pihak, seperti seluruh sektor terkait, lembaga legislatif, dunia usaha, organisasi kemasyarakatan, perguruan tinggi, dan masyarakat agar terwujud dukungan sumber daya dan kebijakan dalam pembangunan kesehatan.
2. Pembinaan dilakukan untuk kesinambungan pemberdayaan masyarakat yang telah dilakukan melalui berbagai cara, antara lain pemberian insentif, pendampingan, lomba, dan kompetisi.
3. Pemerintah daerah membentuk Badan Kemitraan Kesehatan Kabupaten terdiri dari:
  - a. Raja meliputi:
    - 1) Biboki;
    - 2) Insana; dan
    - 3) Bimafo.
  - b. Lintas sektor tingkat Kabupaten.
  - c. Tokoh Agama
4. Camat membentuk badan kemitraan kesehatan kecamatan terdiri dari:
  - a. Vetor;
  - b. Meo;

- c. Lintas sektor tingkat kecamatan; dan
  - d. Tokoh agama
5. Kepala desa membentuk badan kemitraan kesehatan desa terdiri dari:
- a. Atoin amaf;
  - b. Lintas sektor tingkat desa; dan
  - c. Tokoh agama.

#### **Paragraf 6 Peningkatan Sumber Daya**

Materi yang dapat diatur:

1. Dalam pemberdayaan masyarakat perlu didukung oleh pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan yang kuat, pembiayaan yang memadai, dan dukungan berbagai sarana lain yang berkaitan.
2. Dalam pemberdayaan masyarakat secara lebih spesifik dapat didampingi penggerak yang berperan sebagai fasilitator, komunikator, dan dinamisator dalam proses pemberdayaan masyarakat.
3. Ketersediaan sumber daya tersebut sangat penting agar dapat tercapai masyarakat berperilaku hidup sehat dan mandiri, termasuk pentingnya ketersediaan tenaga penggerak/promosi kesehatan, seperti di Puskesmas dan rumah sakit yang mempunyai kompetensi dan integritas tinggi.
4. Dipikirkan insentif untuk badan, rapat berkala setiap tingkat. Badan kemitraan ditetapkan dengan keputusan.

### **BAB VIII SUB SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN**

#### **Bagian Kesatu Umum**

Materi yang dapat diatur:

1. Pembiayaan kesehatan bersumber dari berbagai sumber, yakni: Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta, organisasi masyarakat, dan masyarakat itu sendiri.
2. Pembiayaan kesehatan yang adekuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan memegang peran yang vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan.
3. Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan barang publik (*public good*) yang menjadi tanggung jawab pemerintah, sedangkan untuk pelayanan kesehatan perorangan pembiayaannya bersifat privat, kecuali pembiayaan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi tanggung jawab pemerintah.
4. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan diselenggarakan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan dengan mekanisme asuransi sosial yang pada waktunya diharapkan akan mencapai *universal health coverage* sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

### **Bagian Kedua Tujuan**

Materi yang dapat diatur:

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.

### **Bagian Ketiga Unsur**

Materi Muatan yang dapat diatur:

1. Unsur-unsur subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari:
  - a. dana;
  - b. sumber daya; dan
  - c. pengelolaan dana kesehatan
2. Dana digali dari sumber Pemerintah, Pemerintah Daerah baik dari sektor kesehatan dan sektor lain terkait, dari masyarakat, maupun swasta serta sumber lainnya yang digunakan untuk mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan.
3. Dana yang tersedia harus mencukupi dan dapat dipertanggungjawabkan serta dipertanggungjawabkan.
4. Sumber daya dari subsistem pembiayaan kesehatan, meliputi:
  - a. sumber daya manusia pengelola;
  - b. sarana;
  - c. standar;
  - d. regulasi; dan
  - e. kelembagaan yang digunakan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung terselenggaranya pembangunan kesehatan.
5. Prosedur/mekanisme pengelolaan dana kesehatan adalah seperangkat aturan yang disepakati dan secara konsisten dijalankan oleh para pelaku subsistem pembiayaan kesehatan, baik oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah secara lintas sektor, swasta, maupun masyarakat yang mencakup mekanisme penggalan, pengalokasian, pembelanjaan dana kesehatan, dan mekanisme pertanggungjawabannya.

### **Bagian Keempat Prinsip**

Materi yang dapat diatur:

1. Prinsip-prinsip subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari:

- a. kecukupan;
  - b. efektif dan efisien; dan
  - c. adil dan transparan.
2. Pembiayaan kesehatan pada dasarnya merupakan tanggung jawab bersama Pemerintah Daerah, masyarakat, dan swasta.
  3. Alokasi dana yang berasal dari Pemerintah Daerah untuk pengelolaan kesehatan dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja daerah, terus diupayakan peningkatan dan kecukupannya sesuai kebutuhan menuju besaran persentase sebagaimana ditentukan dalam ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
  4. Pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin, tidak, dan penyandang masalah kesejahteraan sosial mampu merupakan tanggung jawab Pemerintah Daerah.
  5. Dana kesehatan diperoleh dari berbagai sumber, baik dari Pemerintah, Pemerintah Daerah, 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.
  6. Dalam menjamin efektifitas dan efisiensi penggunaan dana kesehatan, maka pembelanjanya dilakukan melalui kesesuaian antara perencanaan pembiayaan kesehatan, penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran dan kompetensi pemberi pelayanan kesehatan.
  7. Sistem pembayaran pada fasilitas pelayanan kesehatan perlu dikembangkan menuju bentuk pembayaran prospektif.
  8. Dana kesehatan yang terhimpun baik dari Pemerintah, Pemerintah Daerah, maupun masyarakat dimanfaatkan secara adil dalam rangka menjamin terpeliharanya dan terlindunginya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.
  9. Dana kesehatan digunakan secara bertanggung jawab dan bertanggung gugat berdasarkan prinsip tata pemerintahan yang baik (good governance), transparan, dan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## **Bagian Kelima Penyelenggaraan**

### **Paragraf 1 Umum**

Materi yang dapat diatur:

1. Pembiayaan dari pemerintah desa.
2. Adil dan merata.

3. Subsistem pembiayaan kesehatan merupakan suatu proses yang terus menerus dan terkendali, agar tersedia dana kesehatan yang mencukupi dan berkesinambungan, bersumber dari Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta, masyarakat, dan sumber lainnya.
4. Perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan dilakukan melalui penggalian dan pengumpulan berbagai sumber dana yang dapat menjamin kesinambungan pembiayaan pembangunan kesehatan, mengalokasikannya secara rasional, serta menggunakannya secara efisien dan efektif.
5. Dalam hal pengaturan penggalian dan pengumpulan serta pemanfaatan dana yang bersumber dari iuran wajib, Pemerintah dan Pemerintah Daerah harus melakukan sinkronisasi dan sinergisme antara sumber dana dari iuran wajib, dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN)/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), dana dari masyarakat, dan sumber lainnya.
6. Penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari:
  - a. penggalian dana;
  - b. pengalokasian dana; dan
  - c. pembelanjaan

#### **Paragraf 2 Penggalian Dana**

Materi yang dapat diatur:

1. Penggalian dana untuk pembangunan kesehatan yang bersumber dari Pemerintah / Pemerintah Daerah dilakukan melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan atau pinjaman yang tidak mengikat, serta berbagai sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Dana yang bersumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip kemitraan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah dan masyarakat yang didukung dengan pemberian insentif.
3. Penggalian dana yang bersumber dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri atau dilakukan secara pasif dengan memanfaatkan berbagai dana yang sudah terkumpul di masyarakat.
4. Penggalian dana untuk pelayanan kesehatan perorangan dilakukan dengan cara penggalian dan pengumpulan dana masyarakat dan didorong pada bentuk jaminan pemeliharaan kesehatan.

#### **Paragraf 3 Pengalokasian Dana**

Materi yang dapat diatur:

1. Pengalokasian dana Pemerintah Daerah dilakukan melalui perencanaan anggaran dengan mengutamakan upaya kesehatan prioritas secara bertahap dan terus ditingkatkan jumlah pengalokasiannya sehingga sesuai dengan kebutuhan. Hal ini

termasuk program bantuan sosial dari Pemerintah dan Pemerintah Daerah untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu (Program Jaminan Kesehatan Masyarakat).

2. Dana Pemerintah Daerah untuk pembangunan kesehatan diarahkan untuk membiayai upaya kesehatan primer, sekunder, dan tersier dengan mengutamakan masyarakat rentan dan miskin, daerah terpencil, perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta yang tidak diminati swasta, termasuk program-program kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
3. Pengalokasian dana untuk pelayanan kesehatan perorangan dilakukan melalui kepesertaan dalam jaminan pemeliharaan kesehatan yang diatur oleh Pemerintah.
4. Pengalokasian dana yang dihimpun dari masyarakat dilaksanakan berdasarkan asas gotong-royong sesuai dengan potensi dan kebutuhannya.

#### **Paragraf 4 Pembelanjaan**

Materi yang dapat diatur:

1. Pemanfaatan dana kesehatan dilakukan dengan memperhatikan aspek teknis maupun alokatif sesuai peruntukannya secara efisien dan efektif untuk terwujudnya pengelolaan pembiayaan kesehatan yang transparan, akuntabel, serta menerapkan prinsip penyelenggaraan tata pemerintahan yang baik (good governance).
2. Pembelanjaan dana kesehatan diarahkan terutama untuk kegiatan promotif dan preventif dilakukan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan, baik yang bersifat wajib maupun sukarela serta dalam upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan.

### **BAB IX SUB SISTEM UPAYA KESEHATAN**

#### **Bagian Kesatu Umum:**

Materi yang dapat diatur dalam Bab tentang Sus Sistem Upaya Kesehatan sebagai berikut:

1. Untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya perlu diselenggarakan berbagai upaya kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia sebagai ketahanan nasional.
2. Upaya kesehatan diselenggarakan oleh:
  - a. Pemerintah (termasuk TNI dan POLRI);
  - b. pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota; dan/atau
  - c. Individu, masyarakat/swasta melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan pemulihan kesehatan, di fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas kesehatan.

### **Bagian Kedua Tujuan**

Materi yang dapat diatur:

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.

### **Bagian Ketiga Unsur**

Mataeri yang dapat diatur:

Unsur-unsur subsistem upaya kesehatan terdiri dari:

- a. upaya kesehatan;
- b. fasilitas pelayanan kesehatan;
- c. sumber daya upaya kesehatan; dan
- d. pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan

### **Paragraf 1 Upaya Kesehatan**

Materi yang dapat diatur:

1. Pelayanan kesehatan meliputi:
  - a. Peningkatan;
  - b. Pencegahan;
  - c. Pengobatan; dan
  - d. Pemulihan.
2. Pelayanan kesehatan konvensional maupun pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer melalui pendidikan dan pelatihan dengan selalu mengutamakan keamanan, kualitas, dan bermanfaat.
3. Pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer dilaksanakan secara sinergi dan integrasi dengan pelayanan kesehatan.
4. Pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer diarahkan untuk mengembangkan lingkup keilmuan (*body of knowledge*) supaya sejajar dengan pelayanan kesehatan.
5. Upaya kesehatan diutamakan pada berbagai upaya yang mempunyai daya ungkit tinggi dalam pencapaian sasaran pembangunan kesehatan utamanya penduduk rentan meliputi:
  - a. Ibu;
  - b. Bayi;
  - c. Anak;
  - d. manusia usia lanjut; dan
  - e. masyarakat miskin.

### **Paragraf 2 Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

Materi yang dapat diatur:

1. Fasilitas pelayanan kesehatan meliputi fasilitas pelayanan kesehatan perorangan dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat, yang diselenggarakan oleh Pemerintah (termasuk TNI/POLRI), pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota, dan/atau masyarakat yang sifatnya sesuai dengan kondisi geografis dan kebutuhan masyarakat.
2. Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, baik peningkatan, pencegahan, pengobatan, maupun pemulihan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat, termasuk swasta.
3. Fasilitas pelayanan kesehatan tersebut meliputi pelayanan kesehatan tingkat pertama/primer, pelayanan kesehatan tingkat kedua/sekunder dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga/tersier.
4. Ketentuan persyaratan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut ditetapkan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

### **Paragraf 3 Sumber Daya Upaya Kesehatan**

Materi yang dapat diatur:

1. Sumber daya upaya kesehatan terdiri dari sumber daya manusia kesehatan, fasilitas kesehatan, pembiayaan, sarana dan prasarana, termasuk, sediaan farmasi dan alat kesehatan, serta manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan yang memadai guna terselenggaranya upaya kesehatan.
2. Fasilitas kesehatan menyelenggarakan keseluruhan upaya kesehatan yang terdiri dari penyelenggaraan upaya kesehatan tidak langsung yang mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan langsung.

### **Paragraf 4 Pembinaan dan Pengawasan Upaya Kesehatan**

Materi yang dapat diatur:

1. Pelayanan kesehatan harus diberikan berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh Pemerintah dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah, organisasi profesi, dan/atau masyarakat.
2. 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 dan dapat dibantu oleh pemerintah daerah.

### **Bagian Keempat Prinsip**

Materi yang dapat diatur:

1. Prinsip-prinsip subsistem upaya kesehatan terdiri dari:
  - a. terpadu, berkesinambungan, dan paripurna;

- b. bermutu, aman, dan sesuai kebutuhan;
  - c. adil dan merata;
  - d. nondiskriminasi;
  - e. terjangkau;
  - f. teknologi tepat guna; dan
  - g. bekerja dalam tim secara cepat dan tepat.
2. Upaya kesehatan bagi masyarakat diselenggarakan secara terpadu, berkesinambungan, dan paripurna meliputi:
    - a. upaya peningkatan;
    - b. pencegahan;
    - c. pengobatan hingga pemulihan; dan
    - d. rujukan antar tingkatan upaya.
  3. 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.
  4. Pemerintah daerah wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata untuk memenuhi kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan di seluruh wilayah daerah Kabupaten Sumba Barat.
  5. 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 kesetaraan dan pengarusutamaan gender serta perlindungan anak.
  6. Ketersediaan dan pembiayaan pelayanan kesehatan yang bermutu harus terjangkau oleh seluruh masyarakat.
  7. Upaya kesehatan menggunakan teknologi tepat guna yang berbasis bukti. Teknologi tepat guna berasas pada kesesuaian kebutuhan dan tidak bertentangan dengan etika dan norma agama.
  8. Upaya kesehatan dilakukan secara kerjasama tim, melibatkan semua pihak yang kompeten, dilakukan secara cepat dengan ketepatan/presisi yang tinggi.

## **Bagian Kelima Penyelenggaraan**

### **Paragraf 1 Umum**

Materi yang dapat diatur:

Penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan terdiri dari:

- a. upaya kesehatan; dan
- b. pembinaan dan pengawasan.

### **Paragraf 2 Upaya Kesehatan**

Materi yang dapat diatur:

1. Upaya kesehatan meliputi:
  - a. kesehatan fisik;
  - b. mental, termasuk intelegensia dan sosial.
2. Upaya kesehatan dilaksanakan dalam tingkatan upaya sesuai dengan kebutuhan medik dan kesehatan.
3. Terdapat tiga tingkatan upaya, yaitu:
  - a. upaya kesehatan tingkat pertama/primer;
  - b. upaya kesehatan tingkat kedua/sekunder; dan
  - c. upaya kesehatan tingkat ketiga/tersier.
4. Upaya kesehatan diselenggarakan secara terpadu, berkesinambungan, dan paripurna melalui sistem rujukan.
5. Penyelenggaraan upaya kesehatan dilakukan melalui kegiatan:
  - a. pelayanan kesehatan;
  - b. pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer;
  - c. peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit;
  - d. penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan;
  - e. pelayanan kesehatan reproduksi; pelayanan keluarga berencana;
  - f. upaya kesehatan sekolah;
  - g. upaya kesehatan olahraga;
  - h. pelayanan kesehatan pada bencana;
  - i. pelayanan darah;
  - j. pelayanan kesehatan gigi dan mulut;
  - k. penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran;
  - l. upaya kesehatan matra; pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan;
  - m. pengamanan makanan dan minuman;
  - n. pengamanan zat adiktif;
  - o. pelayanan forensik klinik dan pelayanan bedah mayat; upaya kesehatan ibu, bayi, anak, remaja, lanjut usia dan penyandang cacat;
  - p. upaya perbaikan gizi;
  - q. upaya kesehatan jiwa;
  - r. upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular dan upaya pencegahan, pengendalian dan penanganan penyakit tidak menular;
  - s. upaya kesehatan lingkungan; dan upaya kesehatan kerja.
6. Peningkatan kesehatan dilakukan melalui kegiatan:
  - a. Penyuluhan;
  - b. penyebarluasan informasi; dan/atau

- c. kegiatan lain untuk menunjang tercapainya hidup sehat.
7. Pencegahan penyakit dilakukan untuk menghindari atau mengurangi resiko, masalah, dan dampak buruk akibat penyakit.
8. Pelayanan kontrasepsi diselenggarakan dengan tata cara berdaya guna dan berhasil guna serta diterima dan dilaksanakan secara bertanggung jawab, untuk mendukung tercapainya penduduk tumbuh seimbang.
9. Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dapat dilakukan melalui:
  - a. transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh;
  - b. implan obat dan/atau alat kesehatan;
  - c. bedah plastik dan rekonstruksi;
  - d. serta penggunaan sel punca.
10. Organ dan/atau jaringan tubuh dilarang diperjualbelikan dengan dalih apapun. Untuk penyelenggaraan bedah plastik dan rekonstruksi tidak boleh bertentangan dengan norma yang berlaku dalam masyarakat dan tidak ditujukan untuk mengubah identitas. Sedangkan pada penggunaan sel punca dilarang digunakan untuk tujuan reproduksi.
11. Dalam penyelenggaraan kesehatan reproduksi terdapat batasan-batasan yang ketat dalam melakukan aborsi karena pada hakikatnya aborsi itu dilarang.
12. Penyelenggaraan pelayanan darah ditujukan untuk tujuan kemanusiaan dan tidak untuk tujuan komersial.
13. Rujukan dibidang upaya kesehatan perorangan dalam bentuk pengiriman pasien, spesimen, dan pengetahuan tentang penyakit dengan memperhatikan kendali mutu dan kendali biaya, serta rujukan di bidang upaya kesehatan masyarakat dilaksanakan secara bertanggung jawab oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan berwenang serta sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
14. Dalam rangka peningkatan upaya kesehatan yang melibatkan lintas sektor dipandang penting adanya pelayanan kesehatan tingkat internasional, pelayanan kesehatan turisme, rehabilitasi medis penderita ketergantungan obat, pendidikan profesionalitas tenaga kesehatan, dan kerja sama lainnya yang terkait.
15. Penyelenggaraan upaya kesehatan lainnya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

### **Paragraf 3 Upaya Kesehatan Primer**

Materi yang dapat diatur:

1. Upaya Kesehatan Primer terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan primer dan pelayanan kesehatan masyarakat primer.

2. Pelayanan kesehatan perorangan primer adalah pelayanan kesehatan dimana terjadi kontak pertama secara perorangan sebagai proses awal pelayanan kesehatan.
3. Pelayanan kesehatan perorangan primer memberikan penekanan pada pelayanan pengobatan, pemulihan tanpa mengabaikan upaya peningkatan dan pencegahan, termasuk di dalamnya pelayanan kebugaran dan gaya hidup sehat (*healthy life style*).
4. Pelayanan kesehatan perorangan primer diselenggarakan oleh tenaga kesehatan yang dibutuhkan dan mempunyai kompetensi seperti yang ditetapkan sesuai ketentuan berlaku serta dapat dilaksanakan di rumah, tempat kerja, maupun fasilitas pelayanan kesehatan perorangan primer baik Puskesmas dan jejaringnya, serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya milik pemerintah, masyarakat, maupun swasta. Dilaksanakan dengan dukungan pelayanan kesehatan perorangan sekunder dalam sistem rujukan yang timbal balik.
5. Pelayanan kesehatan perorangan primer diselenggarakan berdasarkan kebijakan pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh Pemerintah dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah, organisasi profesi, dan/atau masyarakat.
6. Pelayanan kesehatan perorangan primer dapat diselenggarakan sebagai pelayanan yang bergerak (*ambulatory*) atau menetap, dapat dikaitkan dengan tempat kerja, seperti klinik perusahaan; atau dapat disesuaikan dengan lingkungan/kondisi tertentu (kesehatan mata, seperti: kesehatan haji, kesehatan pada penanggulangan bencana, kesehatan transmigrasi, kesehatan di bumi perkemahan, kesehatan dalam penanggulangan gangguan keamanan dan ketertiban masyarakat, kesehatan dalam operasi dan latihan militer di darat, kesehatan kelautan dan bawah air, kesehatan kedirgantaraan/penerbangan, dan kesehatan dalam situasi khusus dan/atau serba berubah).
7. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan primer untuk penduduk miskin dibiayai oleh Pemerintah, sedangkan golongan ekonomi lainnya dibiayai dalam sistem pembiayaan yang diatur oleh Pemerintah.
8. Dalam pelayanan kesehatan perorangan termasuk pula pelayanan kesehatan berbasis masyarakat dalam bentuk seperti Pos Kesehatan Desa (*Poskesdes*) dan pengobatan tradisional, alternatif dan komplementer yang secara ilmiah telah terbukti terjamin keamanan dan khasiatnya.
9. Pelayanan kesehatan masyarakat primer adalah pelayanan peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan pengobatan dan pemulihan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

10. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat primer menjadi tanggungjawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang pelaksanaan operasionalnya dapat didelegasikan kepada Puskesmas, dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan primer lainnya yang diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat.
11. Masyarakat termasuk swasta dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat primer sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan bekerja sama dengan Pemerintah/Pemerintah Daerah.
12. Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat primer ditanggung oleh Pemerintah/Pemerintah Daerah bersama masyarakat, termasuk swasta. Pemerintah/Pemerintah Daerah wajib melaksanakan dan membiayai pelayanan kesehatan masyarakat primer yang berhubungan dengan prioritas pembangunan kesehatan melalui kegiatan perbaikan lingkungan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan kematian serta paliatif.
13. Pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat primer didukung kegiatan lainnya, seperti surveilans, pencatatan, dan pelaporan yang diselenggarakan oleh institusi kesehatan yang berwenang.
14. Pemerintah/Pemerintah Daerah dapat membentuk fasilitas pelayanan kesehatan yang secara khusus ditugaskan untuk melaksanakan upaya kesehatan masyarakat sesuai keperluan. Pembentukan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
15. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat primer mendukung upaya kesehatan berbasis masyarakat dan didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat sekunder.

#### **Paragraf 4 Upaya Kesehatan Sekunder**

Materi yang dapat diatur:

1. Upaya kesehatan sekunder adalah upaya kesehatan rujukan lanjutan, yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan sekunder dan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder.
2. Pelayanan kesehatan perorangan sekunder adalah pelayanan kesehatan spesialisik yang menerima rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan primer, yang meliputi rujukan kasus, spesimen, dan ilmu pengetahuan serta dapat merujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan yang merujuk.
3. Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dilaksanakan oleh dokter spesialis atau dokter yang sudah mendapatkan pendidikan khusus dan mempunyai izin praktik serta didukung tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan.

4. Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dilaksanakan di tempat kerja maupun fasilitas pelayanan kesehatan perorangan sekunder baik rumah sakit setara kelas C serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, masyarakat, maupun swasta.
5. Pelayanan kesehatan perorangan sekunder harus memberikan pelayanan kesehatan yang aman, sesuai, efektif, efisien dan berbasis bukti (evidence based medicine) serta didukung pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.
6. Pelayanan kesehatan perorangan sekunder yang bersifat tradisional, alternatif dan komplementer dilaksanakan berafiliasi dengan atau di rumah sakit pendidikan.
7. Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dapat dijadikan sebagai wahana pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pendidikan dan pelatihan.
8. Pelayanan kesehatan masyarakat sekunder menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat primer dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, dan sumber daya manusia kesehatan serta didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat tersier.
9. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai fungsi teknisnya, yakni melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat yang tidak sanggup atau tidak memadai dilakukan pada pelayanan kesehatan masyarakat primer.
10. Fasilitas pelayanan kesehatan penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dibangun sesuai dengan standar. Bagi fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat milik swasta harus mempunyai izin sesuai peraturan yang berlaku serta dapat bekerja sama dengan unit kerja Pemerintah dan Pemerintah Daerah, seperti laboratorium kesehatan, Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL), Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK), dan lain-lain.

#### **Paragraf 5 Upaya Kesehatan Tersier**

Materi yang dapat diatur:

1. Upaya kesehatan tersier adalah upaya kesehatan rujukan unggulan yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan tersier dan pelayanan kesehatan masyarakat tersier.
2. Pelayanan kesehatan perorangan tersier menerima rujukan subspecialistik dari pelayanan kesehatan di bawahnya, dan dapat merujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan yang merujuk.
3. Pelaksana pelayanan kesehatan perorangan tersier adalah dokter subspecialis atau dokter spesialis yang telah mendapatkan pendidikan khusus atau pelatihan dan

mempunyai izin praktik dan didukung oleh tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan.

4. Pelayanan kesehatan perorangan tersier dilaksanakan di rumah sakit umum, rumah sakit khusus setara kelas A dan B, baik milik Pemerintah, Pemerintah Daerah maupun swasta yang mampu memberikan pelayanan kesehatan subspecialistik dan juga termasuk klinik khusus, seperti pusat radioterapi.
5. Fasilitas pelayanan kesehatan perorangan tersier dapat didirikan melalui modal patungan dengan pihak asing sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
6. Pelayanan kesehatan perorangan tersier wajib melaksanakan penelitian dan pengembangan dasar maupun terapan dan dapat dijadikan sebagai pusat pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan.
7. Pelayanan kesehatan masyarakat tersier menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, sumber daya manusia kesehatan, dan rujukan operasional, serta melakukan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan masyarakat dan penapisan teknologi dan produk teknologi yang terkait.
8. Institusi pelayanan kesehatan masyarakat tertentu secara nasional dapat dikembangkan untuk menampung kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat.

#### **Paragraf 6 Pembinaan dan Pengawasan**

Materi yang dapat diatur:

1. Pembinaan upaya kesehatan ditujukan untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan, harus didukung dengan standar pelayanan yang selalu dikaji dalam periode tertentu sesuai kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kebutuhan.
2. Pemerintah menetapkan kebijakan upaya kesehatan termasuk fasilitas pelayanan kesehatan dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah, organisasi profesi, dan/atau masyarakat. Pemerintah provinsi melakukan bimbingan dan pengendalian terhadap pelaksanaan kebijakan upaya kesehatan. Pemerintah kabupaten/kota melaksanakan kebijakan upaya kesehatan.
3. Perizinan fasilitas pelayanan kesehatan menurut tingkatannya ditetapkan oleh pemerintah kabupaten/kota sesuai dengan kewenangannya yang diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. pemerintah kabupaten/kota sebagai penanggung jawab pelaksanaan pembangunan kesehatan di wilayahnya, berkewajiban melakukan pembinaan terhadap semua fasilitas pelayanan kesehatan termasuk swasta, sehingga semua fasilitas pelayanan kesehatan wajib memberikan laporan kegiatannya.

5. Pembinaan upaya kesehatan dilakukan oleh Pemerintah Daerah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat termasuk swasta.
6. Pengawasan ditujukan untuk menjamin konsistensi penyelenggaraan upaya kesehatan dan dilakukan secara intensif, baik internal maupun eksternal serta dapat melibatkan masyarakat dan swasta.
7. Hasil pengawasan digunakan untuk perlindungan terhadap masyarakat dan tenaga kesehatan selaku penyelenggara upaya kesehatan.

## **BAB X KETENTUAN PENYIDIKAN**

Bab ini memuat pemberian kewenangan kepada Penyidik Pegawai Negeri Sipil tertentu di bidang kesehatan untuk menyidik pelanggaran terhadap ketentuan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah; akan tetapi pemberian kewenangan tersebut tidak mengurangi penyidik umum untuk melakukan penyidikan.

## **BAB XI KETENTUAN PIDANA**

Bab ini memuat rumusan yang menyatakan penjatuhan pidana atas pelanggaran terhadap ketentuan yang berisi norma larangan atau norma perintah dengan memperhatikan asas umum ketentuan pidana sebagaimana dalam Buku Kesatu Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, serta pengaturan ketentuan pidana dalam peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Mengingat Peraturan Daerah hanya dapat mentaru ketentuan pidana berupa pelanggaran dengan ancaman pidana penjara paling lama 6 (enam) bulan dan denda paling banyak Rp.50.000.000,- (lima puluh juta rupiah). Penentuan ancaman pidana penjara dan denda tersebut dipertimbangkan mengenai dampak yang ditimbulkan oleh tindak pidana dalam masyarakat serta unsur kesalahan pelaku. Selain itu materi ini juga harus mempertimbangkan teori ekuivalen dalam pembedaan.

## **BAB XII KETENTUAN PERALIHAN**

Bagian ini mengatur penyesuaian pengaturan tindakan hukum atau hubungan hukum yang sudah ada berdasarkan Peraturan Perundang-undangan yang lama terhadap Peraturan Perundang-undangan yang baru, yang bertujuan untuk:

- a. Menghindari terjadinya kekosongan hukum;
- b. Menjamin kepastian hukum;
- c. Memberikan perlindungan hukum bagi pihak yang terkena dampak perubahan ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
- d. Mengatur hal-hal yang bersifat transisional atau bersifat sementara.

## **BAB XIII KETENTUAN PENUTUP**

Bab ini mengatur tentang status peraturan daerah atau peraturan bupati yang sudah ada berkaitan dengan kesehatan; dan saat mulai berlakunya Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Kesimpulan ini merupakan jawaban dari permasalahan yang dikemukakan dalam Bab I. Jawaban dari permasalahan tersebut merupakan pematangan dari uraian dalam Bab II, III, IV dan V. Berdasarkan pembahasan yang telah dikemukakan dalam masing-masing bab tersebut maka dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. Salah satu permasalahan yang dihadapi oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sumba Barat adalah belum adanya Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah sehingga pelayanan kesehatan dilaksanakan secara parsial dan belum tersistem dengan baik sehingga diperlukan peraturan daerah untuk mengatur pemberian pelayanan kesehatan secara maksimal untuk mendapatkan derajat kesehatan setinggi-tingginya di Kabupaten Sumba Barat.
2. Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah diperlukan untuk memberikan kerangka dan landasan hukum bagi pelaksanaan penyelenggaraan sistem kesehatan daerah berdasarkan sub sistem kesehatan nasional.
3. Pertimbangan dari pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah dapat dilihat dari landasan filosofis, sosiologis dan yuridis.
4. Jangkauan, Arah Pengaturan serta ruang lingkup pengaturan dari Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah meliputi : Sub Sistem Manajemen, Regulasi dan Informasi Kesehatan; Sub Sistem Sumber Daya Manusia Kesehatan; Sub Sistem Ketersediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Makanan; Sub Sistem Pembiayaan Kesehatan; Sub Sistem Pemberdayaan Masyarakat; dan Sub Sistem Upaya Kesehatan.

#### **B. Saran**

Mencermati kesimpulan di atas maka disarankan kepada Pemerintah Daerah Kabupaten Sumba Barat beberapa saran sebagai berikut:

1. Naskah Akademik ini memuat uraian teoritis dan praktis tentang Sistem Kesehatan Daerah di Kabupaten Sumba Barat. Oleh karena itu, secara substansi dalam Naskah Akademik ini kiranya menjadi dasar terhadap

pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah.

2. Naskah akademik ini masih jauh dari sempurna sehingga kami membutuhkan masukan dan kritik saran dari semua stakeholder terkait untuk penyempurnaannya.
3. Berdasarkan hasil kajian yang telah dilakukan maka disarankan supaya Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Sumba Barat tentang Sistem Kesehatan Daerah menjadi prioritas dalam Pembahasan di Agenda Sidang berikutnya.

NA RAPERDA SKD KAB SUMBA BARAT

## DAFTAR PUSTAKA

### Buku dan Dokumen:

- ALI ACHMAD; 2009, Menguak Teori Hukum (legal theory) dan teori peradilan (judicial prudance) termasuk interpretasi undang-undang (legisprudance), Ed.1, Cet.1, Kencana, Jakarta.
- ASCOBAT G; 2015, Sistem Kesehatan Nasional dan Urgensi Penyusunan Sistem Kesehatan Daerah (SKD) di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT), (Disampaikan dalam Acara Loka karya Penguatan SKD TA Kesmas dan TA Hukum , Kupang 24 Juli 2015).
- \_\_\_\_\_; 2015., Strategi Peningkatan Kepesertaan JKN di Tingkat Daerah Serta Peranan Daerah dalam Mendukung INA-CBGs dan Kapitasi, Jakarta, Disajikan pada Loka karya Penguatan SKD, Kupang 30 Juni 2015).
- \_\_\_\_\_; 2015, Kendali Mutu dan Kendali Biaya dalam program JKN, Jakarta, (Disampaikan dalam acara Loka karya Penguatan SKD, Kupang 30 Juni 2015).
- BURENI YUNUS & PAKPAHAN HENDRA RUDY; 2021, Peraturan Daerah Berkeadilan Sustainif (Konsep Pembentukan dan Pengimplementasian dalam Sistem Hukum Indonesia), Setara Press, Malang
- DAHLGREN G & WHITEHEAD M; 1991, Policies and Strategies to Promote
- FRIEDMAN. W; 1990, Teori dan Filsafat Hukum, Telaah kritis atas Teori-teori Hukum, Rajawali Pers, Jakarta.
- GLANZ K, RIMER BK, and VISWANATH K; 2008, Health Behavior and Health Education, Fourth Edition. Jossey Bass. US America.
- HUIBERS THEO; 1990, Filsafat Hukum Dalam Lintasan Sejarah, Kanisius, Yogyakarta.
- MARGARET CHAN; 2007, Director-General, WHO. Systems Thinking, For Health Systems Strengthening, (Editor : Don de Savigny and Taghreed Adam), WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, Switzerland.
- MOORE J; 2003, Socio-Ecological Model of Health Behavior, Definitions: The-socio-ecological-modeldefinitions, <http://www.balancedweightmanagement.com/TheSocio-EcologicalModel.htm>, Diakses tanggal 5 Desember 2010.
- PETER M SENGE; 1999, The Fifth Discipline, Fieldbook Nicholas, Brealey Publishing Limited, London.
- RATU LUDJI, ID; 2013, Social Ecological Model of Health Behavior Ina djayaku Abadi Untuk Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Kupang.
- \_\_\_\_\_; 2015, Penguatan Pembiayaan Kesehatan Di Daerah Sesuai SKN Dan JKN. Jakarta (disajikan oleh Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan).
- RAWLS JHON; 2006, Teori Keadilan, Dasar-dasar Filsafat Politik Untuk Mewujudkan Kesejahteraan Sosial Negara, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.

- ROSENSTOCK, I. M., STRECHER, V. J., and BECKER, M. H; 1988, "Social Learning Theory and the Health Belief Model," Health Education Quarterly, 1988, 15(2).
- SCHMID, JHR Dr. J.J. VON; 1954, Ahli-Ahli Pemikir Besar tentang Negara Hukum, terjemahan Mr. R. Wiratno dan Mr. Djamaluddin Dt. Singomangkuto, PT Pembangunan, Djakarta.
- SUWANDI M; 2015, Desentralisasi Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan dan Implikasinya terhadap SKPD Kesehatan (Dalam Koridor UU 23/2014 Tentang Pemerintahan Daerah, Jakarta.
- TANYA. B, dkk; 2006, Teori Hukum, Strategi Tertib Manusia Lintas Ruang dan Generasi, CV. Kita, Surabaya.
- WHO; 2000, World Health Report 2000; Health Systems: Improving Performances, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, Switzerland.
- WHO; 2009, Systems Thinking, For Health Systems Strengthening, (Editor: Don de Savigny and Taghreed Adam), WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, Switzerland.
- WHO; 2010, World Health Report 2010; Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage, WHO, Geneva, Switzerland.
- YULIANDRI; 2009, Asas-asas Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan yang Baik; Gagasan Pembentukan Undang-undang Berkelanjutan, RajaGrafindo Persada, Jakarta.

**Peraturan Perundang-Undangan:**

- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- Undang-Undang Nomor 69 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Tingkat II dalam wilayah Daerah-Daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 122, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1655);
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Sebagaimana Telah Diubah Dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 Tentang Cipta Kerja
- Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 Tentang Pajak Daerah Dan Retribusi Daerah Sebagaimana Diubah Dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 Tentang Cipta Kerja
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Sebagaimana Telah Diubah Dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 Tentang Cipta Kerja

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial  
Sebagaimana Diubah Dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020  
Tentang Cipta Kerja

Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 Tentang Desa Sebagaimana Diubah Dengan  
Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 Tentang Cipta Kerja

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah Sebagaimana  
Telah Diubah Beberapa Kali Terakhir Dengan Undang-Undang Nomor 1  
Tahun 2022 Tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat Dan  
Pemerintahan Daerah

Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 Tentang Pelaksanaan Undang-Undang  
Nomor 6 Tahun 2014 Tentang Desa Sebagaimana Telah Diubah Beberapa  
Kali Terakhir Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2021 Tentang  
Badan Usaha Milik Desa

Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran  
Jaminan Kesehatan Sebagaimana Telah Diubah Dengan Peraturan Pemerintah  
Nomor 76 Tahun 2015 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor  
101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan

Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan  
Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2014 Tentang Dana Desa Yang  
Bersumber Dari Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara Sebagaimana  
Telah Diubah Beberapa Kali Terakhir Dengan Peraturan Pemerintah Nomor  
8 Tahun 2016 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Pemerintah Nomor  
60 Tahun 2014 Tentang Dana Desa Yang Bersumber Dari Anggaran  
Pendapatan Dan Belanja Negara

Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi Peraturan  
Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional

Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional  
Peraturan Presiden Nomor 109 Tahun 2013 Tentang Penahapan Kepesertaan  
Program Jaminan Sosial

Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan Dan Pemanfaatan Dana  
Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat  
Pertama Milik Pemerintah Daerah Sebagaimana Telah Diubah Dengan  
Perpres 46 Tahun 2021 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor  
32 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan Dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan

Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan Sebagaimana Telah Diubah Beberapa Kali Terakhir Dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2015 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Sebagaimana Telah Diubah Beberapa Kali, Terakhir Dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat

Peraturan Kepala Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan

NA RAPERDA DPRD KABUPATEN BARAT